

T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERİN TEDAVİYE UYUM, HASTALIK ALGISI VE
YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Tezi Hazırlayan
Zeynep PALTACI

Tez Danışmanları

Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN

Dr. Öğr. Üyesi Pınar TEKİNSOY KARTIN

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Kasım 2019

NEVŞEHİR

T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN TEDAVİYE
UYUM, HASTALIK ALGISI VE YAŞAM KALİTELERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Tezi Hazırlayan
Zeynep PALTACI

Tez Danışmanları
Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN
Dr. Öğr. Üyesi Pınar TEKİNSOY KARTIN

Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Kasım 2019
NEVŞEHİR

Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN ve Dr. Öğr. Üyesi Pınar TEKİNSOY KARTIN danışmanlığında, **Zeynep PALTACI** tarafından hazırlanan "**Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Tedaviye Uyum, Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi**" başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

20/11/2019

JÜRİ

Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Gamze MUZ

imza: 

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN

imza: 

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Züleyha KILIÇ

imza: 

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun **25/12/2019** tarih ve **78-735** sayılı kararı ile onaylanmıştır.


25/12/2019
Prof. Dr. Sahlan ÖZTÜRK
Enstitü Müdürü

TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Zeynep PALTACI



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde bilgisini ve deneyimini paylaşan, değerli katkılarıyla bana rehberlik eden danışmanlarım ve değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN ve Dr. Öğr. Üyesi Pınar TEKİNSOY KARTIN'a,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca akademik anlamda gelişmemde önemli katkıları olan Sayın Prof. Dr. Nimet KARATAŞ'a,

Hayatım boyunca beni dinleyen, anlayan, bana maddi manevi destekleri olan, güç veren desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen canım annem ve babam Erdoğan PALTACI ve Hatice PALTACI'ya ve araştırmaya katılan tüm bireylere sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Kasım, 2019

Nevşehir

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN TEDAVİYE UYUM, HASTALIK ALGISI VE YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Zeynep PALTACI

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ

FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kasım 2019

ÖZET

Araştırma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerin tedaviye uyum, hastalık algısı ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Mart 2015-Mart 2016 tarihleri arasında bir devlet hastanesinde yer alan göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 165 hasta ile yürütülmüştür. Çalışmanın yapılabilmesi için ilgili kurumlardan gerekli izinler ve etik kurul onayı ayrıca çalışmaya katılan bireylerden yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur alınmıştır. Araştırmanın verileri, Hasta Tanıtım Formu, Hastalık Algısı Ölçeği ve Saint George solunum anketi (SGRQ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis testleri ve Spearman Kolerasyon Analizi kullanılmıştır.

Çalışmada hastaların %78.2'sinin ilaçlarını düzenli kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumu ile Hastalık Algısı Ölçeği ve Sait George Solunum Anketi alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Hastalık algısı ölçeğinin hastalık tipi alt boyut puan ortalaması 7.04 ± 3.09 olarak saptanmış olup, hastaların hastalığın başlangıcından bu yana yaşadıkları belirtilerden en çok ağrı, uyku güçlükleri, soluk almada güçlük ve hırıltılı solunmayı hastalıklarıyla ilişkilendirdikleri belirlenmiştir. Ayrıca, hastalık algısı ölçeğinin hastalık hakkındaki görüşler boyutundaki alt boyut puan ortalamaları; süre (akut/kronik) 18.10 ± 3.46 , sonuçlar 17.90 ± 3.53 , kişisel kontrol 18.40 ± 3.64 , tedavi kontrolü 15.22 ± 3.47 , hastalığı anlayabilme 15.49 ± 3.62 , süre (döngüsel) 12.16 ± 3.12 ,

duygusal temsiller 18.06 ± 4.44 , hastalık nedenleri boyutundaki alt boyut puan ortalamaları ise psikolojik atıflar 18.36 ± 3.26 , risk etkenleri 21.29 ± 3.94 , bağımsızlık 9.06 ± 2.33 , kaza ve şans 5.50 ± 2.09 olarak tespit edilmiştir. Hastaların St George solunum anketi semptom, his, aktivite alt boyutu ve toplam puan ortalamaları sırasıyla 60.63 ± 13.98 , 41.82 ± 15.89 , 42.81 ± 18.08 , 45.31 ± 13.13 olarak belirlenmiştir. Hastalık algısı ölçeği hastalık tipi boyutu ile St George Solunum anketi his alt boyutu ve toplam puanı arasında pozitif yönde, çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Çalışma sonucunda hastaların yaşadıkları belirtiler artıkça yaşam kalitelerinin negatif yönde etkilendiği belirlenmiştir. KOAH hastalarının tedavi uyumlarının, hastalık algılarının ve yaşam kalitelerinin tedavi ve bakım sürecinde değerlendirilmesi ve uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: KOAH; Hastalık algısı, Tedaviye Uyum, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik

Tez Danışmanlar: Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN, Dr. Öğr. Üyesi Pınar TEKİNSOY KARTIN

Sayfa Adedi: 91

**EVALUATION OF TREATMENT ADHERENCE, ILLNESS PERCEPTION
AND QUALITY OF LIFE IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASE**

(M. Sc. Thesis)

Zeynep PALTACI

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY
INSTITUTE OF SCIENCE**

November 2019

ABSTRACT

This study was conducted as a descriptive study in order to determine the treatment adherence, illness perception and quality of life of the patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

The study was conducted between March 2015 and March 2016 with a total of 165 patients who applied to the chest diseases policlinic in a public hospital and fulfilled the criteria for inclusion in the study. In order to conduct the study, necessary permissions and approval of the ethics committee were obtained from the relevant institutions and written informed consent was obtained from the individuals who participated in the study. Data were collected by using patient identification form, The Illness Perception Questionnaire and Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). In the evaluation of the data; Chi-square, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis tests and Spearman's correlation analysis were used.

In the study, it was determined that 78.2% of the patients used their medication regularly. In addition, it was determined that there was no statistically significant difference between the patients' regular use of their medications and the mean scores of the Illness Perception Questionnaire and Sait George's Respiratory Questionnaire subscale scores. ($P > 0.05$). The mean score of the disease type subscale of the Illness Perception Questionnaire was 7.04 ± 3.09 and it was determined that the most common symptoms of the patients since the onset of the disease were pain, sleep difficulties,

difficulty in breathing and wheezing. In addition, the subscale averages of the opinions about the illness dimension of the Illness Perception Questionnaire were as follows; duration (acute / chronic) 18.10 ± 3.46 , results 17.90 ± 3.53 , personal control 18.40 ± 3.64 , treatment control 15.22 ± 3.47 , understanding the disease 15.49 ± 3.62 , duration (cyclic) 12.16 ± 3.12 , emotional representations were determined as 18.06 ± 4.44 . The mean subscale scores in the causes of disease dimension were; psychological attribution was 18.36 ± 3.26 , risk factors were 21.29 ± 3.94 , immunity was 9.06 ± 2.33 , accident and chance were 5.50 ± 2.09 . The mean subscale, symptom, feeling, activity subscale and total score of the Sait George's respiratory questionnaire were 60.63 ± 13.98 , 41.82 ± 15.89 , 42.81 ± 18.08 , 45.31 ± 13.13 , respectively. There was a positive and very weak statistically significant relationship between the disease type dimension of the illness perception questionnaire and the subscale and total score of the Sait George's Respiratory Questionnaire ($p < 0.05$).

As a result of the study, it was determined that as the symptoms experienced by patients increased, their quality of life was negatively affected. Evaluation of treatment adherence, illness perceptions and quality of life of patients with COPD during treatment and care process and planning of appropriate nursing interventions have been proposed. It is recommended that treatment adherence, illness perceptions and quality of life of patients with COPD should be evaluated during treatment and care process and appropriate nursing interventions should be planned.

Key words: COPD; Illness Perception, Treatment Adherence, Quality of Life, Nursing

Thesis Supervisor: Asst. Prof. Rabiye ÇIRPAN, Asst. Prof. Pınar TEKİNSOY KARTIN

Page Number: 91

İÇİNDEKİLER

ONAY	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
TABLolar LİSTESİ	xii
KISALTMALAR ve SİMGELER	xi
BÖLÜM	
GİRİŞ	1
BÖLÜM 2	
GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Epidemiyolojisi	3
2.2. KOAH'da Mortalite ve Morbidite	3
2.3. KOAH'da Risk Faktörleri.....	4
2.3.1. Sigara	4
2.3.2. Yaş ve Cinsiyet	5
2.3.3. Mesleki Faktörler	5
2.3.4. Solunum Yolu Enfeksiyonları.....	5
2.3.5. Genetik Faktörler	6
2.3.6. Diğer Faktörler.....	6
2.4. KOAH'da Belirti ve Bulgular	6
2.4.1. Dispne	7
2.4.2. Öksürük.....	7

2.4.3.	Balgam	7
2.4.4.	Wheezing	7
2.4.5.	Diğer Semptomlar	8
2.5.	KOAH'ta Tanı Yöntemleri ve Evreleme	8
2.6.	KOAH Tedavisi	9
2.7.	KOAH ve Tedaviye Uyum	10
2.8.	Hastalık Algısı	11
2.8.1.	Hastalık Algısının Bileşenleri	12
2.9.	KOAH ve Hastalık Algısı	13
2.10.	KOAH ve Yaşam Kalitesi.....	14
2.12.	KOAH'lı Bireylerde Hemşirelik Bakımı	15

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM	17	
3.1.	Araştırmanın Tipi.....	17
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	17
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	17
3.3.1.	Araştırmaya dahil edilme kriterleri	17
3.3.2.	Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri	18
3.4.	Veri Toplama Araçları	18
3.4.1.	Hasta Tanıtım Formu (Ek-I)	18
3.4.2.	Hastalık Algısı Ölçeği (Ek-II).....	18
3.4.3.	Saint George Solunum Anketi (SGRQ) (Ek-III).....	19
3.5.	Ön Uygulama	20
3.6.	Verilerin Toplanması	21

3.7.	Verilerin Değerlendirilmesi	21	
3.7.1.	Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri	21	
3.8.	Etik Açıklamalar	22	
BÖLÜM 4			
BULGULAR.....			23
BÖLÜM 5			
TARTIşMA VE SONUÇ			50
SONUÇ VE ÖNERİLER			56
KAYNAKLAR			59
EKLER			75
ÖZGEçMİş			90

