



T.C.

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KRONİK ÖKSÜRÜĞÜ OLAN BİREYLERİN UYKU VE YAŞAM
KALİTELERİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. İHSAN SARIKAYA

EYLÜL – 2020

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

KRONİK ÖKSÜRÜĞÜ OLAN BİREYLERİN UYKU VE YAŞAM
KALİTELERİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. İHSAN SARIKAYA

DANIŞMAN:
Prof. Dr. HASAN ÇETİN EKERBİÇER

EYLÜL – 2020

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 17.05.2019 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

01 / 09 / 2020

Dr. İhsan SARIKAYA

İMZA



TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği A.D.'nda uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER'e, ve onun nezdinde Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden bütün hocalarıma,

Tez sürecim boyunca yardımlarını, bilgi ve tecrübesinin yanı sıra sabrını, özverili yaklaşımını esirgemeyen Uzm. Dr. Abdülkadir AYDIN'a,

Eğitimimin temelinde çok emeği bulunan Prof. Dr. Karamehmet Yıldız'a ve onun şahsında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki bütün hocalarıma,

Asistanlık sürecimizin ilk gününden itibaren birlikte nice zorluklar atlattığımız Dr. Erkut Etçioğlu'na ve onun şahsında çalışma ve tanışma imkanı bulduğum bütün asistan doktor arkadaşlarıma,

Veri toplama sürecinde yardımlarını gördüğüm göğüs hastalıkları polikliniği çalışanlarına,

Bu günlere gelmemde en büyük emeği olan anneme,

Her zaman yanımda olan, bu sıkıntılı süreçte kahrımı çeken canım eşim, hayat arkadaşım Zübeyde Sarıkaya,

Ve oğullarım Tamer ve Eren'e sonsuz teşekkürler...

Dr. İhsan SARIKAYA

İÇİNDEKİLER

ÖZET	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. ÖKSÜRÜK	3
2.2. ÖKSÜRÜK PATOFİZYOLOJİSİ	3
2.3. ÖKSÜRÜK SINIFLAMASI.....	5
2.3.1. Akut Öksürük	5
2.3.2. Subakut Öksürük	6
2.3.3. Kronik Öksürük	7
2.4. KRONİK ÖKSÜRÜK.....	8
2.4.1. Epidemiyoloji	8
2.4.2. Başlıca Nedenleri.....	8
2.4.3. Hastalar Üzerindeki Etkisi.....	12
2.5. YAŞAM KALİTESİ.....	13
2.5.1. Tanım.....	13
2.5.2. Tarihçe	14
2.5.3. Öksürük ve Yaşam Kalitesi	14
2.6. UYKU KALİTESİ.....	15
2.6.1. Tanım.....	15
2.6.2. Öksürük ve Uyku Kalitesi	16
3. MATERYAL VE METOT	17
3.1. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	17
3.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	17
3.2.1. Bağımlı Değişkenler.....	17

3.2.2.	Bağımsız Değişkenler.....	17
3.3.	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	18
3.3.1.	Kişisel Bilgi Formu	18
3.3.2.	Leicester Öksürük Anketi.....	18
3.3.3.	Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi	18
3.4.	ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER.....	19
3.5.	İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	19
3.6.	ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI.....	20
4.	BULGULAR.....	21
5.	TARTIŞMA VE SONUÇ	36
6.	KAYNAKLAR	43
	EKLER	50

KISALTMA VE SİMGELER

ASYE: Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu

ACE: Angiotensin converting enzim (anjiotensin dönüştürücü enzim)

ACE-İ: Anjiyotensini Dönüştürücü Enzim İnhibitörü (Angiotensin Converting Enzyme İnhibitor)

GÖRH: Gastroözefageal Reflü Hastalığı

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

LÖA: Leicester Öksürük Anketi

LCQ: Leicester Cough Questionnaire

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index

ÜHÖS: Üst Havayolu Öksürük Sendromu

ÜSYE: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

TABLÖLAR

- Tablo 1.** Öksürük Refleksinin Aşamaları
- Tablo 2.** Yaşam Kalitesi Göstergeleri
- Tablo 3.** Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı
- Tablo 4.** Demografik Değişkenler Arasında Leicester Öksürük Anketi ve Alt Boyutları Bakımından Farklılıkların İncelenmesi
- Tablo 5.** Demografik Değişkenler Arasında PUKİ ve Alt Boyutları Bakımından Farklılıkların İncelenmesi
- Tablo 6.** Demografik Değişkenler ile PUKİ Grupları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
- Tablo 7.** Çeşitli Grupların Yaşam Kalitelerinin Leicester Öksürük Anketi ile Değerlendirildiği Araştırma Sonuçları

ŞEKİLLER

Şekil 1. Akut Öksürüğe Yaklaşım Algoritması

Şekil 2. Kronik Öksürüğe Yaklaşım Algoritması

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışmada kronik öksürük yakınması olan hastaların uyku ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve muhtemel ilişkili faktörlerin ortaya konması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma 01.07.2020 – 01.09.2020 tarihleri arasında, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniklerinde yapılmıştır. Katılımcılara kişisel bilgi formu, Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi ve Leicester Öksürük Anketi uygulandı. İstatistiksel analizler için SPSS v.20.0 paket programı kullanıldı (IBM SPSS Statistics; Armonk, NY, USA). İstatistiksel anlamlılık düzeyini belirlemek için, %95 güven aralığında ve $p \leq 0,05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen yaşları 18-70 yıl arasında değişen 200 katılımcının 129'u kadın ve 71'i erkekti. Katılımcıların Leicester öksürük anketi total skoru $13,15 \pm 3,74$, fiziksel alt boyut skoru $4,10 \pm 1,39$, psikolojik alt boyut skoru $4,30 \pm 1,30$ ve sosyal alt boyut skoru $4,75 \pm 1,30$ olarak hesaplandı. PUKİ total skoru $6,08 \pm 3,85$, subjektif uyku kalitesi skoru $0,63 \pm 0,70$, uykuya geçiş süresi skoru $1,47 \pm 0,97$, uyku süresi skoru $0,55 \pm 0,96$, uyku effektivite skoru $0,20 \pm 0,63$, uykuyu olumsuz etkileyen durumlar skoru $1,67 \pm 0,76$, uyku verici madde kullanımı skoru $0,48 \pm 0,86$ ve gün içinde uyuklama skoru $1,09 \pm 1,28$ 'dir. İleri yaş, kadın cinsiyet, düşük eğitim seviyesi, kırsalda yaşamanın düşük yaşam kalitesi için risk faktörü olduğu saptandı. Ayrıca ileri yaşta olanların uyku kalitelerinin de anlamlı oranda düştüğü saptandı.

SONUÇ: Kronik öksürük başlı başına uyku ve yaşam kalitesini etkileyebildiği gibi etiyojisinde yer alan kronik hastalıklar ve bu hastalıkların olası komplikasyonları da uyku ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Klinisyenler tarafından öksürüğe neden olan hastalığın tedavisi ve takibi kadar semptomun başlı başına yaşam ve uyku kalitesi üzerine etkilerinin de değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik öksürük, Öksürük, Uyku Kalitesi, Yaşam Kalitesi

SUMMARY

OBJECTIVE: The present study aimed to evaluate the sleep quality and quality of life of patients with chronic cough and to reveal the related factors.

MATERIAL AND METHOD: The study was conducted between July 1 and September 1, 2020 in the Department of Pulmonary Medicine of Sakarya University Training and Research Hospital. A personal information form, the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) questionnaire, and the Leicester Cough Questionnaire (LCQ) were provided to all the participants. SPSS v.20.0 package program was used for statistical analysis (IBM SPSS Statistics; Armonk, NY, USA). To determine the statistical significance level, 95% confidence interval and $p \leq 0.05$ were considered significant.

RESULTS: Of the 200 study participants aged between 18 and 70 years, 129 were women and 71 were men. The participants' LCQ total score was 13.15 ± 3.74 , physical domain score was 4.10 ± 1.39 , psychological domain score was 4.30 ± 1.30 , and social domain score was 4.75 ± 1.30 . Moreover, their PSQI total score was 6.08 ± 3.85 , subjective sleep quality score was 0.63 ± 0.70 , sleep latency score was 1.47 ± 0.97 , sleep duration score was 0.55 ± 0.96 , and sleep efficiency score was 0. In addition, their sleep disturbance score was 1.67 ± 0.76 , use of sleep medication score was 0.48 ± 0.86 , and daytime sleepiness score was 1.09 ± 1.28 . Advanced age, female gender, low education levels, and residence in rural areas were found to be risk factors that could negatively affect the quality of life. In addition, the sleep quality was found to be significantly poorer in elderly people.

CONCLUSION: Chronic cough can affect the sleep quality and the overall quality of life. The causative chronic diseases and their possible complications can negatively impact the patients' sleep quality and quality of life. It is important to evaluate the effects of the symptoms on the sleep quality and quality of life and to ensure timely clinical treatment and follow-up of diseases that cause cough.

Keywords: Chronic cough, Cough, Quality of Sleep, Quality of Life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Öksürük, solunum yollarının temizlenmesinde ve korunmasında önemli role sahip kompleks bir savunma mekanizmasıdır. Yokluğunda veya yetersizliğinde ciddi problemlerle karşılaşılabilir. Özellikle birinci basamak sağlık kurumlarına başvuru sebepleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Semptomun görülme süresine göre akut, subakut ve kronik olarak 3 grupta değerlendirilebilir (Dicpinigaitis 2012).

Öksürük 3 haftadan kısa sürdüğü durumlarda "akut öksürük" olarak tanımlanırken, 8 haftadan uzun sürdüğü durumlarda ise "kronik öksürük" olarak tanımlanmaktadır. Subakut öksürük terimi ise 3-8 hafta süren öksürükler için kullanılmaktadır (Morice 2006, Dicpinigaitis et al. 2009).

Kronik öksürük etiyolojisinin araştırıldığı çalışmaların büyük kısmında; çevresel iritan madde maruziyeti ve sigara kullanımı olmayan, ACE inhibitörü kullanmayan, akciğer grafisinde herhangi bir patoloji saptanmayan ve hava yolu obstrüksiyonu bulunmayan olgularda; en sık görülen ilk üç nedenin öksürükle seyreden astım, üst hava yolu öksürük sendromu (ÜHÖS) ve gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) olduğu görülmektedir (Pavord and Chung 2008, Kauffmann and Varraso 2011).

Yaşam kalitesi; yaşamın olumlu yada olumsuz tüm özelliklerini içine alan öznel ve çok boyutlu bir gösterge olup, yaşanılan her ana veya duruma cevap veren değişken bir durumdur (Ulutaş 2019). Bireyin; temel gereksinimlerinin karşılanamaması, öz bakım davranışlarının yetersizliği, kronik yorgunluk ve bitkinlik hali, günlük aktivitelerinin yetersizliği, seksüel fonksiyon kaybı, gelecek kaygısı ve akut/kronik sağlık problemlerinin varlığı yaşam kalitesini azalatan durumlar olarak sayılabilir (Özüdoğru 2013).

Kronik hastalıklar; bir bireyin yaşam kalitesini etkileyen sağlık durumları arasında önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle son yıllarda ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik hastalıkların yaşam kalitesi üzerine etkileri daha büyük önem kazanmıştır. Günümüzde tıp alanındaki gelişmelerin insan ömrünü uzatmaya yardımcı

olmanın yanında daha çok yaşam kalitesinin arttırılmasına yönelik çalışmaların arttığı görülmektedir (Ulutaş 2019).

Kronik öksürük varlığı, sağlık maliyeti, gereksiz ilaç kullanımı, iş gücü kaybı gibi durumlara neden olmaktadır; bu etkiler pek çok araştırmanın konusu olmuştur. Kronik öksürük, uzun süren ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir yakınma olmasının yanı sıra uyku kalitesini de olumsuz etkileyebilmektedir. Öksürükten dolayı bireyler sık sık uyanabilir, tekrar uykuya dalmakta güçlük çekebilir, verimsiz bir uyku sonrası sabah yorgun ve dinlenmemiş olarak uyanabilir (Lee and Birring 2010).

Bu çalışmada; kronik öksürük yakınması olan bireylerin uyku ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve muhtemel ilişkili faktörlerin ortaya konması amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÖKSÜRÜK

Öksürük, zararlı maddelerin solunmasını engelleyen ve aspire edilen yabancı cisimler ile aşırı sekresyonların dışarı atılmasını sağlayan kompleks bir refleks mekanizmadır (Irwin et al. 1998). Bu mekanizma; solunum sistemi klirensinin korunmasını sağlar. Her ne kadar koruyucu fonksiyonu ön planda olsa da kronikleşmiş bir öksürük hem temizleme ve koruma fonksiyonunu etkin icra edemez, hem de hasta için çok sıkıntılı ve zahmetli bir olguya dönüşüp yaşam kalitesini bozabildiği için de patolojik kabul edilir (Chang 2006).

Öksürük; vagus siniri ile uyarılan yapıların uyarılması ile başlar. Öksürük reseptörleri; orofarenks, larenks, trakeobronşial bölge, karina ve büyük bronşlar, özofagus, viseral zarlar, göğüs duvarı, diyafram ve abdominal kaslar dahil olmak üzere çok geniş bir alanda bulunurlar. Bu reseptörler; mekanik, kimyasal ve farmakolojik uyarıları alır ve öksürük cevabının üretilmesi için nucleus tractus solitarii ile pons ve medulla oblongatada ilgili merkezlere ulaştırılır (Widdicombe 1995; Hanacek, Tatar, and Widdicombe 2006).

2.2. ÖKSÜRÜK PATOFİZYOLOJİSİ

Öksürüğün temel fonksiyonlarından birincisi, yabancı cisimlerin alt solunum yollarına inmesini engellemek; ikincisi ise, alt solunum yollarında oluşabilen yoğun sekresyonun ve yabancı materyallerin dışarı atılmasıdır (Gönen 2014)

Öksürük bir duyuşal (sensoriyel) uyarana cevaben ortaya çıktığı için refleks bir mekanizma olarak görülse de klasik anlamda refleksten farklı bazı özellikleri bulunan bir santral sensorimotor yanıt kalıbıdır; baroreseptör refleks gibi klasik duyuşal reflekslerden farklı olarak, uyarı şiddetinden bağımsız olarak gerçekleştirilebilir. İstemli olarak başlatılabilir, hatta psikolojik nitelikte olabilir. Bir savunma refleksi olan öksürük büyük ölçüde larinks ve hava yollarından kaynaklanan uyarılarla

başlatılsa da bu uyarıyı alan reseptörler orta kulak ve dış kulak yolu, mediastinum, özefagus ve periton, plevra gibi zarlarda da bulunur ve buraların uyarılması da öksürükle sonuçlanabilir. Öksürük reseptörleri daha çok akciğer dışı geniş bronşlar ve trakea, larinks ve farinkste yerleşmiştir. İlkın 1950’li yıllarda Widdicombe tarafından tarif edilen hızlı adapte olan mekanoseptörler dışında miyelinsiz C-lifleri üzerinde bulunan nosiseptörlerin de öksürük başlatıcı özellikleri olduğu gösterilmiştir (Chung 2009).

Öksürük; inspiratuvar, kompresyon ve ekspiratuvar (ekspulsif) faz olmak üzere 3 aşamada gelişir. Öksürüğün fazları ve içerikleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Öksürük Refleksinin Aşamaları (Erdinç 2013)

İnspiratuvar Faz	<ul style="list-style-type: none">• Glottis açılması• İnspirasyon (kompresyon fazı için akciğer volümünü arttıran kısa süreli inspirasyon)
Kompresyon Fazı	<ul style="list-style-type: none">• Glottis kapanması• İnterkostal ve abdominal kasların kasılması (toraks içi basınç yükselir)• (İntratorasik basınç 300 mmHg’ya kadar yükselebilir)
Ekspiratuvar Faz	<ul style="list-style-type: none">• Glottis açılması• Havayolunda yüksek akım oluşması• (İntratorasik basınç interkostal ve karın kaslarının rahatlamaıyla normale döner)

Sekresyon üretiminin artış gösterdiği veya ekspiratuvar akım hızlarının düştüğü akciğer hastalıklarında öksürük görülmektedir. Bunun yanında; göğüs duvarı problemlerinde, kas hastalıklarında, üst hava yolu bozukluklarında, periferik ve santral sinir sistemi hastalıkları gibi birçok hastalıkta da öksürük karşımıza çıkabilmektedir (Chung and Pavord 2008).

2.3. ÖKSÜRÜK SINIFLAMASI

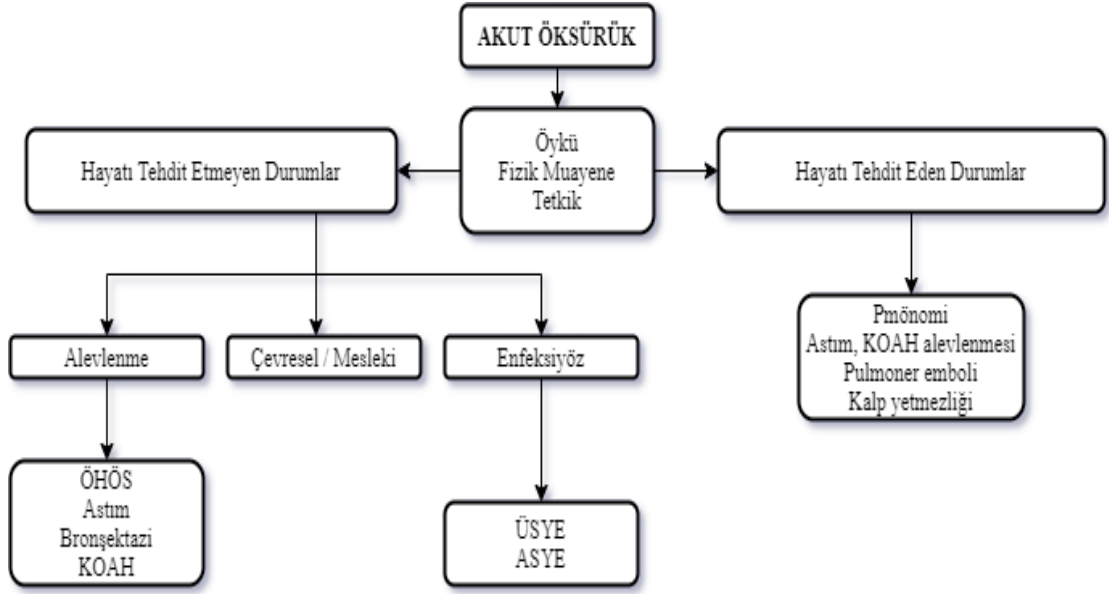
Öksürüğe yaklaşımda, tanı sürecinde ve tedavi yaklaşımda semptom süresinin belirlenmesi muhtemel öksürük nedenleri arasında ayırıcı tanıyı kolaylaştıran önemli bir faktördür. Üç haftadan kısa süreli öksürükler akut öksürük, 3-8 hafta arası süren öksürükler subakut öksürük, 8 haftadan uzun süreli öksürükler kronik öksürük olarak adlandırılmaktadır (Morice 2006).

2.3.1. Akut Öksürük

Üç haftadan kısa süren öksürükler akut öksürük olarak tariflenir. Ancak tüm öksürükler akut öksürük olarak başladığı için, bu olguların iyi tanımlanması, takibi ve ayırıcı tanısı önemlidir. Akut öksürük nedenleri arasında şunlar yer alır:

- Soğuk algınlığı
- Akut bakteriyel sinüzit
- Akut bronşit
- Boğmaca
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) alevlenmesi
- Allerjik rinit
- Çevresel iritanlara bağlı rinit

Astım, pnömoni, konjestif kalp yetmezliği, pulmoner emboli ve yabancı cisim aspirasyonu gibi hastalıklar ise öksürüğün sık görüldüğü diğer durumlardır (Dicpinigaitis et al. 2009).



Şekil 1. Akut Öksürüğe Yaklaşım Algoritması (Gönen 2014)

(KOAİ: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, ÖHÖS: Üst Havayolu Öksürük Sendromu, ÜSYE: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu, ASYE: Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu)

2.3.2. Subakut Öksürük

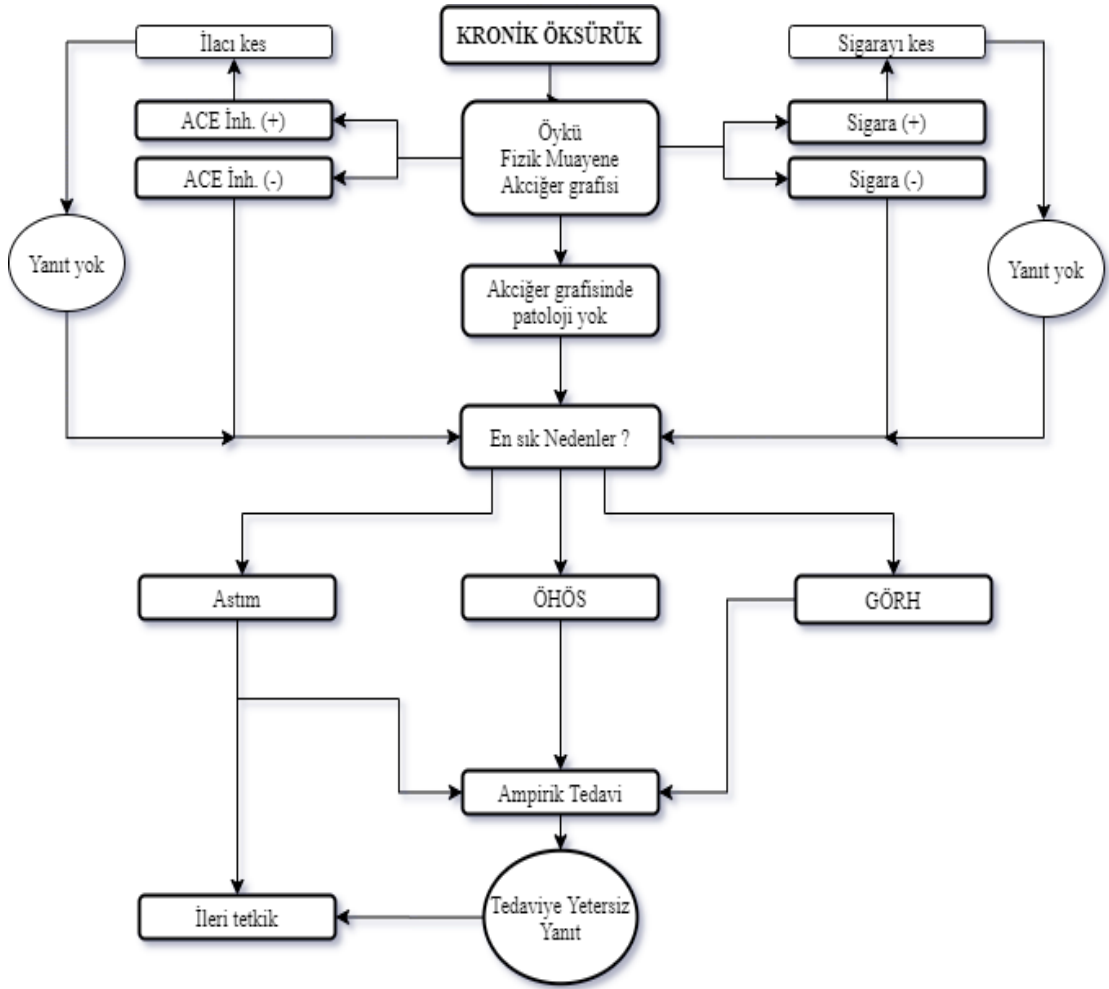
Öksürük 3 haftadan daha uzun ve 8 haftadan daha kısa süreli ise subakut öksürük olarak isimlendirilir. Tanısal yaklaşımda ilk ve en önemli basamak öksürüğün bir solunum yolu enfeksiyonunu takiben ortaya çıkıp çıkmadığının belirlenmesidir. Böyle bir durum söz konusu değilse, kronik öksürük gibi tanısal yaklaşımda bulunulmalı ve tedavi yaklaşımında da kronik öksürük algoritmasının takip edilmesi doğru olacaktır (Gönen 2014).

Enfeksiyon sonrası ortaya çıkan öksürük yakınmasında muhtemel mekanizmalar şunlardır (Irwin et al. 1998):

- Süregelen postnazal akıntı,
- Aşırı mukus birikimi (aşırı sekresyon veya temizleme bozukluğu nedeniyle),
- Üst hava yolu irritasyonu
- Bronş aşırı duyarlılığı (astımla birlikte olan veya geçici)

2.3.3. Kronik Öksürük

Sekiz haftadan daha uzun süren öksürükler kronik öksürük olarak değerlendirilir. Sigara içmeyen, ACE inhibitörü kullanımı olmayan ve akciğer grafisi normal olan bir kişinin 8 haftadan daha uzun süreli öksürük yakınması varsa; altta yatan neden yüksek oranda üst hava yolu öksürük sendromu, astım veya gastroözofageal reflüdür (Irwin and Mark Madison 2000, Kastelik et al. 2005).



Şekil 2. Kronik Öksürüğe Yaklaşım Algoritması (Gönen 2014)

(ACE: Anjiyotensin dönüştürücü enzim, GÖRH: Gastroözofageal Reflü Hastalığı, ÖHÖS: Üst Havayolu Öksürük Sendromu)

Kronik öksürükte altta yatan neden çoğu zaman saptanır. Ancak bir kısım hastada etiyolojik neden uzun ve zahmetli araştırmalar sonucu dahi bulunamayabilir. Bu

hastalarda öksürüğün sebebi olarak abartılı refleks hassasiyeti gösterilir (Haque et al. 2005).

2.4. KRONİK ÖKSÜRÜK

2.4.1. Epidemiyoloji

Öksürük yaygın görülen bir tıbbi sorundur ve ciddi bir sosyoekonomik yük getirebilmektedir (Morice 2002). Buna karşın; kronik öksürüğün yükü ile ilgili kesin veriler yoktur. Bunun nedeni olarak; kronik öksürüğün daha önce klinik bir durum olarak değil, diğer solunum rahatsızlıklarından kaynaklanan bir semptom olarak algılanması gösterilmiştir. Epidemiyolojik çalışmalarda kullanılmak üzere kronik öksürüğün kabul edilmiş bir tanımı yoktur (Song et al. 2016).

Bir meta-analizde, genel yetişkin popülasyonda kronik öksürük prevalansınının yaklaşık %10 civarında olduğu belirlenmiştir (Song et al. 2015). Avrupa ve Amerika'da, Asya ve Afrika'dan daha yaygın görüldüğü belirtilmektedir. Özellikle, yetişkinlerde kronik öksürük prevalansı bir dizi özellik ile ilişkilidir (Çolak et al. 2017; Kang et al. 2017; Lätti et al. 2018) 10 032 yetişkin hastayla yapılan yakın tarihli bir uluslararası araştırmada, kronik öksürük yakınması olan hastaların yaklaşık üçte ikisinin kadın olduğu ve başvuru oranında 60 yaş üzeri hastalardan oluştuğu belirtilmiştir (Morice et al. 2014).

2.4.2. Başlıca Nedenleri

Kronik öksürük etiolojisinde birçok hastalık rol oynar. Kronik öksürüğün %39-75'inde tek bir neden saptanır bununla birlikte birden fazla neden etiyoloji de rol alabilir. Kronik öksürük solunum sistemi kaynaklı olabildiği gibi solunum sistemi dışı kaynaklı olabilmekte veya bu nedenler birliktelik gösterebilmektedir (Argüder 2012).

Solunum sistemi kaynaklı kronik öksürük nedenleri üst ve alt solunum sistemi kaynaklı olmak üzere iki grupta incelenebilir. Üst solunum sistemi kaynaklı nedenler; ÜHÖS, vokal kord disfonksiyonu, tümörler ve yabancı cisimler olarak sıralanabilir. Alt solunum sistemi kaynaklı nedenleri ise; hava yolu hastalıkları (astım, kronik

bronşit/KOAH, eozinofilik bronşit, bronşektazi, kistik fibrozis, trakeomalazi, sık aspirasyon), parankimal hastalıklar (kronik interstisyel akciğer hastalığı, amfizem/KOAH, sarkoidoz, pulmoner enfarkt), tümörler, yabancı cisimler ve kronik enfeksiyonlar (tüberküloz, fungal enfeksiyon) oluşturur (Argüder 2012).

Solunum sistemi dışı kaynaklı nedenler ise şu şekilde sıralanabilir:

- GÖRH
- ACE inhibitörü kullanımı
- Kardiyovasküler hastalıklar
- Orta kulak patolojileri
- Nörojenik (vagal hasar)
- Psikojenik

Üst Havayolu Öksürük Sendromu (ÜHÖS)

Üst Havayolu Öksürük Sendromu, önceleri kullanılan adıyla Postnazal Drip Sendromu; boğazın gerisinde akıntı ya da nazal sekresyonların hissedilmesi, buna eşlik eden sürekli boğazı temizleme ihtiyacı hissedilmesi ve burun akıntısı yada burun etrafında dolgunluk ile karakterize bir tablodur. Bu tablo, üst hava yolu ilişkili kronik öksürük durumunda ilk akla gelmesi gereken durumdur (Ediger 2017).

Bu hastalığın patogenezi belirsizliğini korumakta ve hekimlerin hastalığa yaklaşımları çeşitlilik göstermektedir. Patogenezde rolü olduğu ileri sürülen mekanizmalar şu şekildedir (Kalyoncu ve Oğuzülgen 2019):

- Sekresyonların üst hava yollarındaki öksürük reseptörlerini mekanik uyarması,
- Öksürük hassasiyetinin duyuşal afferentlerde artış göstermesi,
- Öksürük oluşumunda santral yolların duyarlılaşması,
- Alt hava yollarındaki öksürük reseptörlerinin aspire edilen sekresyonlar tarafından uyarılması

ÜHÖS'ü olan hastalarda kronik öksürüğe katkıda bulunabilen diğer bozuklukların da sıklıkla bulunması, tanı ve tedaviyi zorlaştırmaktadır. Tanıyı kesinleştirecek net bir

bulgusunun olmaması ve radyolojik bulgularının özgün olmaması nedeniyle ampirik tedavi yaklaşımı sıklıkla tercih edilen yaklaşım olmaktadır (Weinberger and Fischer 2014).

Öksürükle Seyreden Astım

Astım; öksürüğün, önemli bir nedenidir. Sıklıkla öksürükle birlikte epizodik wheezing ve nefes darlığı gibi semptomlar görülür. Yegane semptomun öksürük olduğu astım tipi, öksürükle seyreden astım (öksürük varyant astım) olarak isimlendirilir. Tanıda; öykü, fizik muayene bulguları, tanısal testler ve verilen uygun tedaviden fayda görülmesi belirleyicidir. Hastanın alerjik bir bünyeye sahip olması ve ailede astım tanılı birey olması tanıyı destekleyici niteliklerdir (Kalyoncu ve Oğuzülgen 2019, Johnson and Osborn 1991).

Gastroözofageal Reflü Hastalığı (GÖRH)

Mide içeriğinin özofagusa geri kaçıışı gastroözofageal reflü olarak isimlendirilir. Bu durum her zaman patolojik olmayabilir. Herhangi bir problem teşkil etmeyen bu tabloya fizyolojik reflü denir. Mide içeriğinin özofagusa geri kaçıışıyla kişide çeşitli yakınmalara neden oluyor ve komplikasyonlara neden oluyorsa bu durum GÖRH olarak tanımlanır. Gastroözofageal Reflü Hastalığı, dünyada farklı çalışma grupları tarafından hazırlanan öksürük yönetimi kılavuzlarında, kronik öksürüğe yaklaşımın ayrılmaz bir bileşeni olarak yerini almıştır. Kronik ve persistan öksürüğün ikinci veya üçüncü en sık rastlanılan sebebi, bazen de en sık sebebi olarak görülebildiği bildirilmiştir (Vakil et al. 2006, Kahrilas et al. 2014, Gönen 2014)

Gastroözofageal reflü nedenli öksürük oluşumunda birçok faktör birlikte rol alır. Larenkste, bronşlarda ve özofagusta olmak üzere üç farklı kısımda da etki göstererek öksürüğe neden olabilir. Bu kısımlarda direkt öksürüğü tetikleyebileceği gibi, öksürük refleksinde duyarlılık artışına da sebep olabilmektedir. Temel patogeneizde ise; özofagobronşiyal refleks (vagal refleks) ve mikroaspirasyon teorisi yer almaktadır (Kasırğa ve Gülen 2014).