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1 KOAH Sınıflandırılması	8
Tablo 2.2. KOAH’da Birleşik Değerlendirme	9
Tablo 4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N:165)	23
Tablo 4.2. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı (N:165)	24
Tablo 4.3. Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	26
Tablo 4.4. Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Göre Yaşadıkları Hastalık Belirtilerinin Dağılımı	27
Tablo 4.5. Bireylerin St George Solunum Anketi Alt Boyut ve Toplam Puan ve Puan Ortalamalarının Dağılımı	28
Tablo 4.6. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n:165)	29
Tablo 4.7. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n:165)	34
Tablo 4.8. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre St George Solunum Anketi Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı	40
Tablo 4.9. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre St George Solunum Anketi Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	43
Tablo 4.10. Bireylerin St George Solunum Anketi Puanları ile Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkisi	46
Tablo 4.11. Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre ilaçlarını düzenli kullanma durumlarının dağılımı.....	47
Tablo 4.12. Bireylerin hastalık özelliklerine göre ilaçlarını düzenli kullanma durumlarının dağılımı.....	48

KISALTMALAR ve SİMGELER

%:	Yüzde
BiPAP:	‘‘bi-level’’ pozitif hava yolu basıncı
BOLD:	Burden of Obstructive Lung Disease
CPAP:	Sürekli pozitif hava yolu basıncı
FEV1:	1. saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim
FVC:	Zorlu vital kapasiteye
GOLD:	Global Initiative ve For Chronic Obstructive Lung Disease
HAÖ:	Hastalık Algısı Ölçeği
IBM:	International Business Machines
KOAH:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
n:	Birim sayısı
PR:	Pulmoner Rehabilitasyon
RSV:	Respiratuar sinyal virüs
SGRQ:	Saint George Solunum Anketi
SPSS:	Statistical Package for Social Sciences
USOT:	Uzun süreli oksijen te

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tüm dünyada yaygın görülen, mortalite ve morbiditesi yüksek olan önemli bir sağlık sorunudur [1,2]. Dünya genelinde her yıl yaklaşık olarak üç milyon kişinin KOAH nedeniyle yaşamını kaybettiği ve bu sayının önümüzdeki yıllarda artarak 2030 yılına kadar KOAH ve ilişkili nedenlerden ölümlerin yılda dört buçuk milyonu geçeceği tahmin edilmektedir [2]. Dünya genelinde 2015 yılında tüm ölümlerin %5'inin KOAH nedeniyle meydana geldiği [3], 2030 yılında ise bu oranın artarak %7.8 olacağı ön görülmektedir [4]. KOAH 2001 yılında tüm dünyada en sık görülen ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer alırken [1], günümüzde en sık görülen ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır [5,6]. Ülkemizde de ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada solunum sistemi hastalıklarının yer aldığı, solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin %61.5'inin KOAH'tan kaynaklandığı bildirilmektedir [6].

Hastalık sürecinde meydana gelen geriye dönüşsüz fizyopatolojik değişiklikler sonucunda hastada öksürük, balgam çıkarma, dispne, yorgunluk gibi birçok semptom gelişmektedir. Hastalığın ilerlemesiyle birlikte egzersiz kapasitesinde azalma, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık, uyku sorunları, anksiyete, depresyon, bağımlılık düzeyinde artma, sosyal izolasyon gibi pek çok biyo-psiko-sosyal sorunu da beraberinde getirmesi, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir [7-10].

KOAH tedavisinde semptomları, alevlenmelerin sıklığını ve şiddetini azaltmak, komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri kullanılmaktadır [2,6]. KOAH hastalarında semptomların hafifletilmesinde en temel yaklaşım farmakolojik tedavi olup hastaların tedaviyi doğru ve uygun şekilde kullanması etkin bir hastalık yönetimi için önemlidir [2,11]. KOAH yönetiminde ilaç tedavisine uyum önemli olmakla birlikte, hastaların ilaç tedavisine uyumsuzluğu yaygın görülen bir sorundur [12,13]. KOAH hastalarında tedaviye uyum oranlarının düşük olduğu, hastalarının yaklaşık yarısının ilaç tedavisine uymadığı belirtilmektedir [12-15]. KOAH hastalarında tedavi uyumsuzluğunun semptomların, alevlenmelerin, hastaneye yatış oranlarının ve sağlık harcamalarının

artışına, erken ölümlere ve yaşam kalitesinde düşmeye yol açtığı ifade edilmektedir [12,14,15]. Hastalık süresi, kullanılan ilaçların sayısı ve kullanım sıklığı, ilaç yan etkileri, tedavi maliyeti, hastalık ve tedavi hakkında bilgi yetersizliği, hastanın yaşı, sosyal destek kaynakları, hastalık algısı gibi birçok faktör ilaç uyumunu etkilemektedir [12,14]. Hastaların hastalıkları ve uygulanan tedavi ile ilgili algılarını, ilaç uyumunu etkileyen önemli bir faktör olduğu ifade edilmektedir [15,16].

Hastalık algısı hastalık durumunun bilişsel görünümü veya bireylerin hastalıkları ya da yaşadığı belirtilerle ilgili inançları olarak tanımlanmaktadır [17,18]. Bireylerin geçmiş deneyimleri, hastalık hakkındaki bilgileri, değerleri, sosyodemografik özellikleri hastalık algısını etkilemektedir [19,20]. Hastalık algısının bireyin hastalığa karşı duygusal tepkilerini, hastalıkla baş etme biçimini, tedavi uyumu gibi davranışlarını, psikososyal durumunu ve yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olduğu belirtilmektedir [15,17,18,21-23]. Bu nedenle hemşirelerin hastaların hastalık algısını belirleyip, hastalık ile baş etmesi için psikososyal destek vermesi, tedavi ilkeleri ve bakımı konusunda eğitim ve danışmanlık vermesi gerekmektedir.

Bu çalışma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin tedaviye uyum, hastalık algısı ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Epidemiyolojisi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim” (GOLD) 2019 raporuna göre genellikle zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyetin neden olduğu havayolu ve/veya alveoler anormalliklere bağlı kalıcı hava akımı kısıtlanması ve solunumsal semptomlarla karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır [24].

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tek bir hastalıktan ziyade hava akımında kısıtlılığa yol açan tüm durumları (kronik bronşit, amfizem ve obstrüktif bronşiolit) kapsar [25]. Kronik bronşit hastaların sık sık enfeksiyon geçirerek balgam çıkarma, öksürük, ateş, halsizlik, solunum güçlüğü çekmesiyle karakterizedir. Bu semptomlara sahip hastaların birbirini izleyen iki yıl ve özellikle kış aylarında üç ya da daha fazla süreyle balgam çıkarma ve öksürüğü olması kronik bronşit olarak tanımlanmaktadır. Amfizem ise alveollerin duvarlarının harap olduğu ve sebeple gaz alışverişi yapılacak akciğer alanının daraldığı bir hastalıktır [26].

Kronik obstrüktif akciğer tanısı; nefes darlığı, kronik öksürük veya balgam çıkarma şikayeti olan orta-ileri yaştaki hastaların spirometrik değerlendirme ile bronkodilatatör sonrası 1. saniyedeki ekspiratuvar hacmin (FEV1), zorlu vital kapasiteye (FVC) oranı %70'in altında olmasıyla tanımlanmaktadır [27,28].

Kronik obstrüktif akciğer bireylerin bağımsızlığını etkilediği gibi, bireyin yaşam kalitesini de düşürmekte ve ciddi düzeyde maliyet harcamalarına neden olmaktadır fakat başarılı bir şekilde yönetildiğinde bireylerin sağlığı ve yaşam kalitesi geliştirilebilmekte ve bağımsızlığı desteklenebilmektedir [29].

2.2. KOAH'da Mortalite ve Morbidite

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ülkemizde ve dünyada en önemli mortalite ve morbidite nedenleri arasındadır [30]. KOAH risk faktörlerine uzun süre maruz kalma sonucunda ortaya çıkmaktadır. Risk faktörlerine maruziyetin artması ve yaşam süresinin uzamasıyla birlikte KOAH prevalansı giderek artmaktadır [31].

Obstrüktif Akciğer Hastalıkları Yüğü (Burden of Obstructive Lung Disease-BOLD) ve diğer büyük ölçekli çalışmalarından elde edilen verilere göre KOAH'lı hasta sayısının 2010 yılında küresel olarak 384 milyon olduğu bildirilmiştir. Küresel prevalansı %11,7 olan KOAH, her yıl yaklaşık olarak 3 milyon kişinin hayatını kaybetmesine sebep olmaktadır [32]. KOAH'ın 2030 yılına kadar yılda 4.5 milyon insanın ölümüne sebep olacağı öngörülmektedir [33]. Son 30-40 yıl içinde KOAH nedeniyle ölümler giderek artmıştır.

Sağlık Bakanlığı 2016 verilerine göre ülkemizdeki ölümlerin %11.87'sini kronik solunum yolu hastalıkları oluşturmaktadır ve bu oran kardiyovasküler hastalıklar ve kanserden sonra üçüncü sırada yer almaktadır [34]. 2018 TÜİK verilerine göre 421.164 ölümden 23.879'una KOAH'ın sebep olduğu bildirilmiştir [35].

Ülkemizde KOAH prevalansını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde; Adana'da 2004 yılında yapılan Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü (BOLD) çalışmasında 40 yaş üstü bireylerin %19.6'sının KOAH tanılı olduğu bulunmuştur [36]. Günen ve ark. 2008 yılında yapmış oldukları çalışmada ise 40 yaş üstü sigara içen bireylerde KOAH prevalansının % 18.1 olduğu saptanmıştır [37].

2.3.KOAH'da Risk Faktörleri

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının gelişiminde risk karmaşık bir şekilde birbirleriyle ilişkilidir. Nitekim benzer sigara içme öyküsüne sahip iki kişiden sadece birinde KOAH gelişebilmesidir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, sigara dumanı ve diğer risk faktörlerine duyarlılıkta, genlerin ve çevrenin karmaşık etkileşimi sonucu oluşur. KOAH'ta risk faktörleri sigara, yaş, cinsiyet, mesleki faktörler, genetik faktörler, solunum yolu enfeksiyonları ve ısınma şekli gibi faktörlerdir [38].

2.3.1. Sigara

KOAH'ın oluşmasında en önemli faktör sigaradır ve Türkiye kronik hava yolu hastalıkları önleme ve kontrol programında (2014) sigara içiminin %80-90 KOAH gelişiminden oranında sorumlu tutulduğu bildirilmektedir. Sigara kullanan bireylerin kullanmayanlara oranla KOAH görülme olasılığı %20'dir ve bu oran yaşla birlikte daha da artmaktadır [39,40]. KOAH'ın oluşmasında sigaranın kullanım miktarı, sigaraya başlama yaşı ve kullanma zamanı gibi faktörler önemlidir. KOAH gelişme riski sigara

dumanından etkilenenlerde, hiç sigara dumanından etkilenmeyenlere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur [41-43].