Nonastmatik Eozinofilik Bronşit

İki aydan uzun süren öksürük, balgamda eozinofili, hava yolu obstrüksiyonu ile ilişkili semptomların ve objektif bulguların olmaması ve bronş aşırı duyarlılığının gösterilememesi durumunda Nonastmatik Eozinofilik Bronşit akla gelmelidir. Hastalar genellikle sigara öyküleri olmayan, alerjik bünyeye sahip olmayan orta yaşlı kişiler olup, tek yakınmaları kronik öksürüktür. (Gibson et al. 1989, Yıldız and Dülger 2018)

Postenfeksiyöz Öksürük

Üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra üç ila sekiz hafta devam eden öksürük, postenfeksiyöz öksürük olarak tanımlanır. Postenfeksiyöz öksürüğün patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte öne sürülen potansiyel mekanizmalar şunlardır (Yeşillik 2012):

- Aşırı mukus sekresyonu
- Havayolu aşırı duyarlılığı
- Mukosilyer aktivitede bozukluk
- Solunum yolu epitel hasarı

ACE İnhibitörü Kullanımına Bağlı Öksürük

ACE inhibitörü kullanan hastaların bir kısmında ilacın yan etkisi olarak öksürük gelişebilir. Öksürük çoğu hastada tedavinin ilk haftalarında görülmeye başlar. Ancak bir kısım hastada kimi zaman bu yan etkinin 5-6 ay sonra gibi geç dönemde de görülebildiği bilinmektedir. ACE inhibitörü kullanımına bağlı öksürük gelişen hastada tedavinin kesilmesi ile birlikte öksürük yakınması çoğunlukla 3-4 hafta içerisinde tamamen geçer. Kimi hastalarda bu süre 6 haftaya kadar uzayabilir (Farooqi et al. 2020).

Tütün ve Tütün Mamülleri Kullanımı

Sigara içmek kronik öksürüğün en önemli iyileştirilebilir nedenidir. Bununla birlikte; sigara içmenin ayrılmaz bir şekilde KOAH ile bağlantılı olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalar, kümülatif sigara maruziyeti ile kronik öksürük arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Dahası, sigara içme öyküsü ve mevcut sigara tüketimi objektif olarak ölçülen öksürük sıklığının belirleyicileridir (Sumner et al. 2013).

Psikojenik Öksürük

Psikojenik öksürüğün özelliği; kaba, kuru, sert, kaz veya havlar tarzda ötme şeklinde karşımıza çıkan, uykuda ve hastanın dikkatini dağıtacak aktiviteler esnasında kaybolan vasıfta olmasıdır. Bu yönüyle psikojenik öksürük çoğu zaman başta astım olmak üzere öksürüğün diğer nedenleri ile karıştırılarak sıklıkla yanlış tedavi edilir (Kelekçi ve Gürkan 2012).

İdiyopatik Öksürük

Detaylı araştırma ve tedavilere rağmen, düzelme sağlanamayan olgular (idiyopatik kronik öksürük olguları) giderek artan oranda bildirilmektedir. İdiyopatik kronik öksürüğün yalnız bir semptom olarak değil, bir hastalık olarak düşünülmesi gerektiği fikri yaygınlaşmaktadır. Öksürük refleksi aşırı duyarlılığı, idiyopatik öksürüğün altında yatan önemli bir mekanizma olarak düşünülmektedir (Erkeköl 2014).

2.4.3. Hastalar Üzerindeki Etkisi

Kronik öksürük, hasta birey ve çevresindekiler için oldukça rahatsız edici bir tablodur. Öksürük hastalarının tıbbi yardım istemelerinin en yaygın nedenleri altta yatan ciddi bir hastalık endişesi, kusma, bitkinlik, uyku bozukluğu, sosyal utanç, telefonda konuşma güçlüğü, idrar kaçırma ve aileye, arkadaşlara ve iş arkadaşlarına verilen rahatsızlıktır (French et al. 1998).

Kronik öksürüğün çok çeşitli komplikasyonları olabilir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde en çok etkili olanlar; üriner inkontinans, konuşmaya etkisi ve depresyondur. Bununla birlikte, senkop gibi rahatsız edici olabilecek başka birçok tablo da karşımıza çıkabilir (Raj and Birring 2007; French et al. 2017).

Üriner inkontinans özellikle kadınlar için önemlidir. Çünkü öksürük, kadınları erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla etkiler. Öksürük ve idrar kaçırması olan kadın hastalar, inkontinansı olmayanlara kıyasla daha kötü yaşam kalitesi düzeylerine sahiptir. Kronik öksürüğü olan hastaların azımsanmayacak kısmında inkontinans şiddetli görülür ancak hastalar tarafından çoğunlukla dile getirilmezler. Bu nedenle

hastadan anamnez alınırken muhakkak inkontinans sorgulanmalıdır (French et al. 1998; French et al. 2017).

Öksürüğün şiddetini ve etkilerini değerlendirebilmek için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Öksürüğün etkisi Leicester Öksürük Anketi veya Öksürüğe Özgü Yaşam Kalitesi Anketi gibi doğrulanmış yaşam kalitesi ölçme araçlarıyla değerlendirilebilir ve ölçülebilir. Öksürük yaşam kalitesi ölçekleri klinik olarak anlamlı olan antitüsif tedavinin etkinliğini göstermek için de kullanılmaktadır (French et al. 2002; Birring et al. 2003; Morice et al. 2007).

2.5. YAŞAM KALİTESİ

2.5.1. Tanım

Yaşam kalitesi; bireyin, içinde yaşadığı toplumun kültürel özellikleri ve değer yargılarına göre, kendi amaçlarına, hedeflerine, beklentilerine, standartlarına ve kazanımlarına göre kendisini nerede konumlandığı, nasıl hissettiği ve yaşam algısı olarak tanımlanabilir. Bu fiziksel sağlık, psikolojik durum ve sosyal ilişkileri de içine alan çok geniş kapsamlı bir tanımlamadır (Boylu and Paçacıoğlu 2016).

Yaşam kalitesinin farklı birçok tanımı bulunmakta ve bu konuda bir fikir birliği bulunmamaktadır. Farklı bilim dalları farklı tanımlamalar yapmakta fakat genel hatlarıyla yaşam kalitesi göstergeleri benzerlik göstermektedir. Yaşam kalitesi göstergeleri Tablo 2’de verilmiştir. Önemli olan bireyin, bu göstergeler bağlamında kendi yaşamını kendisinin değerlendirmesidir (Boylu and Paçacıoğlu 2016).

Tablo 2. Yaşam Kalitesi Göstergeleri (Boylu and Paçacıoğlu 2016)

• Cinsiyet	• Sağlık
• Yaş	• Sosyal destek
• Medeni durum	• Yaşam alanı özellikleri
• Eğitim seviyesi	• İş hayatı
• Gelir durumu	• Boş zaman faaliyetleri

2.5.2. Tarihçe

Yaşam kalitesi kavramının; aslında insanlık tarihi kadar eski olduğu, varoluştan günümüze kadar geçen sürede hayat şartlarındaki değişimlerle şekillenmiş bir kavram olduğu ifade edilir. Bununla birlikte yaşam kalitesi kavramına temel oluşturan ilk çalışmalar bizi Aristo'ya yönlendirmektedir. Dolaylı da olsa yaşam kalitesi konusuna ilk değinen kişi olarak Aristo görülmektedir (Tekkanat 2008).

Aristo ve sonrasında birçok düşünür yaşam kalitesi üzerine değerlendirmeler yapmış; yaşamın ana amacını yaşamın izin verdiği en iyi duruma ulaşmak olduğu fikrini benimsemişler ve bu hedefe ulaşan bir bireyin en yüksek yaşam kalitesine sahip olduğunu düşünmüşlerdir. Aristo'dan yaklaşık bir asır öncesine gittiğimizde; Hipokrat zamanında hekimlere, hastaların tedavi süreçlerinde onların iyilik hallerinin de en üst düzeye çıkarılması hususunda sorumluluk yüklendiği belirtilmektedir (Bjornson 1996).

Yaşam kalitesi kavramının temellerinin atılmasında etkili olan isimlerden biri de 18. yy'da yaşayan Jeremy Bentham'dır. Bentham psikiyatri alanında yaşam kalitesi ölçümü konusunda ilk adımları atmıştır. 20. yy'da ise Likert ve Thurstone yaşam kalitesi ölçekleri geliştirmişlerdir. Ve bu ölçekler halen günümüzde kullanılmaktadır (Yancar 2005; Yapıcı 2006; Işık and Meriç 2010).

Bu dönemlerden günümüze kadar yaşam kalitesinin farklı tanımlamaları yapılmış ve özellikle 1970'lerden sonra yaşam kalitesi araştırmaları hız kazanmıştır. Yakın tarihte yaşam kalitesi kavramı sağlık bakımından dinamik bir kavram olarak ele alınmış ve yaşam kalitesinin tanımlanmasında kullanılabilecek anahtar kelimelerden birinin de "sağlık" olduğu belirtilmiştir (Farquhar 1995; Yancar 2005).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmesi çalışmalarının 2000'li yıllardan itibaren yoğunluk kazandığı gözlenmektedir.

2.5.3. Öksürük ve Yaşam Kalitesi

Öksürük yakınmasının kişilerin yaşam kalitesi üzerine etkileri değişik yönleriyle

araştırılması gereken önemli bir konudur. Bu etki akut öksürükte geçici olarak karşımıza çıkarken kronik öksürükte ise çok daha uzun süreli ve yıpratıcı bir hal alır. Öksürük; bir bireyi fiziksel olarak olumsuz etkilemesinin yanında psikolojik ve sosyal açıdan da olumsuz yönde etkileyebilir. Kronik öksürükte bu etkiler çoğu zaman birliktelik gösterir (Gönen 2014).

Kronik öksürüğü olan kişilerde görülen en sık olumsuz fiziksel etkiler şu şekilde sıralanabilir:

- Göğüs Ağrısı (kas-iskelet sistemi kaynaklı)
- Ses kısıklığı
- İdrar kaçırma
- Bulantı – kusma

Öksürüğün psikolojik etkilerinin başında ise; belki de ölümlerle sonuçlanabilecek olan kronik akciğer hastalıkları varlığı korkusu gelir. Sosyal etkileri ise; kişiden kişiye değişkenlik gösterebilmekle birlikte; sıklıkla bir topluluk içerisinde bulunmaktan kaçınma ve sosyal ilişkilerde zorluk olarak karşımıza çıkmaktadır (Gönen 2014)

Kronik öksürüğün bireyler üzerindeki negatif etkilerinin fizikselden çok psikolojik ve sosyal etkiler olduğu görülmüştür. Bunda en büyük neden; öksürüğün, bireyin günlük birçok aktivitesini etkileyerek rutin alışkanlıklarını dahi yerine getirememesine neden olabilmesidir. Bu nedenle; kronik öksürüğü olan bir bireye yaklaşımda fiziksel etkilerin tedavisinin yanında yaşam kalitesinin ne derece etkilendiği de değerlendirilerek, psikolojik ve sosyal etkilerinin minimize edilmesi ve hatta tamamen ortadan kaldırılabilmesi için farkındalık sahibi olmak ve uygun yaklaşım sergilemek çok önemlidir (Gönen 2014).

2.6. UYKU KALİTESİ

2.6.1. Tanım

Uyku kalitesi, uykunun verimliliği olarak açıklanmakta ve bir kısım bileşenleri bulunmaktadır. Bu bileşenler şu şekilde sıralanabilir (Örsal ve ark. 2018)

- Öznel uyku kalitesi
- Uyku dalma gecikmesi
- Uyku süresi
- Alışılmış uyku etkinliği
- Uyku bozuklukları
- Uyku ilacı kullanımı
- Gündüz disfonksiyon

2.6.2. Öksürük ve Uyku Kalitesi

Öksürük yakınması genelde gece saatlerinde artar. Bunun nedeni olarak; uyku pozisyonunda öksürüğe neden olan sekresyonların veya iritan maddelerin geniz arkasına kolaylıkla akması veya gastroözefagial reflü hastalığında olduğu gibi midedeki iritan içeriğin öksürük reseptörleri bulunan alana daha kolay ulaşması gösterilmektedir (Morice et al. 2006)

Öksürük şikayetinin geceleri artıp artmadığı bilgisi soruşturulmalı ve çift yastık kullanımı, başın hafif yukarıya kaldırılması gibi yöntemlerle azalıp azalmadığına dikkat edilmelidir. Ancak kimi hastalarda gece öksürüğü engellenemez bir hal alabilmektedir. Öksürük yakınması olan bireylerde gece saatlerinde de devam eden öksürük varlığında bireylerin uyku kalitelerinin bozulması kaçınılmazdır. Kötü uyku kalitesi de bireyi günlük aktivitelerini yapamama, konsantrasyon güçlüğü ve hatta yaşam kalitesinde azalma gibi birçok yönden olumsuz etkileyebilir. Öksürük başlı başına yaşam kalitesini bozan bir faktörken, bu duruma uyku bozukluğunun da eşlik etmesi, durumun çok daha ciddi hale geldiğini göstermektedir (Öztürk 2011, İyigün ve ark. 2017).

Kötü uyku kalitesinin de bireyler üzerinde fiziksel, psikolojik ve sosyal etkileri olması mümkündür. Bu nedenler kronik öksürük yakınması olan bireylerin yaşam kalitelerinin değerlendirildiği gibi ayrıca uyku kalitelerine de odaklanması gerekir. (Görgülü 2010, İyigün ve ark. 2017).

3. MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu çalışmada toplam 200 kişi araştırma kapsamında değerlendirilmiştir.

3.1. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniklerine başvuran hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem boyutu belirlenmemiş olup, önceden belirlenen 2 aylık çalışma dönemi boyunca araştırmaya alınabilecek maksimum kişi sayısına ulaşılması hedeflenmiştir. Böylelikle; araştırma örneklemini çalışmaya 01.07.2020 ve 01.09.2020 tarihleri arasında, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları polikliniklerine başvuran, 8 haftadan daha uzun süredir öksürük yakınması tarifleyen kişiler oluşturmuştur. Çalışmaya dahil edilme kriterleri şunlardır:

- 8 hafta ve daha fazla süredir öksürük yakınması olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- 18 yaşından büyük olmak
- Anket soruların cevap verebilecek iletişim becerisine sahip olmak

3.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.2.1. Bağımlı Değişkenler

- Leicester Öksürük Anketi (LÖA) ve alt boyut skorları
- Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ve alt boyut skorları

3.2.2. Bağımsız Değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Bitirilen örgün eğitim düzeyi
- Medeni hal
- Bireylerin çalışma durumu

- Bireylerin yaşadıkları hanedeki sosyal yapı
- Yaşanılan yer
- Aylık gelir durumu
- Sigara kullanım durumu
- Bireylerin yaşadıkları hane içerisinde kullanılan ısınma yöntemi
- Bireylerin mevcut kronik hastalıkları

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu; katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, hane yapısı, gelir düzeyi, alışkanlıkları ve öksürük yakınmasına neden olabilecek etmenler ile kronik hastalıklarının sorgulandığı araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanan anket formudur.

3.3.2. Leicester Öksürük Anketi

Leicester Öksürük Anketi; kronik öksürük ile ilgili yaşam kalitesi anketi olup, kişinin kendisi tarafından doldurulan ve uygulaması kolay bir formdur. Fiziksel, psikolojik ve sosyal olmak üzere 3 alanı değerlendirmekte ve 19 konu içermektedir. Yedili likert skalasından oluşur. Ölçekten alınan yüksek puanlar öksürükten daha az etkilenmiş olmayı yani daha iyi sağlık durumunu ifade eder. Toplam puan fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlardan alınan puanların toplamıdır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gönen ve ark. (2015) tarafından yapılmıştır.

3.3.3. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi: 1989 yılında iyi ve kötü uykunun tanımlanması amacıyla geliştirilmiş, uyku kalitesinin niceliksel ölçümünü veren ve 24 sorudan oluşan bir ölçektir. Bu sorulardan 19 tanesi öz bildirim sorusu olup, kalan 5 tanesi ise eş veya oda arkadaşı tarafından cevaplanacak sorulardır. Ölçek puanı hesaplanırken bu

5 soru hesaplamaya dahil edilmez. Özbildirim soruları, uyku kalitesi ile ilgili çeşitli maddeler içerir.

Ölçeğin puanlanan 18 sorusu 7 bileşenden oluşur. Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Latensi, Uyku Süresi, Alışılmış Uyku Etkinliği, Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı ve Gündüz İşlev Bozukluğu. Her bir bileşen 0-3 puan üzerinden değerlendirilir. 7 bileşenin toplam puanı ölçek toplam puanını verir. Toplam puan 0-21 arasında değişir. Toplam puanın 5'ten büyük olması "kötü uyku kalitesini" gösterir. Ölçeğin Türkçe geçelilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve ark. (1996) tarafından yapılmıştır.

3.4. ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 26.06.2020 tarih ve 364 sayılı izni ile çalışmaya başlanmıştır.

Katılımcılar; araştırmanın amacı, elde edilecek veriler ve verilerin bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı ile ilgili bilgilendirildikten sonra sözlü onamları alınmıştır.

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada toplanan verilerin analizi, istatistiksel yazılım paketi SPSS 20.0 (IBM SPSS Statistics; Armonk, NY, USA) kullanılarak yapıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken sayısal değişkenler, "Büyük Sayılar Yasası'na göre $n \rightarrow \infty$ için, örneklem ortalamasının dağılımı normal dağılıma yaklaşır (İNAL ve GÜNAY, 2002, s.264)" nedeniyle kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. İki grup arasında fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi ile, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile bakılmıştır. "Tek yönlü varyans analizi" (ANOVA) sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı "çoklu karşılaştırma testi" (Bonferroni ya da Tamhane's T2) ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için

Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane's T2 testine bakılmıştır. İki sayısal değişken arasındaki ilişkinin incelenmesinde pearson korelasyon testinden yararlanılmıştır. Ayrıca ölçek güvenilirlikleri için Cronbach's alfa değerinden yararlanılmıştır.

3.6. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmanın örneklemini herhangi bir toplum kesimini veya hasta grubunu temsil etmediği için sonuçlar genellenemez.

Anket uygulama dönemi ülkemizde koronavirüs salgınının mevcut olduğu döneme denk gelmiştir. Belirsizlikler nedeniyle hastaların korku ve endişelerinin yoğun olduğu bu dönemde öksürükle ilgili şikayetlerinin sorgulanması korku ve endişelerini artırarak cevapların olağandan farklı olmasına neden olmuş olabilir.

4. BULGULAR

Çalışmaya; yaşları 18-70 yıl arasında değişen, 129'u kadın ve 71'i erkek olmak üzere toplam 200 kişi dahil edildi. (Tablo 3)

Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=200)

		n	%
Yaş	18-30 yaş	37	18,5
	31-40 yaş	54	27,0
	41-50 yaş	41	20,5
	51-60 yaş	44	22,0
	61-70 yaş	24	12,0
Cinsiyet	Erkek	71	35,5
	Kadın	129	64,5
Eğitim durumu	Herhangi bir eğitim almadım	19	9,5
	İlkokul mezunu	83	41,5
	Ortaokul mezunu	19	9,5
	Lise mezunu	48	24,0
	Üniversite ve üzeri	31	15,5
Çalışma durumu	Çalışmıyorum	73	36,5
	Çalışıyorum	127	63,5
Hanedeki sosyal yapı	Çekirdek aile	150	75,0
	Geniş aile	50	25,0
Gelir durumu	<2000	26	13,0
	2000-4000 TL	75	37,5
	4001-6000 TL	36	18,0
	6001 TL ve üzeri	63	31,5
Yaşanılan yer	Kentsel bölge	144	72,0
	Kırsal bölge	56	28,0
Sigara kullanma durumu	Hiç kullanmadım	119	59,5
	Bir dönem kullandım, bıraktım	14	7,0
	Ara sıra kullanıyorum	12	6,0
	Sık ve düzenli kullanıyorum	55	27,5

Isınma	Doğalgaz	174	87,0
	Odun/kömür	32	16,0
	Elektrikli ısıtıcı	9	4,5
	Klima	32	16,0
Ek hastalık	Astım	66	33,0
	KOAH	16	8,0
	Kalp yetmezliği	21	10,5
	GÖRH	18	9,0
	ÜHÖS	17	8,5
BKİ	Zayıf	12	6,0
	Normal	79	39,5
	Kilolu	62	31,0
	Obez	47	23,5
Medeni durum	Bekar	60	30,0
	Evli	130	65,0
	Ayrılmış	7	3,5
	Eşi yaşamıyor	3	1,5

Katılımcıların Leicester öksürük ölçek total skoru $13,15 \pm 3,74$ iken, fiziksel alt boyut skoru $4,10 \pm 1,39$, psikolojik alt boyut skoru $4,30 \pm 1,30$ ve sosyal alt boyut skoru $4,75 \pm 1,30$ 'dur. PUKİ total skoru $6,08 \pm 3,85$ iken, subjektif uyku kalitesi skoru $0,63 \pm 0,70$, uykuya geçiş süresi skoru $1,47 \pm 0,97$, uyku süresi skoru $0,55 \pm 0,96$, uyku etkinliğe skoru $0,20 \pm 0,63$, uykuyu olumsuz etkileyen durumlar skoru $1,67 \pm 0,76$, uyku verici madde kullanımı skoru $0,48 \pm 0,86$ ve gün içinde uyuklama skoru $1,09 \pm 1,28$ 'dir.

Katılımcıların; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşanılan bölge, sigara kullanım durumu, kronik hastalık durumları ve BKİ grupları arasında Leicester öksürük ölçeğinden aldıkları puanlar ve alt boyut skor ortalamaları bakımından anlamlı farklılıklar saptandı. (Tablo 4)

Katılımcılardan 31-40 yaşında olanların Leicester öksürük ölçeği ve fiziksel, sosyal alt boyut skor ortalamaları diğer yaş gruplarına göre ve 18-50 yaşındakilerin psikolojik alt

boyut skor ortalaması 51-70 yaşındakilere göre anlamlı derecede daha yüksekti. (Leicester Öksürük Anketinden alınan skorun artışı yaşam kalitesi düzeyinin arttığını göstermektedir) Erkeklerde Leicester öksürük ölçek ve alt boyut skor ortalamaları kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksekti.

Katılımcılardan ortaokul ve üzeri mezun olanların Leicester öksürük ölçeği ve fiziksel, sosyal alt boyut skor ortalamaları ilkokul ve altı mezunlara göre ve ortaokul ve lise mezunlarının psikolojik alt boyut skor ortalaması herhangi bir eğitimi olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek saptandı.

Sigara hiç kullanmayan veya ara sıra ya da sık sık kullananların fiziksel alt boyut skor ortalaması bırakanlara göre, sık sık kullananların Leicester öksürük ölçeği ve psikolojik alt boyut skor ortalamaları hiç kullanmayan ya da bırakanlara göre ve sık sık kullananların sosyal alt boyut skor ortalaması hiç kullanmayan veya bırakan ya da ara sıra kullananlara göre anlamlı derecede daha yüksekti.

Tablo 4. Demografik Değişkenler Arasında Leicester Öksürük Ölçeği ve Alt Boyutları Bakımından Farklılıkların İncelenmesi

		Fiziksel alt boyut	Psikolojik alt boyut	Sosyal alt boyut	Leicester öksürük ölçeği
		ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Yaş	18-30 yaş	4,53±1,14	4,69±1,55	4,95±1,17	14,18±3,73
	31-40 yaş	5,09±1,14	4,76±1,37	5,71±1,26	15,57±3,60
	41-50 yaş	3,44±0,86	4,31±1,10	4,64±1,17	12,39±3,02
	51-60 yaş	3,37±1,24	3,83±0,87	4,05±0,94	11,24±2,66
	61-70 yaş	3,69±1,69	3,46±1,09	3,80±0,85	10,95±3,42
İstatistik analiz (F/p)		18,589/0,000*	7,312/0,000*	19,081/0,000*	15,012/0,000*
Cinsiyet	Erkek	4,72±1,09	4,56±1,18	5,10±1,15	14,37±3,13
	Kadın	3,77±1,42	4,15±1,35	4,57±1,35	12,48±3,88
İstatistik analiz (t/p)		5,282/0,000*	2,130/0,034*	2,815/0,005*	3,743/0,000*
Eğitim	Eğitim yok	2,59±0,48	3,50±0,57	3,68±0,58	9,77±1,36

durumu	İlkokul mezunu	3,66±1,40	3,99±1,13	4,34±1,15	11,99±3,38
	Ortaokul mezunu	4,68±1,10	4,41±1,12	5,09±0,74	14,18±2,78
	Lise mezunu	4,90±1,34	5,15±1,51	5,65±1,42	15,69±4,14
	Üniversite ve üzeri	4,64±0,46	4,22±1,20	4,94±1,19	13,79±2,56
İstatistik analiz (F/p)		18,636/0,000*	9,485/0,000*	14,473/0,000*	15,580/0,000*
Çalışma durumu	Çalışmıyor	4,89±1,10	4,78±1,29	5,55±1,21	15,21±3,36
	Çalışıyor	3,65±1,34	4,02±1,23	4,30±1,13	11,97±3,42
İstatistik analiz (t/p)		7,025/0,000*	4,155/0,000*	7,343/0,000*	6,492/0,000*
Hanedeki sosyal yapı	Çekirdek aile	4,18±1,40	4,34±1,32	4,79±1,30	13,31±3,72
	Geniş aile	3,87±1,35	4,16±1,27	4,65±1,33	12,68±3,78
İstatistik analiz (t/p)		1,408/0,161	0,827/0,409	0,657/0,512	1,040/0,300
Gelir durumu (TL)	<2000	3,72±1,19	4,25±1,07	4,55±1,22	12,52±3,18
	2000-4000	3,90±1,41	4,19±1,17	4,60±1,10	12,69±3,40
	4001-6000	4,30±1,46	4,54±1,36	4,72±1,32	13,56±3,89
	6001 ve üzeri	4,39±1,35	4,30±1,51	5,05±1,51	13,74±4,19
İstatistik analiz (F/p)		2,436/0,066	0,569/0,636	1,672/0,174	1,303/0,275
Yaşanılan yer	Kent	4,43±1,25	4,51±1,32	4,93±1,35	13,86±3,66
	Kır	3,28±1,39	3,74±1,11	4,32±1,08	11,34±3,33
İstatistik analiz (t/p)		5,648/0,000*	4,152/0,000*	3,334/0,001*	4,483/0,000*
Sigara kullanma durumu	Hiç	3,94±1,29	4,21±1,19	4,52±1,20	12,67±3,42
	Bıraktım	3,46±1,69	3,21±1,73	3,82±1,50	10,50±4,88
	Ara sıra	4,86±0,37	4,23±1,69	4,33±1,03	13,42±3,09
	Sık ve düzenli	4,71±1,22	4,77±1,14	5,60±1,10	15,07±3,25
İstatistik analiz (F/p)		14,020/0,000*	6,231/0,000*	14,216/0,000*	11,570/0,000*
Doğalgaz	Var	4,16±1,36	4,34±1,37	4,81±1,39	13,31±3,90
	Yok	3,72±1,51	4,01±0,62	4,40±0,24	12,13±2,12
İstatistik analiz (t/p)		1,512/0,132	2,079/0,041*	3,516/0,001*	2,306/0,025*
Odun/kömür	Var	3,63±1,47	3,94±0,68	4,29±0,48	11,86±2,32
	Yok	4,19±1,36	4,36±1,38	4,84±1,39	13,40±3,91
İstatistik analiz (t/p)		-2,13/0,034*	-2,657/0,009*	-4,058/0,000*	-3,040/0,003*
Elektrikli	Var	3,86±0,99	3,87±0,25	4,64±0,22	12,37±1,39

ısıtıcı	Yok	4,12±1,40	4,31±1,33	4,76±1,33	13,19±3,81
İstatistik analiz (t/p)		-0,536/0,593	-3,459/0,001*	-1,003/0,32	-1,518/0,150
Klima	Var	4,14±1,37	4,34±1,44	4,75±1,36	13,23±4,02
	Yok	4,10±1,40	4,29±1,28	4,76±1,30	13,14±3,69
İstatistik analiz (t/p)		0,146/0,884	0,230/0,818	-0,024/0,981	0,126/0,900
Astım	Yok	4,52±1,24	4,49±1,28	4,99±1,41	14,01±3,68
	Var	3,25±1,29	3,89±1,26	4,28±0,89	11,42±3,25
İstatistik analiz (t/p)		6,737/0,000*	3,155/0,002*	4,359/0,000*	4,864/0,000*
KOAİ	Yok	4,12±1,39	4,33±1,32	4,79±1,34	13,24±3,80
	Var	3,92±1,37	3,90±0,98	4,30±0,66	12,12±2,81
İstatistik analiz (t/p)		0,546/0,586	1,621/0,121	2,591/0,015*	1,486/0,153
Kalp yetmezliği	Yok	4,08±1,42	4,33±1,33	4,83±1,33	13,24±3,84
	Var	4,30±1,10	4,03±1,05	4,12±0,82	12,45±2,64
İstatistik analiz (t/p)		-0,849/0,403	1,195/0,242	3,471/0,001*	1,223/0,231
GÖRH	Yok	4,14±1,42	4,29±1,33	4,75±1,33	13,19±3,83
	Var	3,69±0,92	4,35±1,00	4,76±0,98	12,80±2,67
İstatistik analiz (t/p)		1,891/0,070	-0,233/0,818	-0,039/0,969	0,562/0,579
ÜHÖS	Yok	3,98±1,38	4,15±1,24	4,59±1,23	12,73±3,57
	Var	5,43±0,60	5,82±0,94	6,51±0,59	17,76±2,07
İstatistik analiz (t/p)		-8,175/0,000*	-6,731/0,000*	-11,355/0,000*	-8,897/0,000*
Diğer	Yok	4,27±1,39	4,37±1,27	4,76±1,23	13,40±3,60
	Var	3,96±1,38	4,23±1,33	4,75±1,37	12,93±3,86
İstatistik analiz (t/p)		1,614/0,108	0,789/0,431	0,057/0,954	0,892/0,373
BKİ	Zayıf	4,08±1,38	3,75±1,25	4,67±0,91	12,50±3,43
	Normal	4,85±1,03	4,77±1,32	5,33±1,30	14,95±3,43
	Kilolu	3,98±1,31	4,41±1,28	4,73±1,31	13,13±3,58
	Obez	3,01±1,27	3,48±0,83	3,85±0,79	10,33±2,62
İstatistik analiz (F/p)		23,436/0,000*	12,338/0,000*	15,579/0,000*	19,300/0,000*
Medeni durum	Bekar	4,18±1,26	4,18±1,49	4,72±1,18	13,08±3,71
	Evli	4,06±1,45	4,36±1,19	4,78±1,37	13,20±3,76
İstatistik analiz (t/p)		0,569/0,570	-0,844/0,400	-0,295/0,768	-0,215/0,830
Hastalık durumu	Var	4,02±1,37	4,24±1,28	4,67±1,24	12,93±3,62
	Yok	4,83±1,34	4,76±1,45	5,44±1,60	15,02±4,29
İstatistik analiz (t/p)		-2,561/0,011*	-1,718/0,087	-2,121/0,045*	-2,143/0,043*

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi * :p<0,05

Katılımcıların; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, yaşadıkları bölge, sigara kullanım durumu, kronik hastalık durumları, BKİ grupları ve medeni durumları arasında PUKİ'den aldıkları puanlar ve alt boyut skor ortalamaları bakımından anlamlı farklılıklar saptandı. (Tablo 5)

Tablo 5. Demografik Değişkenler Arasında PUKİ ve Alt Boyutları Bakımından Farklılıkların İncelenmesi