2.3.2. Yaş ve Cinsiyet

Günümüze kadar pek çok çalışmada KOAH'ın yaşla beraber artışgösterdiği özellikle hastalığın 40'lı yaşlar sonrasında ortaya çıktığı bildirilmiştir [44-46]. Ancak hastalığın ortaya çıkışında tek başına ilerleyen yaşın etki edeceğini söylemek doğru değildir. Halen yaşlanmanın mı KOAH'a neden olduğu yoksa yaşam boyu zararlı risk faktörlerine maruziyetin birikimi sonucu mu hastalığın ortaya çıktığı net değildir. Çünkü sağlıklı bir yaşlanma sürecinde KOAH'ın ortaya çıkıp çıkmadığını bildiren veriler bulunmamaktadır [2].

Cinsiyet'in KOAH gelişimindeki rolü konusunda çelişkili bilgiler bulunmaktadır. Geçmişte KOAH prevalansı ve mortalitesinin erkeklerde daha yüksek olduğu bildirilirken, son çalışmalarda gelişmiş ülkelerde KOAH mortalite ve prevalans verileri kadın ve erkeklerde eşitlenmiştir [38].

2.3.3. Mesleki Faktörler

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı oluşum nedenleri arasında tütün kullanımının dışındaki nedenlerin araştırılması özellikle son 10 yıl içerisinde gerçekleşmiştir [47]. Mesleki ortamlarda solunan dumanın sigara dumanında olduğu gibi inflamasyona yol açtığı düşünülmektedir. Bazı tozların ise difüzyon kapasitesinde azalmaya yol açtığı, ancak spirometrik olarak patolojik bir değişim göstermediği de bildirilmiştir [35]. Maden sektöründe çalışanlarda, metal, hayvan yemi, kömür tozu, silika etkileşiminin olduğu iş alanları, tahıl işçiliği, kağıt, yün, çimento üretimi, pamuk en önemli risk grupları arasındadır [48,49].

2.3.4. Solunum Yolu Enfeksiyonları

Solunum yolu enfeksiyonları KOAH oluşum nedenleri arasında etkilidir. Ancak bu konuda farklı görüşler öne sürülmüştür. Bu görüşler genel olarak bakteri ve virüslerin inflamasyon oluşumuna destek olduğu ya da bakteriyel antijenlerin hava yolunda aşırı duyarlılığı oluşturması şeklinde özetlenebilir [48]. Virüslerden respiratuar sinyal virüs (RSV), Adenovirüs gibi virüslerin inflamasyona zemin hazırladıkları, total akciğer

kapasitesinde azalmaya yol açtıkları ve viral DNA ekspresyonlarında artış gösterdikleri belirtilmiştir. Ayrıca yapılan çalışmalarda tüberkülozun da KOAH için bir risk faktörü olduğu ve havayolu obstrüksiyonunun arttığı bildirilmiştir [50].

2.3.5. Genetik Faktörler

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı oluşmasına etki eden faktörlerden birisi de Alfa-1 antitripsin eksikliğidir. Alfa-1 antitripsin bir protein olup karaciğer tarafından üretilir. Proteaz enzim inhibitörü olan alfa-1 antitripsin, enflamatuar hücrelerden salınan yıkıcı enzimleri bloke ederek görev yapar. Bu proteinin vücuttaki yokluğu ise akciğerdeki bu zarar önleyici düzeni yok eder ve amfizem oluşmasına sebep olur [51-53].

2.3.6. Diğer Faktörler

Isınma ve pişirme amacıyla kullanılan biyomas maruziyeti (odun, mangal kömürü, diğer bitkisel yakacaklar, tezek) iyi havalandırılmayan ortamlarda iç ortam hava kirliliğine neden olur. Bu maruziyetin ise zararlı partikül ve gaz şeklinde olduğu hava yollarında inflamasyona neden olduğu çalışmalarla ifade edilmiştir. Özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda biyomas dumanına uzun süre maruz kalan ve kırsal kesimde yaşayan kadınlarda KOAH oluşma riskinin ciddi bir biçimde arttığı belirtilmiştir [47]. Türkiye’de yapılan bir çalışmada kırsal alanda biyomas dumanına maruz kalanlarda kronik hava yolları hastalıklarının görülme riski 2.5 kat artmış, KOAH sıklığının da %23.1 olduğu belirtilmiştir [35]. Tüm bu etkenlere bağlı olarak sosyo-ekonomik durumun dolaylı yoldan KOAH oluşumunda etkili olduğu söylenebilir. Yeterli beslenememe, kötü sağlık koşulları KOAH oluşma riskini artırmaktadır [47].

2.4. KOAH’da Belirti ve Bulgular

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında solunum sistemi ve kardiyovasküler sisteme ait semptomlar ortaya çıkmakta ayrıca hastalık nedeni ile sistemik semptomlar oluşmaktadır. Dispne, öksürü, balgam ve wheezing en sık görülen solunum semptomlarıdır. Ayrıca KOAH’ta sık görülen diğer semptomlar ise wheezing, yorgunluk, beslenme bozukluğu, konstipasyon, dehidratasyon, anksiyete ve depresyondur [54].

2.4.1. Dispne

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda en sık görülen belirti nefes darlığı olarak bilinen dispnedir. KOAH'lı bireylerin hepsinde görülür. Hastalar nefes darlığını farklı tarif ederler. Bu durumu solunum güçlüğü, nefes alırken zorlanma, çabuk yorulma, hava açlığı, tıkanma olarak belirtirler. Hastalar başlarda efor sırasında dispne yaşarken ilerleyen zamanlarda bu belirtiyi dinlenme sırasında da yaşamaktadırlar [55]. Ayrıca dispne bireylerin yaşam kalitesinde bozulmaya ve anksiyeteye sebep olmaktadır [35,48].

2.4.2. Öksürük

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında ortaya çıkan ilk belirti olmasına rağmen bireyler sigaradan olduğunu düşündükleri için pek önemsemezler. Başlangıçta aralıklı olabilir ancak hastalık ilerlediğinde kronikleşir ve ağırlaşır. İnflamatuar hücrelerden salınan maddelerin hava yollarında irritasyona sebep olmaları ve balgamı arttırması öksürüğün oluşmasında en önemli etkenlerdir [56-58].

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının ilk evrelerinde öksürük tanımlaması kuru ve aralıklı olarak yapılmaktadır. Ancak çevresel maruziyetlerin de etkisi ile hava yolu obstrüksiyonunda artma, bronşiyal hiperreaktiviteye bağlı mukus salgısında artış gibi nedenlerle öksürük sık ve üretken hale gelebilir [59].

2.4.3. Balgam

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında balgam genellikle beyaz gri, koyu kıvamlı ve yapışkandır. Balgam miktarının artması ve renginin sarı ve yeşil renge dönmesi solunum yolu enfeksiyonu bulgusudur. Bakteriyal enfeksiyon durumunda balgam pürülandır [60,61].

2.4.4. Wheezing

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında soluk verirken duyulan sestir. Hırıltılı solunum olarak da bilinir. Bronşial düz kas kontraksiyonu, hava yollarında yapısal daralma ya da aşırı solunum yolu sekresyonları nedeniyle daha geniş hava yollarından geçiş andaki turbülant hava akımı nedeniyle wheezing oluşur. Genellikle sabahları ve egzersiz sırasında artış gösterir [62,63].

2.4.5. Diğer Semptomlar

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde hastalığının şiddetinin artması ile birlikte sık görülen belirtilere ek olarak yorgunluk, iştahsızlık, anksiyete, depresyon, kilo kaybı, uyku sorunları, kardiyovasküler belirtiler, fiziksel kısıtlama, kas güçsüzlüğü ve osteoporozda görülebilmektedir [63].

2.5. KOAH'ta Tanı Yöntemleri ve Evreleme

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı; risk faktörlerine maruz kalma, nefes darlığı, balgam çıkarma, kronik öksürük şikayetleri olan hastanın fiziksel muayenesi yapılarak radyolojik tetkikler, laboratuvar değerlendirmeleri ve solunum fonksiyon testleri yapılarak koyulmaktadır [64]. KOAH şüphesi olan hastalarda bronkodilatör sonrası 1. saniyedeki zorlu ekspiratuar hacmin (FEV_1), zorlu vital kapasiteye (FVC) oranı; $FEV_1/FVC < \%70$ ise hastada hava akımı kısıtlanmasının varlığı doğrulanır ve hasta KOAH olarak değerlendirilir [65].

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı; GOLD (Global Initiative ve For Chronic Obstructive Lung Disease) grubu tarafından FEV_1 düzeyine göre 4 evreye ayrılmaktadır [41,56].

Tablo 2.1 KOAH Sınıflandırılması

EVRE 0	Riskli	Spirometre normal Kronik semptomlar
FEV₁/FVC<0,70 olan hastalarda		
EVRE 1	Hafif	$FEV_1 \geq \%80$ (beklenenin)
EVRE 2	Orta	$\%50 \leq FEV_1 < \%80$ (beklenenin)
EVRE 3	Ağır	$\%30 \leq FEV_1 < \%50$ (beklenenin)
EVRE 4	Çok ağır	$FEV_1 < \%30$ (beklenenin)

2011 yılında yayımlanan GOLD rehberinde KOAH evre yerine derece kelimesinin kullanılmasının daha uygun olduğu tanımlanmıştır. Yine aynı kılavuzda FEV_1 değerinin tek başına dispne, egzersiz kısıtlaması ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini gösterme konusunda yeterli olmadığı bildirilmiştir. Hastalıkla ilişkili semptomların, solunum fonksiyon parametrelerinin ve alevlenme olasılığının birlikte değerlendirilmesinin hastalık şiddetini daha iyi derecelendirdiği bildirilmiştir. Buradan yola çıkarak hastaların 4 gruba ayrılması önerilmiştir. Tablo 1’de KOAH’da birleşik değerlendirme yer almaktadır [38].

Tablo 2.2. KOAH’da Birleşik Değerlendirme

Hasta	Özellik	Spirometrik sınıflama	Alevlenme/yıl	mMRC	CAT
A	Düşük risk daha az semptom	GOLD 1-2	≤ 1	0-1	<10
B	Düşük risk daha çok semptom	GOLD 1-2	≤ 1	≥ 2	≥ 10
C	Yüksek risk daha az semptom	GOLD 3-4	≥ 2	0-1	<10
D	Yüksek risk daha çok semptom	GOLD 3-4	≥ 2	≥ 2	≥ 10

2.6.KOAH Tedavisi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı daha önceleri geri dönüşü olmayan gittikçe ağırlaşan bir hastalık olmasına rağmen günümüzde tedavi edilebilir ve önlenebilir duruma gelmiştir [63,66,67]. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tedavisinde amaç bireylerin hastalıkla ilgili semptomları azaltmak ve yaşam kalitesini artırmaktır [68].