		Subjektif uyku kalitesi	Uykuya geçiş süresi	Uyku süresi	Uyku effektivitesi
		ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Yaş	18-30 yaş	0,62±0,49	1,24±0,64	0,81±1,22	0,32±0,47
	31-40 yaş	0,35±0,48	1,26±0,76	0,31±0,47	0,07±0,26
	41-50 yaş	0,22±0,52	1,15±1,04	0,37±0,49	0,00±0,00
	51-60 yaş	0,95±0,75	1,89±1,10	0,20±0,67	0,07±0,45
	61-70 yaş	1,33±0,76	2,08±0,97	1,63±1,44	0,88±1,39
İstatistik analiz (F/p)		19,413/0,000*	7,572/0,000*	13,728/0,000*	11,036/0,000*
Cinsiyet	Erkek	0,70±0,72	1,34±0,84	0,65±1,00	0,07±0,39
	Kadın	0,58±0,68	1,54±1,03	0,5±0,93	0,27±0,73
İstatistik analiz (t/p)		1,193/0,234	-1,514/0,132	1,076/0,283	-2,545/0,012*
Eğitim durumu	Eğitim yok	0,37±0,60	2,11±1,15	0,00±0,00	0,00±0,00
	İlkokul mezunu	0,83±0,78	1,37±1,06	0,49±0,92	0,37±0,91
	Ortaokul mezunu	0,84±0,83	1,63±0,96	1,74±1,28	0,00±0,00
	Lise mezunu	0,40±0,49	1,31±0,72	0,44±0,94	0,15±0,36
	Üniversite ve üzeri	0,45±0,51	1,48±0,85	0,48±0,51	0,06±0,25
İstatistik analiz (F/p)		5,074/0,001*	2,78/0,028*	11,04/0,000*	3,062/0,018*
Çalışma durumu	Çalışmıyorum	0,41±0,50	1,19±0,72	0,45±0,76	0,11±0,31
	Çalışıyorum	0,75±0,77	1,63±1,06	0,61±1,05	0,25±0,76
İstatistik analiz (t/p)		-3,773/0,000*	-3,469/0,001*	-1,195/0,233	-1,861/0,064
Hanedeki sosyal yapı	Çekirdek aile	0,65±0,70	1,52±0,94	0,49±0,95	0,18±0,62
	Geniş aile	0,56±0,70	1,32±1,06	0,74±0,96	0,26±0,66
İstatistik analiz (t/p)		0,760/0,448	1,263/0,208	-1,631/0,104	-0,772/0,441

	<2000	0,77±0,82	1,27±0,96	0,00±0,00	0,00±0,00
Gelir durumu	2000-4000 TL	0,81±0,77	1,79±1,08	0,53±1,03	0,31±0,79
	4001-6000 TL	0,47±0,65	1,50±0,91	0,58±0,97	0,47±0,88
	6001 TL ve üzeri	0,43±0,50	1,16±0,75	0,78±0,97	0,00±0,00
	İstatistik analiz (F/p)	4,677/0,004*	5,55/0,001*	4,294/0,006*	6,344/0,000*
Yaşanılan yer	Kent	0,57±0,72	1,30±0,86	0,64±0,97	0,23±0,72
	Kır	0,77±0,63	1,91±1,10	0,32±0,88	0,13±0,33
	İstatistik analiz (t/p)	-1,918/0,058	-3,742/0,000*	2,23/0,028*	1,398/0,164
Sigara kullanma durumu	Hiç	0,66±0,72	1,55±1,03	0,41±0,90	0,09±0,29
	Bıraktım	1,07±0,92	2,14±1,03	2,43±0,94	1,71±1,54
	Ara sıra	0,00±0,00	1,00±0,00	0,58±0,51	0,17±0,39
	Sık ve düzenli	0,58±0,57	1,24±0,82	0,36±0,59	0,05±0,23
	İstatistik analiz (F/p)	5,634/0,001*	4,731/0,003*	27,383/0,000*	49,935/0,000*
Doğalgaz	Var	0,53±0,66	1,36±0,93	0,61±0,98	0,23±0,67
	Yok	1,27±0,60	2,23±0,91	0,12±0,59	0,00±0,00
	İstatistik analiz (t/p)	-5,392/0,000*	-4,481/0,000*	3,637/0,001*	4,493/0,000*
Odun/kömür	Var	1,25±0,62	2,31±0,90	0,28±0,89	0,00±0,00
	Yok	0,51±0,65	1,31±0,90	0,60±0,96	0,24±0,69
	İstatistik analiz (t/p)	5,995/0,000*	5,771/0,000*	-1,842/0,072	-4,502/0,000*
Elektrikli ısıtıcı	Var	0,78±0,44	1,33±0,71	0,00±0,00	0,00±0,00
	Yok	0,62±0,71	1,48±0,98	0,58±0,97	0,21±0,65
	İstatistik analiz (t/p)	1,028/0,328	-0,431/0,667	-8,208/0,000*	-4,471/0,000*
Klima	Var	0,63±0,55	1,63±1,04	0,13±0,34	0,06±0,25
	Yok	0,63±0,72	1,44±0,96	0,63±1,01	0,23±0,68
	İstatistik analiz (t/p)	0,000/1,000	0,985/0,326	-5,156/0,000*	-2,401/0,018*
Astım	Yok	0,67±0,70	1,43±0,95	0,53±0,89	0,17±0,53
	Var	0,53±0,68	1,55±1,03	0,59±1,08	0,26±0,81
	İstatistik analiz (t/p)	1,35/0,179	-0,77/0,442	-0,424/0,672	-0,784/0,435
KOAHA	Yok	0,54±0,64	1,39±0,93	0,48±0,86	0,18±0,59
	Var	1,56±0,63	2,44±0,89	1,31±1,54	0,38±1,02
	İstatistik analiz (t/p)	-6,09/0,000*	-4,335/0,000*	-2,128/0,049*	-0,732/0,475
Kalp yetmezliği	Yok	0,56±0,65	1,44±0,97	0,47±0,87	0,19±0,60
	Var	1,14±0,85	1,71±1,01	1,24±1,34	0,29±0,90

İstatistik analiz (t/p)		-3,005/0,006*	-1,22/0,224	-2,57/0,017*	-0,654/0,514
GÖRH	Yok	0,65±0,71	1,46±0,97	0,59±0,99	0,21±0,66
	Var	0,39±0,50	1,56±1,04	0,11±0,32	0,06±0,24
İstatistik analiz (t/p)		2,004/0,056	-0,391/0,696	4,568/0,000*	2,145/0,037*
ÜHÖS	Yok	0,64±0,71	1,49±0,99	0,58±0,98	0,19±0,64
	Var	0,41±0,51	1,29±0,77	0,18±0,39	0,35±0,49
İstatistik analiz (t/p)		1,32/0,188	0,957/0,350	3,404/0,002*	-1,04/0,300
Diğer	Yok	0,65±0,71	1,52±0,95	0,48±0,91	0,21±0,60
	Var	0,60±0,69	1,42±0,99	0,61±0,99	0,19±0,66
İstatistik analiz (t/p)		0,456/0,649	0,702/0,483	-0,994/0,321	0,268/0,789
BKİ	Zayıf	0,75±0,45	1,00±0,00	1,42±1,44	0,00±0,00
	Normal	0,63±0,66	1,39±0,88	0,66±1,00	0,23±0,51
	Kilolu	0,42±0,56	1,42±1,00	0,24±0,43	0,02±0,13
	Obez	0,85±0,88	1,79±1,12	0,55±1,08	0,45±1,08
İstatistik analiz (F/p)		3,718/0,012*	2,912/0,036*	6,24/0,000*	4,824/0,003*
Medeni durum	Bekar	0,51±0,56	1,36±0,83	0,84±1,04	0,36±0,70
	Evli	0,68±0,76	1,53±1,04	0,39±0,87	0,12±0,58
İstatistik analiz (t/p)		-1,809/0,072	-1,287/0,200	3,258/0,001*	2,463/0,015*

(Tablo 5 devamı)		Uykuyu olumsuz etkileyen durumlar	Uyku verici madde kullanımı	Gün içinde uyuklama	PUKİ
		ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Yaş	18-30 yaş	1,35±0,48	0,73±1,07	1,00±0,91	6,08±2,81
	31-40 yaş	1,13±0,34	0,28±0,79	0,39±0,81	3,80±2,31
	41-50 yaş	1,59±0,74	0,29±0,46	0,44±0,92	4,05±2,68
	51-60 yaş	2,25±0,61	0,45±0,50	2,14±1,23	7,95±2,75
	61-70 yaş	2,42±0,78	0,88±1,39	2,00±1,44	11,21±4,78
İstatistik analiz (F/p)		35,153/0,000*	3,431/0,010*	25,802/0,000*	35,31/0,000*
Cinsiyet	Erkek	1,52±0,71	0,65±1,14	0,90±1,27	5,83±3,40
	Kadın	1,74±0,77	0,38±0,65	1,19±1,28	6,21±4,08
İstatistik analiz (t/p)		-2,005/0,046*	1,83/0,070	-1,555/0,121	-0,665/0,507
Eğitim durumu	Eğitim yok	1,37±0,50	0,37±0,50	1,11±1,49	5,32±3,80
	İlkokul mezunu	1,98±0,86	0,30±0,60	1,67±1,38	7,02±4,44
	Ortaokul	1,79±0,92	0,32±0,95	0,11±0,32	6,42±4,13

	mezunu				
	Lise mezunu	1,33±0,48	0,19±0,53	0,60±0,61	4,42±2,54
	Üniversite ve üzeri	1,45±0,51	1,55±1,18	0,87±1,28	6,35±2,79
İstatistik analiz (F/p)		8,308/0,000*	19,915/0,000*	10,978/0,000*	3,984/0,004*
Çalışma durumu	Çalışmıyorum	1,25±0,46	0,48±0,94	0,55±0,99	4,44±2,56
	Çalışıyorum	1,91±0,79	0,47±0,81	1,40±1,32	7,02±4,14
İstatistik analiz (t/p)		-7,419/0,000*	0,053/0,958	-5,184/0,000*	-5,433/0,000*
Hanedeki sosyal yapı	Çekirdek aile	1,68±0,74	0,54±0,93	1,21±1,30	6,27±3,90
	Geniş aile	1,62±0,83	0,28±0,57	0,72±1,14	5,50±3,67
İstatistik analiz (t/p)		0,483/0,629	2,34/0,021*	2,551/0,012*	1,222/0,223
Gelir durumu	<2000	1,92±0,89	0,23±0,43	1,65±1,29	5,85±3,41
	2000-4000 TL	1,73±0,78	0,51±0,83	1,33±1,40	7,01±4,55
	4001-6000 TL	1,50±0,70	0,33±0,63	1,03±1,23	5,89±4,52
	6001 TL ve üzeri	1,57±0,69	0,62±1,10	0,60±0,96	5,16±2,14
İstatistik analiz (F/p)		2,128/0,098	1,656/0,178	6,119/0,001*	2,813/0,040*
Yaşanılan yer	Kent	1,64±0,81	0,48±0,97	0,94±1,19	5,79±4,10
	Kır	1,73±0,62	0,46±0,50	1,48±1,41	6,80±3,02
İstatistik analiz (t/p)		-0,876/0,383	0,142/0,887	-2,552/0,012*	-1,678/0,095
Sigara kullanma durumu	Hiç	1,81±0,77	0,35±0,66	1,18±1,27	6,05±3,26
	Bıaktım	2,57±0,51	0,71±1,07	1,86±1,41	12,50±6,06
	Ara sıra	1,00±0,00	0,75±1,36	0,42±0,51	3,92±1,31
	Sık ve düzenli	1,27±0,49	0,62±1,03	0,84±1,27	4,96±3,02
İstatistik analiz (F/p)		20,799/0,000*	2,102/0,101	3,904/0,010*	20,452/0,000*
Doğalgaz	Var	1,63±0,79	0,48±0,90	0,84±1,14	5,67±3,92
	Yok	1,92±0,39	0,46±0,51	2,77±0,82	8,77±1,73
İstatistik analiz (t/p)		-3,039/0,003*	0,085/0,932	-10,627/0,000*	-6,875/0,000*
Odun/kömür	Var	2,00±0,44	0,47±0,51	2,63±1,01	8,94±1,70
	Yok	1,60±0,79	0,48±0,92	0,80±1,1	5,53±3,90
İstatistik analiz (t/p)		4,036/0,000*	-0,045/0,964	9,254/0,000*	8,005/0,000*
Elektrikli ısıtıcı	Var	1,22±0,44	2,56±0,88	3,00±0,00	8,89±0,33
	Yok	1,69±0,76	0,38±0,73	1,00±1,24	5,94±3,89
İstatistik analiz (t/p)		-2,952/0,014*	8,685/0,000*	22,373/0,000*	9,747/0,000*

Klima	Var	1,47±0,62	1,13±1,21	1,81±1,15	6,84±3,45
	Yok	1,70±0,78	0,35±0,72	0,95±1,26	5,93±3,91
İstatistik analiz (t/p)		-1,866/0,068	3,498/0,001*	3,596/0,000*	1,235/0,218
Astım	Yok	1,73±0,80	0,57±0,95	1,10±1,29	6,21±3,38
	Var	1,53±0,66	0,29±0,63	1,06±1,26	5,80±4,67
İstatistik analiz (t/p)		1,886/0,061	2,486/0,014*	0,228/0,820	0,63/0,530
KOAİ	Yok	1,60±0,74	0,49±0,87	1,02±1,24	5,71±3,69
	Var	2,38±0,62	0,31±0,79	1,88±1,50	10,25±3,13
İstatistik analiz (t/p)		-4,051/0,000*	0,785/0,433	-2,211/0,041*	-4,768/0,000*
Kalp yetmezliği	Yok	1,59±0,72	0,42±0,77	1,03±1,24	5,71±3,66
	Var	2,29±0,78	0,95±1,36	1,57±1,54	9,19±4,04
İstatistik analiz (t/p)		-4,119/0,000*	-1,765/0,092	-1,548/0,135	-4,075/0,000*
GÖRH	Yok	1,70±0,77	0,42±0,79	1,09±1,27	6,12±3,93
	Var	1,33±0,59	1,06±1,30	1,11±1,41	5,61±2,89
İstatistik analiz (t/p)		2,412/0,024*	-2,038/0,056	-0,073/0,942	0,535/0,593
ÜHÖS	Yok	1,73±0,76	0,49±0,89	1,18±1,29	6,3±3,94
	Var	1,00±0,00	0,35±0,49	0,12±0,33	3,71±1,10
İstatistik analiz (t/p)		12,862/0,000*	0,609/0,543	8,496/0,000*	6,546/0,000*
BKİ	Zayıf	1,42±0,51	0,75±1,36	1,00±1,28	6,33±2,46
	Normal	1,48±0,71	0,54±0,94	0,70±1,02	5,63±3,51
	Kilolu	1,66±0,65	0,48±0,74	1,19±1,39	5,44±2,88
	Obez	2,04±0,88	0,28±0,68	1,64±1,33	7,60±5,23
İstatistik analiz (F/p)		6,327/0,000*	1,418/0,239	5,966/0,001*	3,515/0,016*
Medeni durum	Bekar	1,37±0,57	0,51±0,94	0,70±0,89	5,66±3,52
	Evli	1,82±0,80	0,45±0,82	1,30±1,40	6,30±4,01
İstatistik analiz (t/p)		-4,617/0,000*	0,472/0,637	-3,691/0,000*	-1,128/0,261

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi *:p<0,05

Katılımcılardan 51-70 yaşında olanların subjektif uyku kalitesi, uykuya geçiş süresi, uykuyu olumsuz etkileyen durumlar, gün içinde uyuklama alt boyut skor ortalamaları 18-50 yaşındakilere göre ve 61-70 yaşındakilerin uyku süresi alt boyut skor ortalaması 31-60 yaşındakilere göre, 18-30 yaşındakilerin uyku effektivitesi alt boyut skor ortalaması 41-50 yaşındakilere göre, 61-70 yaşındakilerin uyku verici madde

kullanımı alt boyut skor ortalaması 31-40 yaşındakilere göre, 61-70 yaşındakilerin PUKİ ölçek ortalaması diğerlerine göre, 18-30 ve 51-60 yaşındakilerin PUKİ ölçek ortalaması 31-50 yaşındakilere göre anlamlı derecede daha yüksekti. Ayrıca kadınların uyku etkinliği ve uykuyu olumsuz etkileyen durumlar alt boyut skor ortalamaları erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek saptandı.

İlkokul mezunlarının subjektif uyku kalitesi alt boyut ortalaması lise ya da üniversite mezunlarına göre, herhangi bir eğitimi olmayanların uykuya geçiş alt boyut ortalaması süresi ilkokul, lise ya da üniversite mezunlarına göre, ortaokul mezunlarının uyku süresi alt boyut ortalaması diğerlerine göre, ilkokul mezunlarının uyku etkinliği alt boyut ortalaması herhangi bir eğitimi olmayan ya da ilkokul mezunlarına göre, ilkokul mezunlarının uykuyu olumsuz etkileyen durumlar alt boyut ortalaması diğerlerine göre, üniversite mezunlarının uyku verici madde kullanımı alt boyut ortalaması diğerlerine göre, ilkokul mezunlarının gün içinde uyuklama alt boyut skor ortalaması ortaokul, lise ya da üniversite mezunlarına göre ve ortaokul ya da üniversite mezunlarının PUKİ ölçek ortalaması lise mezunlarına göre anlamlı derecede daha yüksekti.