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında tedavi; farmakolojik tedavi, pulmoner rehabilitasyon, oksijen tedavisi ve solunum desteğini içermektedir.

Farmakolojik tedavi: KOAH’ta semptomatik tedavinin temelini bronkodilatör ilaçlar (beta-2 agonistler, antikolinergikler ve teofilin) oluşturur. Bronkodilatör ilaçlar hava yollarındaki düz kasların tonüsünü etkileyerek hava akımı artışı ve bronkodilatasyon sağlamaktadır. Kısa etkili (6 saat) ve uzun etkili (12 saat) olmak üzere etki sürelerine göre iki gruba ayrılırlar. Kısa etkili beta-2 agonistlerin özellikle tüm evrelerde akut ihtiyaç olduğunda ya da hafif semptom varlığında önerilmektedir. Uzun etkili beta-2 agonistlerin ise stabil KOAH tedavisinde kullanılması önerilmektedir [69-70].

KOAH’ın farmakolojik tedavisinde bronkodilatörlerin yanında kortikosteroidler (inhaler ve sistemik olarak), antibiyotikler, mukolitik ajanlar, antitussifler, alfa 1 antitripsin, antioksidan ajanlar ve immünoregülatörler kullanılabilir [69-71].

Pulmoner Rehabilitasyon (PR): Pulmoner rehabilitasyon, “kronik solunum hastalarının fiziksel, emosyonel durumlarını düzeltmeyi ve sağlığı geliştirici kalıcı davranışları sağlamayı hedefleyen, hasta değerlendirmesini takiben her hasta için özel olarak belirlenen egzersiz eğitimi, eğitim ve davranış değişikliği geliştirme gibi yaklaşımları içeren, kapsamlı bir uygulama” olarak tanımlanmaktadır [63].

KOAH'da PR'unamacı; hastalığın semptomlarını azaltmak, günlük yaşamdaki aktivite düzeyini arttırmak, hastalığın sistemik etkilerini azaltmak ya da stabilize etmek, sağlıklı ilgili harcamaları azaltmak, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesini arttırmaktır [2,72,73].

Sigaranın Bırakılması: Sigaranın bırakılmasının FEV₁ kaybını önleyen en önemli tedavi yöntemi olduğu bildirilmektedir. En etkili ve maliyet etkin risk azaltma yöntemi olan sigaranın bırakılması semptomlarının azaltılması açısından da KOAH tedavisinde çok önemli bir yere sahiptir [38].

Oksijen Tedavisi ve Solunum Desteği: KOAH'da meydana gelen hipoksemi ve hiperkapni nedeniyle tüm dokuların oksijenizasyonu bozulabilmektedir. Oksijen tedavisinin; hayati organların oksijenlenmesinin bozulmaması ve gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi için büyük bir önemi vardır. Oksijen tedavisindeki amaç, parsiyel arteriyel oksijen basıncını 60 mmHg ve oksijen saturasyonunu %90'ın üzerinde tutmaktır. Bu nedenle uzun süreli oksijen tedavisi (USOT) kullanılmaktadır [2,74]. USOT uygulamak için nazal kanül, oksijen rezervuar kanüller, yüz maskeleri kullanılmaktadır. Ayrıca solunum kaslarının dinlendirilmesi, solunum mekaniği ve solunum merkezinin duyarlılığının düzeltilmesi için basınç desteği sağlayan noninvaziv mekanik ventilasyon desteklerinden olan sürekli pozitif hava yolu basıncı (CPAP) ve "bi-level" pozitif hava yolu basıncı (BiPAP) tedavileride sıklıkla kullanılmaktadır [72,74,75].

2.7. KOAH ve Tedaviye Uyum

Tedaviye uyum kısaca bireyin hastalığıyla ilgili önerileri kabul etmesidir. Hekimin verdiği ilaçları doğru zamanda doğru dozda almak da tedaviye uyumu gösterir. İlaçların fazla ya da yanlış kullanılması ilaç uyumsuzluğunu gösterir [76].

Dünya Sağlık Örgütü'nün Haziran 2001'deki tedavi uyumu toplantısında tedaviye bağlılığı "hastanın tıbbi önerileri ne dereceye kadar takip ettiği" şeklinde tanımlanmıştır [77].

Tedaviye uyum bireyin kendi sağlık yönetiminin bir parçası olarak tedavisinde aktif olarak rol alması olarak da tanımlanmaktadır [78]. İlaç tedavisine uyum ise genellikle hastaların hekimler tarafından reçete edilen tedaviye ne derece uygun düzeyde

kullandıkları olarak tanımlanır. Hastalar reçete edilen tedaviye ne kadar çok uyum gösterirlerse ilaç tedavisinden o kadar çok fayda sağlarlar [79].

Hastaların ilaç uyumu oranları reçete edilen ilaç dozlarının yüzde kaçını gerçekten kullanıldığı olarak rapor edilir. İlaç uyumu oranları akut hastalıkları olanlarda kronik hastalıkları oranlara göre daha yüksektir [80].

Reçete edilen dozdan az ya da fazla inhaler alımını, hatalı ilaç uygulamaları nedeni ile hastada oluşabilecek sorunları önlemek için, özellikle yeni inhaler kullanımına başlayan hastalarda eğitim önemlidir [81,82].

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında tedavi yönetimi hastalığın seyrini yavaşlatmak, alevlenmeleri azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmeyi içerir. Buna paralel olarak da tedaviye uyumun artması sağlık hizmeti kullanımının azalmasıyla, hayatta kalımın anlamlı şekilde artmasıyla ve sağlık sonuçlarının iyileşmesiyle ilişkilidir [83-85].

Yapılan araştırmalarda KOAH'ta tedaviye uyumsuzluk yüksek oranlarda olduğu tespit edilmiştir. İlaç uyumsuzluğunu etkileyen faktörler ilacın tipi, reçete edilen doz şeması, hastanın karakteristik özellikleri uyumun kaydedilmesi için yapılan ölçümlerin doğrudan mı(gözlem ve laboratuvar sonuçları) dolaylı (elektronik kayıtlar, hasta beyanı) olarak mı yapıldığıdır [86,87].

Tedaviye uyumsuzluk kasıtlı ve kasıtsız olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kasıtlı uyumsuzluk hastanın hastalığın seyrini ve tedavinin amaçlarını yanlış anlaşılmasından dolayı hastalığın belirtileri görülmediği dönemlerde ilaca devam etmemek ya da kullanımını kısıtlamaktır [88,89]. Kasıtsız uyumsuzluk ise; hastanın kontrolü dışındaki sebepler yüzünden bilişsel bozukluklar, iletişimsel ve fiziksel engellerden dolayı olur. Bunun yanında karmaşık ilaç rejimleri, çoklu cihaz kullanımı, reçete edilen ilaçlar hakkında kafa karışıklığı, depresyon, hastanın hastalığı ile ilgili farkındalık ve anlayışı ilaç uyumsuzluğuna sebep olan faktörlerdir [90-93].

2.8. Hastalık Algısı

Hastalık algısı, bireylerin bir hastalık ya da gösterdiği belirtilerle ilgili inanç ve beklentilerin bilişsel yansımasıdır. Bireyler herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında, genellikle kendi durumları hakkında çeşitli inanışlar geliştirirler. Bu inanışlar kişilerin

tıbbi bilgilerine ya da aynı belirtileri gösteren veya aynı tanıyı almış aile bireylerinin kişisel deneyimlerine dayanır. Hastalık hakkında hastaların algılarının ve fikirlerinin değişimi, tedaviye yanıtta da değişmeye yol açan dinamik bir süreçtir. Bu hastalık algısı veya bilişsel ifadeler bireyin hastalığa verdiği duygusal yanıtı ve tedaviye uyumu gibi davranışları doğrudan etkiler [94,95].

Hastanın, hastalık algısı, hastalığı hakkındaki değerlendirmeleri ve olaylar karşısındaki tepkileri, hastanın hastalıkla baş etme biçimini ve yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir [96].

Hastalar hastalığın belirtileri ortaya çıktığında kendilerine göre algı ve düşünce oluştururlar ve genelde toplumda sık görülen hastalık belirtileri hakkında bir fikre sahiptirler. Ancak sık karşılaşılmayan bilmedikleri bir hastalık tanısı konduğunda yanlış yorumlar yapabilirler ve bu olumsuz algılar daha yavaş iyileşme, çalışma hayatına dönüşün gecikmesine sebep olmaktadır [97,98].

2.8.1. Hastalık Algısının Bileşenleri

Hastaların hastalık algısını şu beş bileşen oluşturmaktadır. Bunlar hastalığın kimliği, nedenleri, süresi, tedavi ve kontrol edilebilirliği ve sonuçlarıdır.

Hastalığın kimliği: Kimlik hastanın hastalığıyla ilgili görüşü ve hastalık belirtilerine karşı tutumlarıdır [99].

Hastalığın nedenleri: Hastalığa neyin sebep olduğuna inanılan etkenlerdir [99]. Bir hasta hastalığına neyin sebep olduğunu bilip ona göre davranırsa tedavisini mantıklı bir şekilde yönetebilmektedir. Mesela kalp krizi geçiren bir hasta hastalığının sigara ve yağlı yiyeceklerden dolayı olduğuna inanırsa bu davranışında değişiklik yapabilir [100].

Hastalığın süresi: Bireyin hastalığının gidişatını algılamasıdır [99]. Akut veya kronik hastalıklara sahip hastaların düşünceleri farklıdır. Akut hastalığı olan bir hasta kronik hastalığı olan bir hastaya göre ilaçlarını terk etme olasılığı daha yüksektir [100].

Hastalığın tedavi ya da kontrol edilebilirliği: Hastalığın tedavisindeki inanç ve tutumlar, kişisel kontroller tedavi edilmesine ve tedavinin yönetilmesine yön vermektedir [99]. Hastalığın tedavisi ve kontrol edilebilirliğindeki inanış hastanın

kişisel kontrole nasıl yatkın olduğu ve tedavi ile ne kadar iyi kontrol edilebileceğinden oluşur [100].

Hastalığın sonuçları: Hastalığın birey üzerindeki fiziksel, sosyal, duygusal, ekonomik olarak etkilerin sonuçlarını yansıtmaktadır [99].

2.9. KOAH ve Hastalık Algısı

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında bireyler kronik bir hastalığa sahip olmakla beraber bu hastalığın tedavisinde karşılaştıkları birçok kısıtlama ve fiziksel-psikosozyal sıkıntılar ortaya çıkmaktadır. Uyguladıkları diyet, ilaç kullanımı gibi pek çok kısıtlama bireyin anksiyete ve depresyon yaşamasına sebep olmaktadır. Bireyin geleceği hakkındaki belirsizliği, sosyal yaşamın kısıtlılığı, rol değişiklikleri, bağımsızlığını kaybetme düşüncesi, umutsuzluk gibi birçok psikosozyal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bireyin hastalığını nasıl algıladığı yaşanan bu sorunların artmasına veya azalmasına neden olur. Hemşirelerin buradaki görevi ise bireylerin hastalığını nasıl algıladığını tespit edip bireyleri tedaviye etkin katılmalarını sağlamaktır [101-103].

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı uzun süre tedavi ve bakım gerektiren bir hastalıktır. Bireylerin bu süreçte hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları hastalığın kontrol altına alınmamasındaki en önemli sorunlardan birisidir. Hemşireler hastaların hastalıkları hakkında en doğru bilgiyi öğrenmelerini sağlamakta ve hastalığın tanı aşamasından itibaren tedavinin yürütülmesinde rol almaktadır. Bunun yanı sıra hemşireler bireye bilgi sağlamakla beraber bireyin evde kullanacağı ilaçların uygulaması hakkında da beceriler kazandırmaktadırlar. Hemşireler bireylerin kendi hastalık yönetiminde ve hastalık algısında bu sebeplerden dolayı önemli bir role sahiptirler [104].

Ekenler'in KOAH'lı bireylerde hastalık algısının değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların hastalığını anlayamadıkları ve hastalığı üzerinde kişisel kontrollerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Hastaların büyük bir kısmının hastalığın uzun süreceğini, hastalığın geçici olmaktan çok kalıcı olduğunu ve yaşamının geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğine ilişkin görüşlere sahip oldukları ve birçok faktörden etkilenmiş olabileceği tespit edilmiştir [19].

2.10. KOAH ve Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, yaşam kalitesini, bireyin yaşamdaki konumlarını, içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında, hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri bağlamında algılaması olarak tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi kişinin çevresel etmenlerinden, psikolojik durumundan, inanç ve tutumlarından ve fiziksel sağlığından etkilenmektedir [105].

Yaşam kalitesi kişiden kişiye göre değişkenlik gösterir [106,107]. Kişinin hayattaki memnuniyet derecesini gösterir ve bireyin sağlıklı olması önemli bir etkidir. Yaşam kalitesinin ölçülmesi literatür açısından önemli bir bakış açısı getirebilir [108,109].

Bireylerin ekonomik ve sosyal olarak iyi bir yaşam sürdürmeleri için sağlıklı olmaları önemlidir. Kişiler bir ya da birden fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirirse yaşam süresinin uzayacağı kanıtlanmıştır [110,111]. KOAH semptomları balgam, öksürük, dispne bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Bu semptomlar arasından özellikle dispne, bireyin zaman içerisinde günlük işlerinde aksamalara neden olmakta, birey ise bu duruma zaman içerisinde uyum sağlamaktadır. Ancak bu uyum bireyin farkında olmadan kendini günlük işlerden ve sosyal aktivitelerden kısıtlaması ile gerçekleşmektedir [112].

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı; hastalarda hava akımının kısıtlılığına, egzersiz kapasitesinde azalmaya, kas atrofisine ve nefes darlığına sebep olmaktadır. Kas atrofisi hastanın nefes darlığının artmasına sebep olarak sosyal izolasyon, depresyon, diğer hastalıklarda kötüleşme, sık alevlenmeler, sık hastaneye yatışlar ile sonuçlanan süreci tetiklemektedir. Bu durum ise bireyin geleceğe dair endişelerinin artmasına, ümitsizlik ve kaygıya, hastanın hastalıkla başa çıkma gücünde azalmaya, yaşam kalitesinde bozulmaya ve mortalite hızında artmaya sebep olmaktadır [113].

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan olgularda FEV₁ değeri 1 litrenin altına indiği zaman hastanın günlük yaşamını, aktivitelerini ve iyilik halinin belirgin olarak bozulduğu gibi kendine bakım, mobilite, hobilerinden zevk alma, uyku ve istirahat gibi durumlar ciddi bir şekilde etkilenmektedir [114]. Literatürde de dispnenin, depresyonun, anksiyetenin ve düşük egzersiz kapasitesinin yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi olduğu belirtilmiştir [114].

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalıklarının ciddiyetinden çok yaşam kalitelerinin daha önemli olduğu belirtilmektedir [115]. Bu nedenle KOAH tedavisindeki en önemli hedeflerden birisi bireyin yaşam kalitesini artırmak olmalıdır [116].

Tüm sağlık profesyonellerinin hastayı yaşadığı hastalık belirtileri, tedavi uyumu, sağlık durumu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri çerçevesinde değerlendirip bakıma ve tedaviye yansıtma kapsamında büyük rolleri vardır [117-118]. Hemşirelerin bütüncül bakım yaklaşımıyla hastaların sağlık durumunu, yaşadığı semptomları ve yaşam kalitesini değerlendirerek birey özgü eğitim, danışmanlık ve rehabilitasyon planlamalarını yaparak hastalıklarını yönetmede etkin rol alması gerekmektedir.

2.12. KOAH'lı Bireylerde Hemşirelik Bakımı

Günümüzde KOAH prevalansındaki artış, hemşirelik yaklaşımlarının çok yönlü olmasını sağlamıştır. Hemşirelik bakımı içerisinde hasta eğitimi, hastalık öz yönetimi, sigarayı bırakma, pulmoner rehabilitasyon programları KOAH hastalarını kendi hastalık yönetimleri konusunda daha etkin kılmış, uzun süreçte sağlıkta olumlu gelişmeler sağlamıştır. Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi KOAH'ta da hemşirelik bakımı önemli bir yere sahiptir [119].

KOAH'ta hemşirelik bakımının temel amacı hastanın hastalığıyla baş edebilme gücünün, öz bakım becerilerinin, bağımsızlığının ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır [120]. Hemşireler KOAH'lı hastalara özgü bakım planları uygulamalı ve hastaların bakımında sadece semptomla yönelmemeli hastası ile bütüncül ilgilenmelidir [121]. Hemşirelik bakımı, sigarayı bırakma programı, ilaç kullanımı, tedavide kullanılan tıbbi cihazların kullanımı, pulmoner rehabilitasyon, günlük yaşama uyum gibi kişiye özel bir eğitim programını kapsamaktadır.

Yapılan araştırmalarda, sağlık profesyonelleri tarafından hasta ve ailesine yapılan eğitimler ile hastaların bilgi düzeylerinin ve kendi kendine yönetim becerilerinin arttığı, tıbbi yardım arayışlarının ise azaldığı saptanmıştır [122]. Wood- Baker ve arkadaşlarının kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda öz yönetimi geliştirmek için hemşirelik bakımının etkinliğini inceledikleri bir çalışmada KOAH'ın yönetiminde, hastaneye yapılan yatışlarının azaltılmasında, yaşam kalitesinin

artırılmasında hemşirelik bakımının etkili olduğu gösterilmiştir [123]. Nitekim Bal Özkaptan'ın yaptığı bir çalışmada KOAH'lı bireylere ev ziyareti yoluyla verilen hemşirelik bakımının öz-etkililik düzeyinin artmasına anlamlı derecede katkıda bulunduğu belirlenmiştir [124].

Hemşirelerin eğitici ve uygulayıcı rolünde, hastanın ilacı uygulama ve öğrenme potansiyelini tanımlama, cihazın etkin kullanılmasını sağlama, ilacın hazırlanması ve uygulanmasında bireyin güvenliğini sağlama gibi konular yer almaktadır. Eğitim verecek hemşirenin, eğitim verebilecek düzeyde bilgi ve beceriye sahip olması, etkin iletişim ve empati yeteneğinin olması, stresle başa çıkma özelliğine sahip olması ve çok iyi bir gözlem yeteneğine sahip olması, teşvik edici ve destekleyişi bir yapıya sahip olması gerekmektedir [125-126].

Hemşire bireyin hastalıktan nasıl etkilendiği, hastalığı nasıl algıladığı, hastalıkla nasıl baş edebileceğini değerlendirip soruna yönelik çözüm üretmelidir [127,128]. Hastalarda sık görülen semptomların yönetiminde hemşire bireyi bütüncül olarak değerlendirip soruna yönelik bakım ve eğitim planlayıp uygulamalıdır. Hastayla ilk karşılaşılan andan itibaren hastaların bağımlılık seviyesinin belirlenmesi bağımsız olarak yapabileceği aktiviteleri sürdürmesi konusunda desteklenmeli, yarı bağımlı düzeydeki hastalarda ise minimal yardımla hasta cesaretlendirilmelidir [129].

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, KOAH tanısı alan bireylerin tedaviye uyum, hastalık algısı ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Yozgat Sorgun Devlet Hastanesi göğüs hastalıkları polikliniğinde yürütülmüştür. Sorgun Devlet Hastanesi 150 yatak kapasitesine sahip olup, hastanede bir tane göğüs hastalıkları polikliniği bulunmaktadır. Göğüs hastalıkları polikliniğinde 1 doktor, 1 sekreter görev yapmaktadır. Poliklinikte hemşire bulunmamaktadır. Poliklinik hafta içi 08:00-17:00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Polikliniğe muayene için yılda ortalama 400-500 KOAH hastası gelmektedir. Hastalara muayene sırasında hekimler tarafından KOAH tedavisi hakkında eğitim verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sorgun Devlet Hastanesi göğüs hastalıkları polikliniğine Mart 2015- Mart 2016 tarihleri arasında başvuran 409 KOAH hastası oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi güç analizi yapılarak belirlenmiştir. Çalışmanın yapıldığı Mart 2015- Mart 2016 tarihleri arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 165 kişiye ulaşılmış ve ulaşılan 165 kişiden elde edilen bulgulara göre yapılan analiz sonucunda, Gpower programı kullanılarak %99 güç, %5 hata payı ve ortalama değerlerden elde edilen 0.160 korelasyon kat sayısı ile 165 kişinin yeterli olduğu belirlenmiştir.

3.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

En az 6 ay önce KOAH tanısı almış olan,

18 yaş ve üzerinde olan,

Soruları anlayabilecek bilişsel yeterlilikte olan,

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar örnekleme dahil edilmiştir.

3.3.2. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

İletişim sorunu olan,

Akut atak döneminde olan,

Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan,

Ciddi pulmoner veya kardiyolojik hastalığı olan hastalar örnekleme dahil edilmemiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Hasta Tanıtım Formu (EK-I), Hastalık Algısı Ölçeği (EK II), Saint George Solunum Anketi (SGRQ)(EK III) ile toplanmıştır.