Gelir durumları arasında uykuyu olumsuz etkileyen durumlar, uyku verici madde kullanımı alt boyut skor ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken PUKİ ölçeği ve subjektif uyku kalitesi, uykuya geçiş süresi, uyku süresi, uyku etkinliği, gün içinde uyuklama alt boyut skor ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptandı. Buna göre, 2000-4000 TL geliri olanların PUKİ ölçeği ve subjektif uyku kalitesi, uykuya geçiş süresi alt boyut skor ortalamaları 6001 TL ve üzeri geliri olanlara göre, 2000 TL üzeri geliri olanların uykuya geçiş süresi alt boyut skor ortalaması 2000 TL altında geliri olanlara göre, 2000-6000 TL geliri olanların uyku etkinliği alt boyut skor ortalaması 2000 TL altında ya da 6001 TL ve üzeri geliri olanlara göre, 4000 TL ve altında geliri olanların gün içinde uyuklama alt boyut skor ortalaması 6001 TL ve üzeri geliri olanlara göre anlamlı derecede daha yüksekti.

Sigara kullanım durumlarına göre karşılaştırdığımızda; hiç kullanmayan, bırakan ya da sık sık kullananların subjektif uyku kalitesi alt boyut ortalaması ara sıra kullananlara göre, bırakanların uykuya geçiş süresi alt boyut skor ortalaması ara sıra ya da sık sık kullananlara göre, bırakanların PUKİ ölçeği ve uyku süresi, uyku etkinliği, uykuyu olumsuz etkileyen durumlar alt boyut skor ortalaması diğerlerine göre ve hiç kullanmayan ya da bırakanların gün içinde uyuklama alt boyut skor ortalaması ara sıra kullananlara göre anlamlı derecede daha yüksek saptandı. (PUKİ ölçeğinden alınan toplam skorun yüksek oluşu uyku kalitesinin düştüğünü ifade etmektedir)

BKİ grupları arasında uyku verici madde kullanımı alt boyut skor ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta iken PUKİ ölçeği ve subjektif uyku kalitesi, uykuya geçiş süresi, uyku süresi, uyku etkinliği, uykuyu olumsuz etkileyen durumlar, gün içinde uyuklama alt boyut skor ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptandı. Buna göre, obez olanların subjektif uyku kalitesi alt boyut skor ortalaması kilolulara göre, normal, kilolu ya da obez olanların uykuya geçiş süresi alt boyut skor ortalaması zayıflara göre, normal olanların uyku süresi alt boyut skor ortalaması kilolulara göre, normal ya da obez olanların uyku etkinliği alt boyut skor ortalaması zayıf ya da kilolu olanlara göre, obezlerin uykuyu olumsuz etkileyen durumlar alt boyut skor ortalaması normal ya da zayıf olanlara göre, obez olanların gün içinde uyuklama alt boyut skor ortalaması normallere göre ve obez olanların PUKİ ölçek skor ortalaması normal ya da kilolulara göre anlamlı derecede daha yüksekti.

Katılımcıların PUKİ grupları ile yaş grupları, eğitim durumları, çalışma durumları, hane yapısı, sigara kullanma durumları, ev içi ısınma yöntemleri, KOAH, kalp yetmezliği, ÜHÖS hastalık durumları, BKİ grupları ve medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.

Tablo 6. Demografik Değişkenler ile PUKİ Grupları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Sağlıklı uyku		Kötü uyku		Ki kare/p
		N	%	N	%	
Yaş	18-30 yaş	20	18,0	17	19,1	94,416/0,000*
	31-40 yaş	49	44,1	5	5,6	
	41-50 yaş	34	30,6	7	7,9	
	51-60 yaş	8	7,2	36	40,4	
	61-70 yaş	0	0,0	24	27,0	
Cinsiyet	Erkek	36	32,4	35	39,3	1,025/0,311
	Kadın	75	67,6	54	60,7	
Eğitim durumu	Eğitim yok	12	10,8	7	7,9	22,822/0,000*
	İlkokul mezunu	36	32,4	47	52,8	
	Ortaokul mezunu	10	9,0	9	10,1	
	Lise mezunu	40	36,0	8	9,0	
	Üniverisite ve üzeri	13	11,7	18	20,2	
Çalışma durumu	Çalışmıyorum	55	49,5	18	20,2	18,327/0,000*
	Çalışıyorum	56	50,5	71	79,8	
Hanedeki sosyal yapı	Çekirdek aile	76	68,5	74	83,1	5,675/0,017*
	Geniş aile	35	31,5	15	16,9	
Gelir durumu	<2000	11	9,9	15	16,9	5,851/0,119
	2000-4000 TL	37	33,3	38	42,7	
	4001-6000 TL	24	21,6	12	13,5	
	6001 TL ve üzeri	39	35,1	24	27,0	
Yaşanılan yer	Kent	85	76,6	59	66,3	2,592/0,107
	Kır	26	23,4	30	33,7	
Sigara kullanma durumu	Hiç	62	55,9	57	64,0	8,722/0,033*
	Bıraktım	4	3,6	10	11,2	
	Ara sıra	9	8,1	3	3,4	
	Sık ve düzenli	36	32,4	19	21,3	
Doğalgaz	Var	110	99,1	64	71,9	32,285/0,000*

	Yok	1	,9	25	28,1	
Odun/kömür	Var	1	,9	31	34,8	42,312/0,000*
	Yok	110	99,1	58	65,2	
Elektrikli ısıtıcı	Var	0	0,0	9	10,1	11,754/0,001*
	Yok	111	100,0	80	89,9	
Klima	Var	14	12,6	18	20,2	2,130/0,144
	Yok	97	87,4	71	79,8	
Astım	Yok	68	61,3	66	74,2	3,715/0,054
	Var	43	38,7	23	25,8	
KOAİ	Yok	110	99,1	74	83,1	17,080/0,000*
	Var	1	,9	15	16,9	
Kalp yetmezliği	Yok	109	98,2	70	78,7	20,082/0,000*
	Var	2	1,8	19	21,3	
GÖRH	Yok	101	91,0	81	91,0	0,000/0,996
	Var	10	9,0	8	9,0	
ÜHÖS	Yok	94	84,7	89	100,0	14,897/0,000*
	Var	17	15,3	0	0,0	
Diğer	Yok	53	47,7	41	46,1	0,056/0,813
	Var	58	52,3	48	53,9	
BKİ	Zayıf	4	3,6	8	9,0	7,957/0,047*
	Normal	50	45,0	29	32,6	
	Kilolu	37	33,3	25	28,1	
	Obez	20	18,0	27	30,3	
Medeni durum	Bekar	47	42,3	23	25,8	5,911/0,015*
	Evli	64	57,7	66	74,2	

k:ki kare testi *:p<0,05

31-50 yaşındakilerin sağlıklı uyku grubunda olma oranı ve 51-70 yaşındakilerin kötü uyku grubunda olma oranı daha yüksekti. Lise mezunlarının sağlıklı uyku grubunda olma oranı ve ilkokul mezunlarının kötü uyku grubunda olma oranı daha yüksek saptandı. Çalışanların kötü uyku grubunda olma oranı daha yüksekti. Geniş ailede yaşayanların sağlıklı uyku grubunda olma oranı ve çekirdek aile ile yaşayanların kötü uyku grubunda olma oranı daha yüksekti (Tablo 6).

Katılımcılardan sigara kullanmayı bırakanların kötü uyku grubunda olma oranının daha yüksek olduğu saptandı. KOAH ya da kalp yetmezliği hastalıkları olanların ve obez katılımcıların kötü uyku grubunda olma oranı daha yüksek iken, ÜHÖS hastalığı olanların ise sağlıklı uyku grubunda olma oranı daha yüksek saptandı.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Öksürük; akciğer veya akciğer dışı kaynaklı birçok hastalıkta görülebilen bir semptomdur. Öksürüğün farklı sınıflandırmaları olmakla birlikte, sıklıkla süresine göre akut, subakut ve kronik olarak üç grupta incelenir. Kronik öksürük 8 haftadan daha uzun süren öksürüğü tanımlar. Kronik öksürüğün fiziksel etkilerinin yanında psikolojik ve sosyal etkileri de bulunmaktadır. Öksürüğün bireyin yaşam kalitesi üzerine olan negatif etkileri asıl neden olabildiği gibi, öksürüğün neden olabildiği kalitesiz uyku da bu psikososyal etkilere neden olabilir. Bu nedenle, kronik öksürüğü olan kişilerin yaşam ve uyku kalitelerinin birlikte değerlendirilmesi büyük önem arz etmektedir. Bu çalışmada etiyojisi farketmeksizin 8 haftadan uzun süredir devam eden öksürük yakınması olan hastaların yaşam ve uyku kaliteleri değerlendirildi.

Çalışmamız verileri değerlendirildiğinde; katılımcılardan orta yaş grubunda olanların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu, geriatric grupta olanların uyku kalitelerinin daha kötü olduğu görüldü. Kronik öksürüğün yaşam kalitesi üzerine negatif etkilerinin kadınlarda daha belirgin olduğu görülürken; kadın katılımcıların uyku etkinliklerinin daha düşük ve uykularını olumsuz etkileyen durumların daha fazla olduğu görüldü. Aktif bir işte çalışan katılımcıların, çalışmayan katılımcılara göre uyku ve yaşam kalitelerinin daha düşük seviyelerde olduğu görüldü. Bunun yanı sıra kronik hastalık varlığında da katılımcıların uyku ve yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde düştüğü saptandı.

Literatürde Leicester Öksürük Anketinin öksürük yakınması olan hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Genel popülasyonda veya kronik öksürük yakınması olan kişilerde yapılan bu çalışmalardan birkaçı Tablo 7'de verilmiştir. Bu çalışma verileri de kronik öksürük yakınması olanlarda yaşam kalitesinin azaldığını destekler niteliktedir.

Tablo 7. Çeşitli Grupların Yaşam Kalitelerinin Leicester Öksürük Anketi ile Değerlendirildiği Araştırma Sonuçları

Sorumlu Yazar / Çalışma Yılı	Ülke	Çalışma	Leicester Öksürük Anketi Skorları			
			Toplam	Fiziksel	Sosyal	
Koskela et al. 2020	Finlandiya	Genel popülasyonda öksürük yakınması olan toplam 975 kişinin öksürüğe bağlı yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir.	16,4	5,3	5,39	5,68
Landt et al. 2020	Danimarka	Genel popülasyonda toplam 43271 kişinin yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. Değerlendirilen grubun %10'unda kronik öksürük yakınması olduğu tespit edilmiştir.	17,7	5,9	5,6	6,3
Gouveia et al. 2019	Amerika	OUAS olan ve olmayan hastaların kronik öksürüğe bağlı yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. (n=52)	14,9	-	-	-
Kanemitsu et al. 2019	Japonya	Subakut ve kronik öksürük yakınması olan toplam 312 hastanın yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir.	12,5	-	-	-
Koskela et al. 2018	Finlandiya	13980 kamu çalışanın değerlendirildiği çalışmada 421 kişinin kronik öksürüğü olduğu saptanmıştır. (Ölçek skorları kronik öksürüğü olan grubun verileridir)	14,6	4,8	4,7	5,1
Park et al. 2017	Kore	Açıklanamayan öksürük yakınması olan toplam 27 hastada ppi tedavisinin etkisinin değerlendirildiği çalışmada öksürüğe bağlı yaşam kalitesi değerlendirilmiştir.	11,4	-	-	-
Çolak et al. 2017	Danimarka	Genel popülasyonda toplam 14669 kişinin yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. Değerlendirilen grubun %4'ünde kronik öksürük yakınması olduğu tespit edilmiştir	17,3	5,8	5,6	6,3
Bizim Çalışmamız	Türkiye	Kronik öksürük yakınması olan toplam 200 kişinin yaşam ve uyku kaliteleri ile ilişkili faktörler değerlendirilmiştir.	13,1	4,1	4,3	4,7

Yaşam kalitesini etkileyen risk faktörleri içerisinde yaşla birlikte artan problemler nedeniyle ileri yaş önemli bir yer tutmaktadır. İleri yaşlarda artan sağlık sorunları, yalnızlık, gelir ve statü kaybı, sosyal hayatın azalması ve bilişsel becerilerin azalması gibi faktörler yaşam kalitesinin düşmesinde rol oynamaktadır (Azman et al. 2003, Boylu and Paçacıoğlu 2016, Özerdoğan et al. 2018). Çalışmamızda literatürle benzer şekilde; ileri yaş grubunun özellikle psikolojik yönden diğer yaş gruplarına göre negatif yönde daha fazla etkilendiği görüldü. Bunun yanında; 31-40 yaş grubunda olanlarda kronik öksürüğün yaşam kalitesine etkisinin daha az olduğu görüldü. Farklı bir deyişle; bu yaş grubunda olan kişilerin öksürüğe bağlı fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden negatif etkileri daha az görülmektedir.

Cinsiyetler arası karşılaştırma yaptığımızda ise; kadın katılımcılarda öksürüğün yaşam kalitesine negatif etkisinin daha belirgin olduğu görüldü. Literatürde cinsiyet değişkeni ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olmadığını veya erkeklerde yaşam kalitesinin daha düşük seyrettiği sonucunu ortaya koyan çalışmalar olmakla birlikte; kadınların yaşam kalitelerinin erkeklerden daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar çoğunluktadır (Guallar-Castillón et al. 2005, Sucaklı ve ark. 2013, Boylu and Paçacıoğlu 2016). Bu açıdan; çalışmamızda yaşam kalitesinin kadınlarda daha kötü çıkması literatürle uyumlu bir durum olarak değerlendirilmiştir.

Günümüzde önemli bir kronik öksürük sebebi olan sigara da yaşam kalitesini başlı başına düşüren bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamız verileri sigara kullananların öksürüğe bağlı yaşam kalitelerinin sigara kullanmayanlarla benzer olduğunu ancak psikolojik ve sosyal yönden negatif etkilenimlerinin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görüldü. Literatürde sigara ve benzeri tütün mamülleri kullanımının yaşam kalitesini etkilemediğini gösteren çalışmalar olmakla birlikte negatif yönde etkilediğini gösteren çalışmalar daha fazladır (Zahran et al. 2007, Özerdoğan et al. 2018). Çalışmamızda çıkan bu sonuç ise; başlı başına kronik öksürük sebebi olan sigaranın olası etkileri ile ters düşmekle birlikte; sigara kullanan katılımcıların hali hazırda kişisel sağlıklarına gösterdikleri özenin düşük olduğunu düşündürmesi ile açıklanabilir. Yani sigara içen bir birey için zaten kronik öksürük kanıksanmış ve normal bir durum olarak algılanıyor olması muhtemeldir.

Katılımcıların sadece göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran kişilerle sınırlı olması bu konuda çıkarım yapmayı zorlaştırmaktadır.

Katılımcılardan eğitim seviyesi yüksek olanların kronik öksürük yakınmalarına bağlı yaşam kaliteleri, literatürdeki toplum temelli yapılmış yaşam kalitesi araştırmalarının sonuçları ile karşılaştırıldığında; yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük seviyelerde olduğu; buna karşın eğitim seviyesi daha düşük olanlara göre yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. Genel olarak eğitim düzeyi yüksek olanların daha yüksek gelirli ve nitelikli işe, daha iyi sosyal olanaklara ve dolayısıyla daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları; buna karşın eğitim düzeyi düşük olanların işsizlik, kötü çalışma koşulları, düşük ücret, ekonomik yoksunluk, sosyal olanaklardan yararlanamama, sürekli maddi, sosyal ve psikolojik kaygı, yetersiz beslenme gibi nedenlerle düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bilinmektedir (Flieger 2014, Boylu and Paçacıoğlu 2016). Katılımcıların eğitim düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasında pozitif yönde bir ilişki varken; çalışma durumları ile yaşam kaliteleri arasında negatif bir ilişki saptandı. Aktif bir işte çalışanların yaşam kalitelerinin negatif yönde daha fazla etkilendiği görüldü. Bu etkilerin yine gerek fiziksel gerek psikolojik ve sosyal alanlarda görülmesi beklenen bir durumdur. Burada temel belirleyici kronik öksürük yakınmasıdır. Kronik öksürüğün sosyal ilişkileri negatif yönde etkilemesinin aktif çalışan ve belirli iş ilişkileri olan gruplarda daha ön planda görülebilmesi muhtemeldir. Çalışmamız verileri de bunu destekler niteliktedir.

Katılımcıların yaşam alanları değerlendirildiğinde; kırsal bölgelerde yaşayanların ve ısınma aracı olarak odun/kömür kullanımı olanların yaşam kalitelerinde belirgin azalma olduğu; bununla birlikte doğalgaz kullanımı olanların ise yaşam kalitelerinin diğer ısınma araçlarını kullananlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Kentsel ve kırsal bölgeler arasındaki bu yaşam kalitesi farklarına kentsel bölgelerde sıklıkla daha yüksek oranda doğalgaz kullanımının neden olduğu şeklinde yorumlanabilmekle birlikte; kentsel ve kırsal bölgelerdeki sağlık tesisi ve sağlık hizmetleri arasındaki fark ve bireylerin bu hizmetlere ulaşmaları noktasındaki farklılıklar da olası etkenler olarak değerlendirilebilir. Literatürde yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmalarda da; bireylerin yaşam alanlarının ve özelliklerinin yaşam kaliteleri

üzerinde belirgin role sahip olduğu belirtilmiştir (Kowaltowski et al. 2006; Hollar 2003; Torlak ve Yavuzçehre 2008).

Katılımcıların öksürüğe bağlı yaşam kaliteleri ile mevcut kronik rahatsızlıklarıyla ilişkileri değerlendirildiğinde; astım tanısı olan ve/veya obez bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük seviyelerde olduğu; ÜHÖS tanısı olanların ise yaşam kalitelerinin daha yüksek seviyelerde olduğu görüldü. Aslında bu yükseklik sanal ve rölatif bir yükseklik olarak değerlendirilebilir. Çünkü katılımcıların çoğunun en az 1 kronik hastalığı mevcut olup, ÜHÖS tanısı olmayanların kronik öksürüğe neden olabilen veya yaşam kalitesini negatif yönde daha fazla etkileyebilen kronik hastalıkları bulunmaktadır. Literatüre baktığımızda yaşam kalitesini etkileyen major faktörlerden biri kronik hastalık varlığıdır (Özerdoğan et al. 2018). 178 stabil KOAH hastasında yapılan, öksürüğün ve balgamın yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmada; geçmiş 7 gün içerisindeki öksürük yakınması varlığının sağlıklı ilişkili yaşam kalitesinin bozulmasında önemli role sahip olduğu belirtilmiştir. Ayrıca öksürüğün negatif psikolojik etkilerinin daha yoğun olduğu görülmüştür (Deslee et al. 2016).

Uyku kalitesi, uykunun verimliliği olarak açıklanmakta ve öznel uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı ve gündüz disfonksiyon bileşenlerinden oluşmakta ve birçok faktör tarafından etkilenmektedir (Buysse et al. 1989). Çalışmamızda kronik öksürüğü olan katılımcıları uyku kaliteleri değerlendirildiğinde; geriatrik grupta olanların uyku kalitelerinin daha düşük seviyelerde olduğu; bunun yanında sağlıklı uyku grubunda olanların çoğunlukla 31-50 yaş grubunda olanlar olduğu görüldü. Kötü uyku grubunun ise çoğunlukla 51-70 yaş arasındaki katılımcılardan oluştuğu görüldü. Literatürde uyku bozukluklarının ve kötü uyku kalitesinin çoğunlukla ergenlik dönemi ve yaşlılık döneminde görüldüğü belirtilmektedir. Çalışmamız verileri de literatürü destekler niteliktedir. Katılımcılarımızın kronik öksürük yakınması olan bireyler olması sonucu değiştirmemiştir.

Kadın ve erkek katılımcılar arasında uyku kaliteleri arasında anlamlı fark görülmesi de; kadın katılımcıların PUKİ ölçeğinin uyku etkinliği ve uykuyu olumsuz etkileyen durumlar alt boyutlarından anlamlı yüksek puanlar aldıkları görüldü. Yani kadınların daha az efektif uyku uyudukları ve uykularını etkileyen olumsuz faktörlerin daha fazla olduğu saptandı. Literatürde farklı popülasyonlarda yapılan, cinsiyet değişkeninin uyku kalitesi üzerine etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda; kadınlarda uyku sorunlarının daha sık görüldüğü yönünde sonuç bildirenler olmakla birlikte; erkeklerde daha sık görüldüğünü veya cinsiyet ile uyku kalitesi arasında bir ilişkinin olmadığını ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (Liu et al. 2008; Sahraian et al. 2011; Eliasson et al. 2010; Orzech et al. 2011).

Katılımcılardan aktif bir işte çalışanların çalışmayanlara göre ve çekirdek aile ile yaşayanların geniş aile ile birlikte yaşayanlardan daha kötü uyku kalitelerine sahip oldukları görüldü. Yaşam alanlarında kullandıkları ısınma yöntemlerinin de uyku kalitelerini etkileyebildiği saptandı. Doğalgaz kullanımı olanların uyku kaliteleri daha yüksek iken odun/kömür kullanımı olanların uyku kalitelerinin daha düşük seviyelerde olduğu saptandı. İş durumu, hane yapısı ve ev içi ısınma yöntemleri ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin; bu değişkenlerin bireylerin sosyoekonomik durum gibi daha major belirleyici faktörlerin bir sonucu olmasından dolayı, dolaylı bir ilişki olduğu kanaatindeyiz. Bu faktörlerin etkilerinin daha net ortaya konabilmesi için daha geniş popülasyonlarda kontrollü çalışmaların yapılması gerektiğini düşünüyoruz.

KOAH ve/veya kalp yetmezliği olan veya obez katılımcıların uyku kalitelerinin daha kötü olduğu; buna karşın ÜHÖS tanısı olanların uyku kalitelerinin daha iyi olduğu görüldü. Katılımcıların kronik öksürüğe neden olan hastalıkları olması ve ÜHÖS olmayanlarda diğer kronik hastalıkların mevcut olması ve bu hastalıkları (KOAH, KY vb.) olanların uyku kalitelerinin daha düşük olması ÜHÖS'ü olanların uyku kalitelerinin görece daha iyi düzeylerde görünmesine neden olmuş olabilir. Genel sağlık durumunun uyku kalitesine etki edebileceği, kronik hastalıkların ileri yaş gruplarında daha yüksek oranda görüldüğü ve ileri yaşlarda uyku problemlerinin daha sık görüldüğü göz önünde alındığında KOAH ve/veya kalp yetmezliği olan veya obez bireylerin uyku kalitelerinin kötü olması beklenen bir sonuçtur.

Sonuç olarak; bireylerin uyku ve yaşam kalitelerinin etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Kronik öksürük bireyleri fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan negatif yönde etkileyebilen faktörlerden biridir. Kronik öksürük başlı başına uyku ve yaşam kalitesini etkileyebildiği gibi etiyolojisinde yer alan kronik hastalıklar ve bu hastalıkların olası komplikasyonları da uyku ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir.

Bütün kronik hastalıklarda olduğu gibi kronik öksürük de yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Dünyadaki hemen hemen bütün toplumlarda 65 yaş üstü nüfusun genel nüfusa oranının hızla arttığı bir dönemde yaşıyoruz. Bu durumun doğal sonucu olarak yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen kronik hastalıkların görülme sıklıkları da hızla artmaktadır. Kronik hastalıklar her ne kadar nüfusun yaşalanmasının doğal sonucu olarak görülse de risk faktörleri ile etkileşim olmadan kronik hastalıklar ortaya çıkmaz. İnaktivite, sigara kullanımı, obezite gibi kronik hastalıklara yol açan risk faktörleri; yaşam kalitesine olumsuz etkilerini de dikkate aldığımızda geleceğin dünyasında sağlık çalışanlarının mücadele ettiği temel problemler arasında geniş bir yer tutacaktır.

6. KAYNAKLAR

- Argüder E. (2012). Kronik öksürüğün tanı ve tedavisi. *Solunum*. 14(3):117–126.
- Azman AB, Sararaks S, Rugayah B, Low LL, Azian AA, Geeta S, Tiew CT. (2003). Quality of life of the Malaysian general population: results from a postal survey using the SF-36. *Med J Malaysia* 58(5):694–711.
- Birring SS, Prudon B, Carr AJ, Singh SJ, Morgan MD, Pavord ID. (2003). Development of a symptom specific health status measure for patients with chronic cough: Leicester Cough Questionnaire (LCQ). *Thorax*. 58(4):339-43.
- Bjornson DC. (1996). Book Review: Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2nd Edition. *Annals of Pharmacotherapy*. 30(10):1202-3.
- Boylu AA, Paçacıoğlu B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*. 8(15):137-150.
- Buyse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 28(2):193-213.
- Chang AB. (2006). The physiology of cough. *Paediatr Respir Rev*.7(1):2-8.
- Chung KF, Pavord ID. (2008). Prevalence, pathogenesis, and causes of chronic cough. *Lancet*. 19;371(9621):1364-74.
- Çolak Y, Nordestgaard BG, Laursen LC, Afzal S, Lange P, Dahl M. (2017). Risk factors for chronic cough among 14,669 individuals from the general population. *Chest*. 152(3):563-573.
- Deslee G, Burgel PR, Escamilla R, Chanez P, Court-Fortune I, Nesme-Meyer P, Brinchault-Rabin G, Perez T, Jebrak G, Caillaud D, Paillasseur JL, Roche N. (2016). Impact of current cough on health-related quality of life in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 13;11:2091-2097.
- Dicpinigaitis PV. (2012). Thoughts on one thousand chronic cough patients. *Lung*. 190(6):593-6.

- Dicpinigaitis PV, Colice GL, Goolsby MJ, Rogg GI, Spector SL, Winther B. (2009). Acute cough: a diagnostic and therapeutic challenge. *Cough*. 16;5:11.
- Ediger D. (2017). Upper Airway Cough Syndrome. *Turk Thorac J*. 14: Supplement 6-8.
- Eliasson AH, Lettieri CJ, Eliasson AH. (2010). Early to bed, early to rise! Sleep habits and academic performance in college students. *Sleep Breath*. 14(1):71-5.
- Erdoğan M. (2013). Definition, epidemiology and basic pathophysiologic mechanisms. *Turk Thorac J*. 14:Supplement 1-5.
- Farooqi MAM, Cheng V, Wahab M, Shahid I, O'Byrne PM, Satia I. (2020). Investigations and management of chronic cough: update from the European Respiratory Society Chronic Cough Taskforce 2020. *Pol Arch Intern Med*. Jul 6.
- Farquhar M. (1995). Definitions of quality of life: A taxonomy. *J Adv Nurs*. 22(3):502-8.
- Fliegner F. (2014) Living Conditions: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. In: Michalos A.C. (eds) Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Springer, Dordrecht.
- French CL, Crawford SL, Bova C, Irwin RS. (2017). Change in psychological, physiological, and situational factors in adults after treatment of chronic cough. *Chest*. 152(3):547-562.
- French CL, Irwin RS, Curley FJ, Krikorian CJ. (1998). Impact of chronic cough on quality of life. *Arch Intern Med*. 158(15):1657-61.
- French CT, Irwin RS, Fletcher KE, Adams TM. (2002). Evaluation of a cough-specific quality-of-life questionnaire. *Chest*. 121(4):1123-31.
- Gibson PG, Dolovich J, Denburg J, Ramsdale EH, Hargreave FE. (1989). Chronic cough: eosinophilic bronchitis without asthma. *Lancet*. 17;1(8651):1346-8.

- Gönen NA. (2014). Leicester öksürük anketi (Leicester cough questionnaire)(LCQ) türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Manisa.
- Görgülü Ü. (2010). İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesine hemşirenin eğitim ve danışmanlık hizmetinin etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Ankara.
- Gouveia CJ, Yalamanchili A, Ghadersohi S, Price CPE, Bove M, Attarian HP, Tan BK. (2019). Are chronic cough and laryngopharyngeal reflux more common in obstructive sleep apnea patients? *Laryngoscope*. 129(5):1244-1249.
- Guallar-Castillón P, Sendino AR, Banegas JR, López-García E, Rodríguez-Artalejo F. (2005). Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Soc Sci Med*. 60(6):1229-40.
- Kasırğa E, Gülen F. (2014). Çocuklarda gastroözofageal reflü hastalığının solunum yolu belirtileri ve tanısı. *J Pediatr Res*. 2014;1(4):180-8.
- Hanacek J, Tatar M, Widdicombe J. (2006). Regulation of cough by secondary sensory inputs. *Respir Physiol Neurobiol*. 28;152(3):282-97.
- Haque RA, Usmani OS, Barnes PJ. (2005). Chronic idiopathic cough: a discrete clinical entity? *Chest*. 127(5):1710-3.
- Hollar D. (2003). A holistic theoretical model for examining welfare reform: Quality of life. *Public Administration Review*. 63: 90-104.
- Irwin RS, Madison JM. (2000). The diagnosis and treatment of cough. *N Engl J Med*. 343:1715-1721.
- Irwin RS, Boulet LP, Cloutier MM, Fuller R, Gold PM, Hoffstein V, Ing AJ, McCool FD, O'Byrne P, Poe RH, Prakash UB, Pratter MR, Rubin BK. (1998). Managing cough as a defense mechanism and as a symptom. A consensus panel report of the American College of Chest Physicians. *Chest*. 114(2 Suppl Managing):133S-181S.

- Işık A, Meriç M. (2010). Hayatın kalitesi (Quality of life) kavramının felsefik temelleri; Aristo, Bentham ve Nordenfelt. *Ege Akademik Bakış*. 10(1):421-434.
- İyigün G, Angın E, Kırmızıgil B, Öksüz S, Özdil A, Malkoç M. (2017). Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesinin mental sağlık, fiziksel sağlık ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *J Exerc Ther Rehabil*. 4(3):125-133.
- Johnson D, Osborn LM. (1991). Cough variant asthma: A review of the clinical literature. *J Asthma*. 28(2):85-90.
- Kahrilas PJ, Smith JA, Dicpinigaitis PV. (2014). A causal relationship between cough and gastroesophageal reflux disease (GERD) has been established: a pro/con debate. *Lung*. 192(1):39-46.
- Kanemitsu Y, Kurokawa R, Takeda N, Takemura M, Fukumitsu K, Asano T, Yap J, Suzuki M, Fukuda S, Ohkubo H, Maeno K, Ito Y, Oguri T, Niimi A. (2019). Clinical impact of gastroesophageal reflux disease in patients with subacute/chronic cough. *Allergol Int*. 68(4):478-485.
- Kang MG, Song WJ, Kim HJ, Won HK, Sohn KH, Kang SY, Jo EJ, Kim MH, Kim SH, Kim SH, Park HW, Chang YS, Lee BJ, Morice AH, Cho SH. (2017). Point prevalence and epidemiological characteristics of chronic cough in the general adult population: The Korean National Health and Nutrition Examination Survey 2010-2012. *Medicine*. 96(13):e6486.
- Kastelik JA, Aziz I, Ojoo JC, Thompson RH, Redington AE, Morice AH. (2005). Investigation and management of chronic cough using a probability-based algorithm. *Eur Respir J*. 25(2):235-43.
- Kauffmann F, Varraso R. (2011). The epidemiology of cough. *Pulm Pharmacol Ther*. 24(3):289-94.
- Koskela HO, Lähti AM, Pekkanen J. (2018). The impacts of cough: A cross-sectional study in a Finnish adult employee population. *ERJ Open Res*. 12;4(4):00113-2018.