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek-I)

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek [19,124,130-134].oluşturulan hasta tanıtım formunda; bireylerin sosyo-demografik özellikleri, hastalığa ilişkin özellikleri, ilaç tedavisi ve ilaç tedavisine uyumuna yönelik toplam 24 soru yer almaktadır.

3.4.2. Hastalık Algısı Ölçeği (Ek-II)

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ): 1996 yılında Weinmann tarafından geliştirilmiş [24] ve 2002 yılında Moss-Morris ve arkadaşları [135] tarafından gözden geçirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması, 2007 yılında Kocaman ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir [17].

HAÖ üç boyuttan oluşmaktadır:

- Hastalık tipi,
- Hastalık hakkındaki görüşler,
- Hastalık nedenleri boyutları.

Hastalık tipi boyutu: Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, “hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı”, daha sonra “bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği” sorulur. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilecek biçimde

düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturur.

Hastalık hakkındaki görüşler boyutu: Otuz sekiz maddeden oluşmuş ve beşli Likert tipi (kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) bir ölçektir. Bu boyut, yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanır. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin 32 etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır. Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır.

Hastalık nedenleri boyutu: Hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Beşli Likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (ör., stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (ör., kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (ör. Mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), kaza veya şansır (ör., kaza, yaralanma, kötü talih vb.). Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir.

Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında hastalık tipi alt boyutunda Cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunda Cronbach alfa katsayılarının 0.69-0.77 arasında, hastalık nedenleri alt boyutunda ise Cronbach alfa katsayılarının 0.25-0.72 arasında değiştiği saptanmıştır [17]. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.61 olarak hesaplanmıştır.

3.4.3. Saint George Solunum Anketi (SGRQ) (Ek-III)

St. George Solunum Anketi KOAH ve astımda kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerinden biridir. P.W Jones ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Polatlı ve ark (2013) tarafından yapılmıştır [136].

Anket semptom, aktivite ve etki olmak üzere üç kısımdan ve toplam 50 maddeden oluşmaktadır. Semptom kısmı (8 madde), semptomların sıklık ve ciddiyetini; aktivite kısmı (16 madde), nefes darlığına neden olan aktiviteleri; etki kısmı (26 madde) ise hastalık kaynaklı sosyal fonksiyon yetersizliklerini ve psikolojik rahatsızlıkları içermektedir. Ankete verilen cevaplar 5'li likert ve evet/hayır bölümlerinden oluşmaktadır.

Anketin puanlaması; her soru için belirtilen ağırlıklı puanları kullanılarak yapılmaktadır. Semptom kısmı, 1-8 arasındaki soruları içerir ve bu soruların ağırlıklı puanları toplanır. Aktivite kısmı, Bölüm 2'deki 2. ve 6. kısımlara olan olumlu yanıtların ağırlıklı puanları toplanarak hesaplanır. Etki kısmı, bölüm 2'deki 1,3,4,5, ve 7. Kısımların olumlu yanıtları toplanarak hesaplanır. Böylece her bir alt boyut için ayrı ayrı ve ankte için toplam yaşam kalitesi puanı elde edilir. Puanların elde edilmesi için aşağıdaki formüller kullanılır.

Alt Boyut Puanı=100xalt boyuta ait pozitif cevap verilmiş maddelerin toplamı/alt boyutun toplam ağırlıklı puanı

Toplam anket puanı=100x tüm ölçekteki tüm pozitif maddelerin toplamı/toplam ağırlıklı puanı

Anketin puanlaması bilgisayar ortamında oluşturulan otomatik puanlama klavuzu kullanılarak yapılabilmektedir. Bilgisayara indirilen Excel hesaplama tablosundaki sayfalara ilgili veri girişleri sağlanarak ölçeğin alt boyutları ve toplam puan hesaplanması yapılabilmektedir. Bu çalışmanın anket puanı hesaplanması, Excel uygulaması kullanılarak yapılmıştır. SGRQ puanlaması skor hesaplama algoritması kullanılarak hesaplanmaktadır. Her bir yanıtın belirlenmiş olan ağırlıklı puanı toplanarak skora yapılmaktadır. SGRQ skorları 0 (maksimum iyilik) ile 100 (en düşük sağlık seviyesi) aralığındadır. Skorun yüksek olması değerlendirilen alanlarda yaşam kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur [136]. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.78 olarak hesaplanmıştır.

3.5. Ön Uygulama

Hazırlanan anket formunun işlerliğini tespit etmek amacıyla KOAH tanısı alan 10 bireye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ön uygulamadan sonra anket formunda gerekli düzenlemeler yapılarak forma son şekli verilmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri; araştırmanın yapılabilmesi için Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Etik Kurulundan etik kurul onayı (EK VI) ve Yozgat Sorgun Devlet Hastanesinden (EK VII) gerekli izinler alındıktan sonra, araştırmacı tarafından araştırmaya alınma kriterlerine uyan hastalarla 30-35 dk yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler International Business Machines (IBM), Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Statistics 24.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı istatistikler olarak sayısı (n), yüzde (%), ortalama \pm standart sapma, ortanca, minimum-maksimum değerleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk analizi ile test edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılmasında ki-kare, Mann-Withney U, Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testi sonucunda farkı oluşturan grubu belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi ile post-hoc analiz yapılmıştır. Bonferroni düzeltmesi için 0.005 anlamlılık düzeyi karşılaştırma sayısına bölünerek yeni anlamlılık düzeyi belirlenmiştir. Üçlü gruplar için $p < 0.0167$, beşli gruplar için $p < 0.001$ yeni anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi kullanılarak incelenmiştir. Araştırmanın gücü Gpower programı kullanılarak hesaplanmıştır. Araştırmada anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7.1. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik özellikleri ile hastalık özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

Bağımlı Değişkenler: Hastaların ilaç tedavisine uyum durumları ile hastalık algısı ölçeği ve Saint George Solunum Anketi puanları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

3.8. Etik Açıklamalar

Çalışmanın yapılabilmesi için Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Etik Kurulundan etik kurul onayı (EK VI) ve Yozgat Sorgun Devlet Hastanesi'nden yazılı izin (EK VII) alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amacı açıklanarak sözlü onayları ve Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK V) ile yazılı onamları alınmıştır.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Tablo 4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N:165)

Özellikler	<i>n</i>	%
Cinsiyet		
Kadın	96	58.2
Erkek	69	41.8
Yaş Grupları		
44 yaş ve altı	42	25.5
45-64 yaş	68	41.2
65 yaş ve üzeri	55	33.3
Yaş (Ort.±SS)	56.41 ± 14.61	
Beden Kitle İndeksi (BKI)		
Normal (20-25)	35	21.2
Kilolu (25.01-30)	53	32.1
1.Derece obez (30.01-35)	53	32.1
2.Derecede obez (35.01 ve üstü)	24	14.5
BKI (Ort.±SS)	29.60 ± 5.51	
Öğrenim Durumu		
Okuryazar değil	34	20.6
Okuryazar	34	20.6
İlköğretim	65	39.4
Lise ve üstü	32	19.4
Meslek		
Ev hanımı	75	45.5
İşçi	10	6.1
Memur	12	7.3
Emekli	39	23.6
Serbest meslek	29	17.6
Medeni Durum		
Evli	128	77.6
Bekar	37	22.4
Birlikte yaşadığı kişi		
Yalnız	19	11.5
Eşi ile	76	46.1
Eş ve çocuklarla	48	29.1
Diğer *	22	13.3
Gelir durumu		
Çok iyi /iyi	93	56.4
Orta	63	38.2
Kötü /çok kötü	9	5.4
Evin ısınma şekli		
Soba	34	20.6
Kalorifer	131	79.4

*Kardeş, çocuklar

Tablo 4.1’de araştırma kapsamına alınan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Bireylerin %58.2’si kadın, %41.2’si 45-64 yaş grubunda ve yaş ortalamasının 56.41 ± 14.61 , BKİ ortalamasının 29.60 ± 5.51 olduğu ve çoğunluğunun obez olduğu saptanmıştır. Bireylerin %77.6’sı evli, %39.4’ü ilköğretim mezunu, %45.5 ‘i ev hanımı, %46.1’i eşiyile birlikte yaşamaktadır. Hastaların %56.4’ünün kendi ifadelerine göre gelir durumunun çok iyi/iyi olduğu, %79.4’ünün evinin ısınma şeklinin kalorifer olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.2. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı (N:165)

Özellikler	<i>n</i>	%
KOAH hastalığının süresi		
5 yıl ve altı	91	55.2
6-10 yıl	47	28.5
11 yıl ve üstü	27	16.4
Ailede başka KOAH hastası olma durumu		
Var	82	49.7
Yok	83	50.3
KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumu		
Evet	116	70.3
Hayır	49	29.7
Hastaneye yatış sayısı		
5 ve altı	116	70.3
6-10 arası	37	22.4
11 ve üzeri	12	7.3
KOAH dışında kronik hastalık bulunma durumu		
Var	86	52.1
Yok	79	47.9
Kronik Hastalıklar¹		
Hipertansiyon	69	41.8
Diyabet	53	32.1
Kalp hastalığı	24	14.5
Akciğer hastalığı *	21	12.7
Kanser	12	7.3

¹ Birden fazla cevap verilmiştir.

*Pnömoni, astım, bronşit

Tablo 4.2. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı (N:165) (devamı)

Özellikler	n	%
Sigara içme durumu		
Hiç içmeyen	81	49.1
Kullanıp bırakan	60	36.4
Devam eden	24	14.5
Bulunduğu ortamda sigara içilme durumu		
İçiliyor	76	46.1
İçilmiyor	89	53.9
Alkol kullanma durumu		
Kullanmayan	155	93.9
Kullanıp bırakan	10	6.1
İlaçları düzenli kullanma durumu		
Kullanan	129	78.2
Kullanmayan	51	30.9
İlaç kullanma süresi		
1-5 yıl	86	52.1
6-10 yıl	69	41.8
11 yıl ve üzeri	10	6.1
Kullanılan ilaçlar¹		
Bronkodilatör	129	78.2
Kortikosteroit	51	30.9
Antibiyotik	56	33.9
Mukolitik	89	53.9
İlaçların yan etki yapma durumu		
Yan etki oldu	78	47.3
Yan etki olmadı	87	52.7
Gelişen yan etki¹		
Çarpıntı	43	26.1
Kas krampı	8	4.8
Ellerde titreme	22	13.3
Baş ağrısı	52	31.5
Terleme	36	21.8

¹ Birden fazla cevap verilmiştir.

*Pnömoni, astım, bronşit

Tablo 4.2’de bireylerin hastalık özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Bireylerin %55.2’ sinin 1-5 yıldır KOAH hastası olduğu, %49.7’sinin ailesinde başka KOAH hastası olduğu, %70.3’ ünün KOAH nedeniyle daha önce hastaneye yatığı ve hastaneye yatma sayısının 1-5 arasında değiştiği saptanmıştır. Bireylerin %52.1’ inin KOAH dışında başka bir kronik hastalığının olduğu, %41.8’inde KOAH dışında hipertansiyon tanısının bulunduğu, % 49.1’inin daha önce hiç sigara içmediği, % 53.9’unun bulunduğu ortamda sigara içilmediği, %93.9’unun hiç alkol kullanmadığı, %78.2’sinin ilaçlarını düzenli kullandığı, %47.3’ünün kullandığı ilaçlar nedeniyle yan etki yaşadığı ve en çok yaşanan yan etkinin çarpıntı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutları	$\bar{X} \pm SS$	Min.	Max.
Hastalık Tipi (Kimlik) (0-14*)	7.04 ±3.09	0.00	14.00
Hastalık Hakkındaki Görüşler			
Süre (Akut/Kronik) (6-30*)	18.10± 3.46	9.00	28.00
Sonuçlar (6-30*)	17.90±3.53	9.00	28.00
Kişisel Kontrol (12-30*)	18.40 ±3.64	9.00	28.00
Tedavi Kontrol (9-25*)	15.22±3.47	7.00	25.00
Hastalığı Anlayabilme (5-25*)	15.49±3.62	5.00	25.00
Süre (Döngüsel) (4-20*)	12.16±3.12	5.00	20.00
Duygusal Temsiller (6-30*)	18.06±4.44	7.00	29.00
Hastalık Nedenleri			
Psikolojik Atıflar (6-30*)	18.36±3.26	6.00	26.00
Risk Etkenleri (7-35*)	21.29±3.94	7.00	33.00
Bağıışıklık (3-15*)	9.06 ±2.33	4.00	15.00
Kaza veya şans (2-10*)	5.50 ±2.09	2.00	10.00

**Boyutlardan alınabilecek en düşük ve en yüksek değerleri göstermektedir.*

Tablo 4.3.'de bireylerin hastalık algısı ölçeği alt boyut puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Hastaların hastalık algısı ölçeğinin hastalık tipi alt boyutu puan ortalaması 7.04 ± 3.09 , hastalık hakkındaki görüşler boyutundaki alt boyut puan ortalamaları; süre (akut/kronik) 18.10 ± 3.46 , sonuçlar 17.90 ± 3.53 , kişisel kontrol 18.40 ± 3.64 , tedavi kontrolü 15.22 ± 3.47 , hastalığı anlayabilme 15.49 ± 3.62 , süre (döngüsel) 12.16 ± 3.12 , duygusal temsiller 18.06 ± 4.44 , hastalık nedenleri boyutundaki alt boyut puan ortalamaları ise psikolojik atıflar 18.36 ± 3.26 , risk etkenleri 21.29 ± 3.94 , bağışıklık 9.06 ± 2.33 , kaza ve şans 5.50 ± 2.09 olarak tespit edilmiştir

Tablo 4.4. Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Göre Yaşadıkları Hastalık Belirtilerinin Dağılımı

Belirtiler	Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım				Bu belirti hastalığımla ilgili			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ağrı	118	71.5	47	28.5	111	67.3	54	32.7
Boğazda yanma	96	58.2	69	41.8	89	53.9	76	46.1
Bulantı	88	53.3	77	46.7	85	51.5	80	48.5
Soluk almada güçlük	107	64.8	58	35.2	94	57.0	71	43.0
Kilo kaybı	71	43.0	94	57.0	71	43.0	94	57.0
Yorgunluk	93	56.4	72	43.6	89	53.9	76	46.1
Eklem sertliği	86	52.1	79	47.9	77	46.7	88	53.3
Gözlerde yanma	80	48.5	85	51.5	76	46.1	89	53.9
Hırıltılı soluma	94	57.0	71	43.0	94	57.0	71	43.0
Baş ağrıları	73	44.2	92	55.8	68	41.2	97	58.8
Mide yakınmaları	89	53.9	76	46.1	86	52.1	79	47.9
Uyku güçlükleri	102	61.8	63	38.2	95	57.6	70	42.4
Sersemlik hissi	68	41.2	97	58.8	60	36.4	105	63.6
Güç kaybı	70	42.4	95	57.6	67	40.6	98	59.4

Tablo 4.4'de bireylerin hastalık algısı ölçeğine göre yaşadıkları hastalık belirtilerinin dağılımı yer almaktadır. Bireylerin hastalığın başlangıcından bu yana en çok yaşadıkları belirtilerin ağrı (%71.5), soluk almada güçlük (%64.8), boğazda yanma (%58.2), uyku güçlükleri (%61.8) ve hırıltılı soluma (%57.0) olduğu saptanmıştır. Bireyler yaşadıkları belirtilerden en çok ağrı (%67.3), uyku güçlükleri (%57.6), soluk almada güçlük (%57.0), hırıltılı soluma (%57.0) ve boğazda yanma (%53.9) belirtilerini hastalıklarıyla ilişki olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 4.5. Bireylerin St George Solunum Anketi Alt Boyut ve Toplam Puan ve Puan Ortalamalarının Dağılımı

St George Solunum Anketi Alt Boyutları ve Toplam puanı/Puan ort.	$\bar{x} \pm SS$	Min.	Max.
Semptom	60.63±13.98	8.65	90.64
His	41.82 ±15.89	0.00	73.06
Aktivite	42.81±18.08	0.00	82.05
Toplam Puan	45.31±13.13	3.53	71.76

Bireylerin St George solunum anketi alt boyut ve toplam puan ortalamalarının dağılımı tablo 4.5.'de görülmektedir. Bireylerin St George solunum anketi semptom, his, aktivite alt boyutu ve toplam puan ortalamaları sırasıyla 60.63±13.98, 41.82 ±15.89, 42.81±18.08, 45.31±13.13 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n:165)

Özellikler n	Hastalık Tipi	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu							Hastalık Nedenleri Boyutu			
		Süre Akut/Kronik	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrol	Hastalığı Anlayabilme	Süre Döngüsel	Duyusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Etkenleri	Bağırsıklık	Kaza veya şans
		Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max
Cinsiyet												
Kadın n = 96	8.0 (0.0-14.0)	18.0 (9.0-26.0)	18.0 (10.0-28.0)	19.0 (9.0-28.0)	15.0 (8.0-24.0)	16.0 (8.0-24.0)	12.0 (5.0-18.0)	19.0 (7.0-29.0)	18.0 (6.0-25.0)	21.0 (7.0-33.0)	9.0 (4.0-13.0)	6.0 (2.0-9.0)
Erkek n = 69	7.00 (0.00-13.00)	18.0 (11.0-28.0)	18.0 (9.0-25.00)	18.0 (9.00-28.00)	15.0 (7.00-25.0)	16.0 (5.0-25.0)	12.0 (6.0-20.0)	18.0 (8.0-28.0)	19.0 (11.0-26.0)	22.0 (13.0-30.0)	10.0 (5.0-15.0)	6.0 (2.0-10.0)
Test*	2782.500	3266.000	3037.000	3240.000	3004.500	3242.000	2946.500	3024.500	2949.500	3189.500	3062.000	3074.500
p	0.076	0.879	0.361	0.811	0.307	0.816	0.224	0.340	0.229	0.684	0.405	0.426
Yaş												
44 yaş ve altı n=42	8.0 (1.0-10.0)	18.0 (11.0-28.0)	18.0 (10.0-26.0)	19.0 (9.0-26.0)	15.0 (8.0-22.0)	16.0 (8.0-25.0)	12.0 (5.0-18.0)	18.0 (8.0-26.0)	17.5 (11.0-24.0)	21.0 (13.0-27.0)	10.0 (5.0-13.0)	6.0 (2.0-9.0)
45-64 yaş n=68	8.0 (0.0-13.0)	18.0 (11.0-27.0)	18.0 (9.0-28.0)	18.0 (9.0-28.0)	15.0 (7.0-24.0)	16.0 (6.0-23.0)	12.0 (5.0-19.0)	19.0 (7.0-29.0)	19.0 (6.0-25.0)	22.0 (7.0-33.0)	10.0 (4.0-15.0)	6.0(2.0-9.0)
65 yaş ve üzeri n =55	8.0 (1.0-14.0)	17.0 (9.0-24.0)	17.0 (10.0-27.0)	18.0 (11.0-26.0)	15.0 (7.0-25.0)	15.0 (5.0-24.0)	12.0 (6.0-20.0)	18.0 (9.0-27.0)	19.0 (11.0-26.0)	21.0 (13.0-30.0)	9.0 (5.0-13.0)	5.0 (2.0-10.0)
Test**	0.937	5.158	1.527	0.128	0.185	0.622	0.892	2.630	3.365	1.037	3.845	1.228
p	0.626	0.076	0.466	0.938	0.912	0.733	0.640	0.268	0.186	0.596	0.146	0.541

* Mann-Whitney U testi **Kruskal Wallis Testi ¹Farklılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

***Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: $p < 0.0167$

Tablo 4.6. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n:165) (devam)