- Koskela HO, Selander TA, Lätti AM. (2020). Cluster analysis in 975 patients with current cough identifies a phenotype with several cough triggers, many background disorders, and low quality of life. *Respir Res.* 20;21(1):219.
- Kowaltowski DCK, da Silva VG, Pina SAMG, Labaki LC, Ruschel RC, de Carvalho Moreira D. (2006). Quality of life and sustainability issues as seen by the population of low-income housing in the region of Campinas, Brazil. *Habitat International.* 30(4):1100-1114.
- Landt E, Çolak Y, Lange P, Laursen LC, Nordestgaard BG, Dahl M. (2020). Chronic cough in individuals with COPD: A population-based cohort study. *Chest.* 157(6):1446-1454.
- Lätti AM, Pekkanen J, Koskela HO. (2018). Defining the risk factors for acute, subacute and chronic cough: A cross-sectional study in a Finnish adult employee population. *BMJ Open.* 16;8(7):e022950.
- Lee KK, Birring SS. (2010). Cough and sleep. *Lung.* 188 Suppl 1:S91-4.
- Liu X, Zhao Z, Jia C, Buysse DJ. (2008). Sleep patterns and problems among chinese adolescents. *Pediatrics.* 121(6):1165-73.
- Morice AH, McGarvey L, Pavord I; British Thoracic Society Cough Guideline Group. (2006). Recommendations for the management of cough in adults. *Thorax.* 61 Suppl 1(Suppl 1):i1-24.
- Morice AH. (2002). Epidemiology of cough. *Pulm Pharmacol Ther.* 15(3):253-9.
- Morice AH, Jakes AD, Faruqi S, Birring SS, McGarvey L, Canning B, Smith JA, Parker SM, Chung KF, Lai K, Pavord ID, van den Berg J, Song WJ, Millqvist E, Farrell MJ, Mazzone SB, Diczpinigaitis P; Chronic Cough Registry. (2014). A worldwide survey of chronic cough: A manifestation of enhanced somatosensory response. *Eur Respir J.* 44(5):1149-55.
- Morice AH, Menon MS, Mulrennan SA, Everett CF, Wright C, Jackson J, Thompson R. (2007). Opiate therapy in chronic cough. *Am J Respir Crit Care Med.* 15;175(4):312-5.

- Orzech KM, Salafsky DB, Hamilton LA. (2011). The state of sleep among college students at a large public university. *J Am Coll Health*. 59(7):612-9.
- Örsal Ö, Eren HK, Duru P. (2018). Psikiyatri hastalarının uyku kalitesini etkileyen faktörlerin yapısal eşitlik modeli ile incelenmesi. *J Psychiatric Nurs*. 10(1):55-64
- Özerdoğan Ö, Yüksel B, Çelik M, Oymak S, Bakar C. (2018). Associated factors affecting the quality of life of the elderly. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 16(2):90-105.
- Öztürk Ö. (2011). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve uyku. *Solunum*. 13(2): 67-77
- Park HJ, Park YM, Kim JH, Lee HS, Kim HJ, Ahn CM, Byun MK. (2017). Effectiveness of proton pump inhibitor in unexplained chronic cough. *PLoS One*. 10;12(10):e0185397.
- Pavord ID, Chung KF. (2008). Management of chronic cough. *Lancet*. 19;371(9621):1375-84.
- Raj AA, Birring SS. (2007). Clinical assessment of chronic cough severity. *Pulm Pharmacol Ther*. 20(4):334-7.
- Sahraian A, Javadpour A, Mani A. (2011). Sleep quality and its correlation to general health status in health care students. *European Psychiatry*. 26(S2), 1565-1565.
- Song WJ, Chang YS, Faruqi S, Kang MK, Kim JY, Kang MG, Kim S, Jo EJ, Lee SE, Kim MH, Plevkova J, Park HW, Cho SH, Morice AH. (2016). Defining chronic cough: A systematic review of the epidemiological literature. *Allergy Asthma Immunol Res*. 8(2):146-55.
- Song WJ, Chang YS, Faruqi S, Kim JY, Kang MG, Kim S, Jo EJ, Kim MH, Plevkova J, Park HW, Cho SH, Morice AH. (2015). The global epidemiology of chronic cough in adults: A systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 45(5):1479-81.

- Sucaklı MH, Bakan B, Çelik M. (2013). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kaliteleri ve etkileyen faktörler. *Türk Aile Hek Derg.* 17(3):96-100.
- Sumner H, Woodcock A, Kolsum U, Dockry R, Lazaar AL, Singh D, Vestbo J, Smith JA. (2013). Predictors of objective cough frequency in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 187(9):943-9.
- Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R; Global Consensus Group. (2006). The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: A global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol.* 101(8):1900-20; quiz 1943.
- Weinberger M, Fischer A. (2014). Differential diagnosis of chronic cough in children. *Allergy Asthma Proc.* 35(2):95-103.
- Widdicombe JG. (1995). Neurophysiology of the cough reflex. *Eur Respir J.* 8(7):1193-202.
- Yıldız T, Dülger S. (2018). Non-astmatic Eosinophilic Bronchitis. *Turk Thorac J.* 19(1): 41–45.
- Zahran HS, Zack MM, Vernon-Smilely ME, Hertz MF. (2007). Health-related quality of life and behaviors risky to health among adults aged 18-24 years in secondary or higher education--United States, 2003-2005. *J Adolesc Health.* 41(4):389-97.

EKLER

EK 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

ANKET NO:

TARİH:...../...../2020

Değerli katılımcı bu anket formu ‘Kronik öksürük yakınması olan hastaların uyku ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi’ amacıyla Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından hazırlanmıştır. Cevaplarınız yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacak, kimseyle paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına bağlıdır. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

1-YAŞ:

2-CİNSİYET

- a) Erkek
- b) Kadın

3- EĞİTİM DURUMUNUZ:

- a) Herhangi bir eğitim almadım
- b) İlkokul mezunu
- c) Ortaokul mezunu
- d) Lise mezunu
- e) Üniversite mezunu ve üzeri

4-ÇALIŞMA DURUMU:

- a) Çalışıyorum
- b) Çalışmıyorum

5- YAŞADIĞINIZ HANEDEKİ SOSYAL YAPINIZ:

- a) Çekirdek aile olarak yaşıyorum
- b) Geniş aile içinde yaşıyorum

6- HANENİZDEKİ GELİR DURUMU:

- a) < 2000 TL
- b) 2000 - 4000 TL
- c) 4001 - 6000 TL
- d) 6001 TL ve üzeri

7- YAŞADIĞINIZ YER:

- a) Kentsel bölge
- b) Kırsal bölge

8- İKAMET YERİ:

- a) İl merkezi
- b) İlçe/köy

9- SİGARA KULLANMA DURUMU:

- a) Hiç kullanmadım
- b) Kullanıyordum bıraktım
- c) Ara sıra kullanıyorum
- d) Sık ve düzenli kullanıyorum /.....paket/yıl

10- EVDE ISINMA ARACI OLARAK HANGİLERİ KULLANILIYOR?

(Bu soruda birden fazla şık işaretlenebilir)

- a) Doğalgaz
- b) Odun/Kömür
- c) Elektrikli ısıtıcı
- d) Klima
- e) Diğer.....

11- MEVCUT HASTALIK DURUMU:

(Bu soruda birden fazla şık işaretlenebilir)

- a) Astım
- b) KOAH
- c) Kalp yetmezliği
- d) GÖRH
- e) ÜHÖS (Alerjik rinit, sinüzit vb)
- f) Diğer;.....

12-BOY..... KİLO..... (BKİ.....)

EK 2. LEICESTER ÖKSÜRÜK ANKETİ (LÖA)

Bu anket öksürüğünüzün yaşamınız değişik yönleri üzerindeki etkilerini değerlendirmek için düzenlenmiştir. Tüm soruları cevaplamaya çalışın ve size en uygun şıkkı işaretleyin.

- 1) Son iki hafta içerisinde öksürüğünüz sonucunda göğüs veya karın ağrınız oldu mu?
 1. Her zaman
 2. Çoğu zaman
 3. Sıklıkla
 4. Bazen
 5. Ara sıra
 6. Nadiren
 7. Hiçbir zaman
- 2) Son iki hafta içerisinde öksürüğünüze eşlik eden balgamdan dolayı rahatsız oldunuz mu?
 1. Her zaman
 2. Çoğu zaman
 3. Sıklıkla
 4. Bazen
 5. Ara sıra
 6. Nadiren
 7. Hiçbir zaman
- 3) Son iki hafta içerisinde öksürüğünüzden dolayı yorgun hissettiniz mi?
 1. Her zaman
 2. Çoğu zaman
 3. Sıklıkla
 4. Bazen
 5. Ara sıra
 6. Nadiren
 7. Hiçbir zaman
- 4) Son iki hafta içerisinde öksürüğünüzü kontrol altında olduğunu hissettiniz mi?
 1. Hiçbir zaman
 2. Nadiren
 3. Ara sıra
 4. Bazen
 5. Sıklıkla
 6. Çoğu zaman
 7. Her zaman
- 5) Son iki hafta içerisinde öksürüğünüz yüzünden mahcup hissettiniz mi?
 1. Her zaman

2. Çoğu zaman
 3. Sıklıkla
 4. Bazen
 5. Ara sıra
 6. Nadiren
 7. Hiçbir zaman
- 6) Son iki hafta içerisinde öksürüğümden dolayı endişeli hissettim.
1. Her zaman
 2. Çoğu zaman
 3. Sıklıkla
 4. Bazen
 5. Ara sıra
 6. Nadiren
 7. Hiçbir zaman
- 7) Son iki hafta içerisinde öksürüğüm işimi ve günlük işlerimi etkiledi.
1. Her zaman
 2. Çoğu zaman
 3. Sıklıkla
 4. Bazen
 5. Ara sıra
 6. Nadiren
 7. Hiçbir zaman
- 8) Son iki hafta içerisinde öksürüğüm tüm sosyal hayatımı etkiledi.
1. Her zaman
 2. Çoğu zaman
 3. Sıklıkla
 4. Bazen
 5. Ara sıra
 6. Nadiren
 7. Hiçbir zaman
- 9) Son iki hafta içerisinde boya ve kokular öksürümüne neden oldu.
1. Her zaman
 2. Çoğu zaman
 3. Sıklıkla
 4. Bazen
 5. Ara sıra
 6. Nadiren
 7. Hiçbir zaman
- 10) Son iki hafta içerisinde öksürüğünüz uygunuzu etkiledi mi?
1. Her zaman
 2. Çoğu zaman
 3. Sıklıkla
 4. Bazen
 5. Ara sıra
 6. Nadiren

7. Hiçbir zaman
- 11) Son iki hafta içerisinde gün içerisinde öksürük nöbetleriniz oldu mu?
1. Günün her anında
 2. Günün çoğunda
 3. Gün içinde birçok kez
 4. Gün içinde bazen
 5. Gün içinde ar asıra
 6. Nadiren
 7. Hiç
- 12) Son iki hafta içerisinde öksürüğümden dolayı sinirli biri oldum.
1. Her zaman
 2. Çoğu zaman
 3. Sıklıkla
 4. Bazen
 5. Ara sıra
 6. Nadiren
 7. Hiçbir zaman
- 13) Son iki hafta içerisinde öksürüğümden dolayı bıkkın hissettim.
1. Her zaman
 2. Çoğu zaman
 3. Sıklıkla
 4. Bazen
 5. Ara sıra
 6. Nadiren
 7. Hiçbir zaman
- 14) Son iki hafta içerisinde öksürüğünüzden dolayı kısık ses meydana geldi mi?
1. Her zaman
 2. Çoğu zaman
 3. Sıklıkla
 4. Bazen
 5. Ara sıra
 6. Nadiren
 7. Hiçbir zaman
- 15) Son iki hafta içerisinde kendinizi enerjik hissettiniz mi?
1. Hiçbir zaman
 2. Nadiren
 3. Ara sıra
 4. Bazen
 5. Sıklıkla
 6. Çoğu zaman
 7. Her zaman
- 16) Son iki hafta içerisinde öksürüğünüzün ciddi bir hastalığın habercisi olduğundan endişe ettiniz mi?

1. Her zaman
 2. Çoğu zaman
 3. Sıklıkla
 4. Bazen
 5. Ara sıra
 6. Nadiren
 7. Hiçbir zaman
- 17) Son iki hafta içerisinde öksürüğünüz yüzünden yakınınızdaki kişilerin sizin hasta olduğunuzu düşündükleri endişesine kapıldınız mı?
1. Her zaman
 2. Çoğu zaman
 3. Sıklıkla
 4. Bazen
 5. Ara sıra
 6. Nadiren
 7. Hiçbir zaman
- 18) Son iki hafta içerisinde öksürüğünüzden dolayı telefon konuşmanız veya karşılıklı konuşmalarınızda kesinti oldu mu?
1. Her seferinde
 2. Çoğu seferde
 3. Sıklıkla
 4. Bazen
 5. Ara sıra
 6. Nadiren
 7. Hiçbir zaman
- 19) Son iki hafta içerisinde öksürüğümün dolayı eşimin, ailemin ve arkadaşlarımla rahatsızlık duyduklarını hissettim.
1. Her zaman
 2. Çoğu zaman
 3. Sıklıkla
 4. Bazen
 5. Ara sıra
 6. Nadiren
 7. Hiçbir zaman

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.
Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

- 1 Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? (saat) _____
- 2 Geçen ay geceleri uykuya dalmamız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı? _____ dakika
- 3 Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? _____
- 4 Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) _____ saat
- 5 Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?
- | | Haftada | Hiç | 1'den az | 1 - 2 kez | 3'ten çok |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a | 30 dakika içinde uykuya dalamadınız | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| b | Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| c | Tuvalete gittiniz | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| d | Rahat bir şekilde nefes alı veremediniz | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| e | Aşırı derecede üşüdünüz | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| f | Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| g | Kötü rüyalar gördünüz | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| h | Ağrı duydunuz | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| i | Diğer nedenler | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| j | Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
- 6 Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.
- ₀ Çok iyi ₁ Oldukça iyi ₂ Oldukça kötü ₃ Çok kötü
- 7 Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkta (reçeteli veya reçetesiz) uyku ilacı aldınız?
- ₀ Hiç ₁ Haftada 1'den az ₂ Haftada 1 - 2 kez ₃ Haftada 3'ten çok
- 8 Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?
- ₀ Hiç ₁ Haftada 1'den az ₂ Haftada 1 - 2 kez ₃ Haftada 3'ten çok
- 9 Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?
- ₀ Hiç problem oluşturmadı ₂ Bir dereceye kadar problem oluşturdu
₁ Yalnızca çok az bir problem oluşturdu ₃ Çok büyük bir problem oluşturdu
- 10 Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?
- ₀ Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok ₂ Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
₁ Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var ₃ Partner aynı yatakta
- 11 Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa son bir ayda ona aşağıdaki durumları ne sıklıkta yaşadığınızı sorun.
- | | Haftada → | Hiç | 1'den az | 1 - 2 kez | 3'ten çok |
|---|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a | Gürültülü horlama | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| b | Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| c | Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| d | Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| e | Diğer huzursuzluklarınız: | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |

Buyssse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH (1989) Psychiatry Res. 1989 May;28(2):193-213

K 4. ETİK KURUL ONAYI

vrak Tarih ve Sayısı: 26/06/2020-E.5594



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :71522473/050.01.04/364
Konu :Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru Dosyası Hk.

Destekleyicisi olduğunuz "Kronik Öksürüğün Uyku ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
26.06.2020

Evrakı Doğrulamak için : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BEZEBF9K1>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr



ÖZGEÇMİŞ

ADI SOYADI: İHSAN SARIKAYA

DOĞUMYERİ, TARİHİ: GÖKSUN/ KAHRAMANMARAŞ, 1986

UYRUĞU: TC

İLETİŞİM ADRESİ, TEL: ihsansarikaya4@gmail.com, 0539 2249145

YABANCI DİLİ: İNGİLİZCE

Eğitim

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAK. AİLE HEKİMLİĞİ AD.

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ YABANCI DİLLER YÜKSEK OKULU

KAYSERİ ÖZEL HİSARCIKLIOĞLU FEN LİSESİ

KAYSERİ İMAMHATİP ORTA OKULU

KAYSERİ HACI NUHOĞLU İLKÖĞRETİM OKULU

Mesleki Deneyim

ŞIRNAK SİLOPİ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ 2010 - 2011

ŞIRNAK SİLOPİ 006 NOLU AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ 2011

ŞIRNAK SİLOPİ 005 NOLU AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ 2011

ŞIRNAK İDİL 010 NOLU AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ 2012

ŞIRNAK İDİL 011 NOLU AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ 2013

ASKERLİK HİZMETİ / YEDEK SUBAY / 2 NCİ HD.TUG.LOJ.DES.K.LIĞI 1 İNCİ

BASAMAK MUA. MRK. HAKKARİ ÇUKURCA 31.03.2013 - 31.03.2014

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI NİĞDE BOR DEVLET HASTANESİ 2014 - 2017

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SAKARYA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ / AİLE HEKİMLİĞİ / ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ /

2017 – 2020

Resmi Sertifikalar

2010 AİLE HEKİMLİĞİ BİRİNCİ BASAMAK UYUM EĞİTİMİ SERTİFİKASI

2011 ZOONOTİK HASTALIKLAR EĞİTİCİ EĞİTİMİ SERTİFİKASI

2014 NEONATAL RESÜSİTASYON PROGRAMI UYGULAYICI SERTİFİKASI