Özellikler n	Hastalık Tipi	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu							Hastalık Nedenleri Boyutu			
		Süre Akut/Kronik	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrol	Hastalığı Anlayabilme	Süre Döngüsel	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atflar	Risk Etkenleri	Bağışıklık	Kaza veya şans
		Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max
Medeni Durum												
Evli n = 128	8.0 (0.0-13.0)	18.0 (9.0-28.0)	18.0 (9.0-28.0)	18.0 (9.0-28.0)	15.0 (7.0-24.0)	16.0 (6.0-25.0)	12.0 (5.0-20.0)	18.0 (7.0-29.0)	18.0 (6.0-25.0)	21.5 (7.0-33.0)	9.0 (4.0-15.0)	6.0 (2.0-10.0)
Bekar n = 37	8.0 (0.0-14.0)	18.0 (11.0-25.0)	18.0 (10.0-25.0)	18.0 (12.0-26.0)	15.0 (7.0-25.0)	16.0 (5.0-22.0)	12.0 (6.0-20.0)	18.0 (12.0-26.0)	19.0 (11.0-26.0)	21.0 (13.0-30.0)	10.0 (5.0-12.0)	5.0 (2.0-9.0)
Test* p	2277.500 0.720	2303.500 0.800	2267.500 0.693	2295.500 0.776	2305.500 0.806	2318.000 0.844	2204.000 0.519	2272.000 0.707	1925.000 0.082	2051.000 0.214	2096.000 0.284	2111.500 0.310
Gelir Durumu												
İyi /Çok iyi n = 93	8.0 (0.0-14.0)	18.0 (9.0-28.0)	18.0 (9.0-27.0)	19.0 (9.0-26.0)	15.0 (7.0-25.0)	16.0 (5.0-23.0)	12.0 (5.0-20.0)	18.0 (7.0-29.0)	18.0 (6.0-26.0)	21.0 (7.0-33.0)	9.0 (4.0-15.0)	5.0 (2.0-9.0)
Orta n = 63	8.0 (0.0-14.0)	18.0 (9.0-25.0)	18.0 (10.0-28.0)	18.0 (9.0-28.0)	16.0 (7.0-24.0) ¹	16.0 (7.0-25.0)	13.0 (6.0-20.0)	18.0 (9.0-27.0)	19.0 (11.0-25.0)	21.0 (14.0-30.0)	9.0 (5.0-13.0)	6.0 (2.0-10.0)
Kötü /çokkötü n = 9	8.0 (1.0-11.0)	20.0 (15.0-22.0)	17.0 (14.0-21.0)	15.0 (14.0-21.0)	16.0 (13.0-23.0)	15.0 (12.0-23.0)	12.0 (8.0-19.0)	20.0 (13.0-25.0)	20.0 (17.0-25.0)	22.0 (20.0-30.0)	10.0 (8.0-13.0)	6.0 (4.0-8.0)
Test** p	3.216 0.200	0.910 0.635	0.976 0.614	7.698 0.021*	8.515 0.014*	0.995 0.608	3.214 0.200	1.638 0.441	2.195 0.334	1.444 0.486	3.453 0.178	5.362 0.068

* Mann-Whitney U testi

**Kruskal Wallis Testi

¹Farklılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

***Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: $p < 0.0167$

Tablo 4.6. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n:165) (devam)

Özellikler n	Hastalık Tipi	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu							Hastalık Nedenleri Boyutu			
		Süre Akut/Kronik	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrol	Hastalığı Anlayabilme	Süre Döngüsel	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Etkenleri	Bağıışıklık	Kaza veya şans
		Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max
Eğitim												
Okuryazar değil n = 34	8.0 (1.0-14.0)	18.0 (9.0-23.0)	17.0 (10.0-25.0)	19.0 (11.0-26.0)	15.0 (8.0-25.0)	15.0 (7.0-24.0)	12.0 (6.0-20.0)	18.5 (8.0-26.0)	19.0 (13.0-26.0)	22.0 (14.0-30.0)	9.0 (5.0-13.0)	5.5 (2.0-9.0)
Okuryazar n = 34	8.0 (1.0-13.0)	18.0 (13.0-24.0)	18.0 (11.0-28.0)	18.0 (13.0-25.0)	16.0 (8.0-19.0)	15.0 (8.0-23.0)	12.5 (6.0-18.0)	19.0 (10.0-27.0)	18.0 (6.0-24.0)	20.5 (7.0-30.0)	10.0 (4.0-13.0)	6.0 (2.0-9.0)
İlköğretim n = 65	8.0 (0.0-14.0)	18.0 (9.0-28.0)	18.0 (10.0-26.0)	18.0 (9.0-28.0)	16.0 (7.0-24.0)	16.0 (5.0-25.0)	12.0 (5.0-19.0)	18.0 (7.0-29.0)	18.0 (11.0-25.0)	21.0 (13.0-33.0)	8.0 (4.0-13.0)	6.0 (2.0-10.0)
Lise ve üstü n = 32	8.0 (1.0-13.0)	18.0 (14.0-26.0)	17.0 (9.0-23.0)	20.0 (9.0-26.0)	14.0 (7.0-22.0)	15.0 (11.0-22.0)	12.0 (5.0-18.0)	16.5 (8.0-28.0)	18.5 (11.0-25.0)	21.5 (13.0-29.0)	10.0 (5.0-15.0)	6.0 (2.0-9.0)
Test** p	0.839 0.840	0.810 0.847	2.854 0.415	3.753 0.289	5.187 0.159	2.454 0.484	0.627 0.890	6.326 0.097	1.863 0.601	1.193 0.755	2.241 0.524	0.128 0.988
Meslek Durumu												
Ev hanımı n = 75	8.0 (0.0-14.0)	18.0 (9.0-26.0)	18.0 (10.0-28.0)	19.0 (11.0-28.0)	15.0 (8.0-24.0)	16.0 (8.0-24.0)	12.0 (5.0-18.0)	19.0 (7.0-29.0)	18.0 (6.0-25.0)	21.0 (7.0-33.0)	9.0 (4.0-13.0)	6.0 (2.0-9.0)
İşçi n = 10	8.0 (1.0-10.0)	20.0 (11.0-24.0)	17.0 (11.0-20.0)	18.0 (16.0-22.0)	16.0 (14.0-20.0)	16.0 (8.0-23.0)	13.0 (9.0-19.0)	18.0 (13.0-23.0)	19.5 (15.0-25.0)	20.5 (15.0-30.0)	10.0 (5.0-13.0)	4.0 (2.0-8.0)
Memur n = 12	8.0 (1.0-10.0)	17.5 (15.0-23.0)	19.5 (12.0-23.0)	19.5 (9.0-23.0)	14.0 (7.0-17.0)	15.5 (11.0-20.0)	13.0 (10.0-15.0)	16.0 (9.0-22.0)	19.5 (11.0-22.0)	21.5 (13.0-27.0)	8.5 (5.0-12.0)	5.0 (2.0-8.0)
Emekli n = 39	7.0 (1.0-13.0)	17.0 (9.0-23.0)	18.0 (9.0-24.0)	19.0 (12.0-28.0)	15.0 (7.0-25.0)	16.0 (5.0-22.0)	12.0 (5.0-20.0)	16.0 (8.0-28.0)	19.0 (11.0-26.0)	22.0 (13.0-30.0)	9.0 (5.0-15.0)	6.0 (2.0-9.0)
Serbest n = 29	8.0 (0.0-10.0)	19.0 (11.0-28.0)	18.0 (10.0-25.0)	17.0 (9.0-26.0)	16.0 (8.0-22.0)	16.0 (6.0-25.0)	12.0 (7.0-20.0)	19.0 (13.0-26.0)	18.0 (11.0-25.0)	21.0 (15.0-30.0)	10.0 (5.0-13.0)	6.0 (2.0-10.0)
Test** p	0.128 0.720	0.064 0.800	0.156 0.693	0.081 0.776	0.060 0.806	0.039 0.844	0.416 0.519	0.142 0.707	3.027 0.082	1.547 0.214	1.148 0.284	1.033 0.310

* Mann-Whitney U testi

**Kruskal Wallis Testi

¹Farklılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

***Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: $p < 0.0167$

Tablo 4.6. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n:165) (devam)

Özellikler n	Hastalık Tipi	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu							Hastalık Nedenleri Boyutu			
		Süre Akut/Kronik	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrol	Hastalığı Anlayabilme	Süre Döngüsel	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atflar	Risk Etkenleri	Bağışıklık	Kaza veya Şans
		Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max
Birlikte yaşadığı kişiler												
Yalnız n=19	7.0 (1.0-10.0)	16.0 (11.0-22.0)	18.0 (10.0-25.0)	18.0 (12.0-24.0)	15.0 (7.0-25.0)	15.0 (5.0-21.0)	12.0 (6.0-20.0)	18.0 (12.0-25.0)	19.0 (11.0-26.0)	20.0 (13.0-30.0)	10.0 (5.0-12.0)	4.0 (2.0-9.0)
Eşi ile n=76	8.0 (0.0-13.0)	18.0 (9.0-28.0)	18.0 (9.0-28.0)	18.0 (9.0-28.0)	15.0 (7.0-24.0)	16.0 (7.0-23.0)	12.0 (6.0-20.0)	18.0 (8.0-29.0)	18.0 (6.0-25.0)	21.0 (7.0-33.0)	9.0 (4.0-13.0)	6.0 (2.0-10.0)
Eş ve çocuklar n=48	(1.0-10.0) 8.0	(11.0-27.0) 18.0	(10.0-26.0) 18.0	(9.0-28.0) 19.0	(7.0-21.0) 15.0	(6.0-25.0) 16.0	(5.0-18.0) 12.0	(7.0-27.0) 18.5	(11.0-25.0) 18.0	(14.0-30.0) 22.0	(5.0-15.0) 10.0	(2.0-9.0) 6.0
Diğer n=22	9.0 (0.0-14.0)	18.0 (9.0-25.0)	18.0 (12.0-25.0)	18.5 (14.0-26.0)	15.5 (9.0-23.0)	16.0 (12.0-24.0)	13.0 (6.0-18.0)	18.5 (13.0-26.0)	19.0 (13.0-23.0)	20.5 (14.0-29.0)	9.5 (5.0-12.0)	6.0 (2.0-9.0)
Test** p	4.569 0.206	5.016 0.171	0.569 0.903	0.951 0.813	2.584 0.460	1.601 0.659	0.711 0.871	0.395 0.941	0.916 0.822	4.479 0.214	1.115 0.774	4.158 0.245

* Mann-Whitney U testi

**Kruskal Wallis Testi

¹Farklılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

***Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: $p < 0.0167$

Tablo 4.6’da bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre hastalık algısı ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı yer almaktadır. Bireylerin gelir durumlarına göre hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar değerlendirildiğinde hastalık hakkındaki görüşler boyutunda gelir durumu çok iyi/iyi olanların kişisel kontrol alt boyut puan ortancasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, tedavi kontrolü alt boyutunda ise gelir durumu çok iyi/iyi olanların puan ortancasının diğer gruplara göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analizde tedavi kontrolü alt boyutu için farkın orta gelir seviyesine sahip gruptan kaynaklandığı ($p<0.0167$), kişisel kontrol alt boyutunda ise ileri analiz sonucunda ikili karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.0167$).

Bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, meslek ve birlikte yaşadığı kişiler ile hastalık algısı ölçeği alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n:165)

Özellikler n	Hastalık Tipi	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu							Hastalık Nedenleri Boyutu			
		Süre Akut/Kronik	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrol	Hastalığı Anlayabilme	Süre Döngüsel	Duygusal Tensitler	Psikolojik Atrflar	Risk Etkenleri	Bağıışıklık	Kaza veya sans
		Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max
KOAH süresi												
1-5 yıl n=91	8.0 (0.0-14.0)	18.0 (9.0-26.0)	18.0 (10.0-28.0)	19.0 (9.0-26.0)	15.0 (7.0-23.0) ¹	16.0 (5.0-23.0)	12.0 (5.0-18.0)	18.0 (7.0-29.0)	18.0 (6.0-25.0)	21.0 (7.0-33.0)	9.0 (4.0-15.0)	6.0 (2.0-9.0)
6-10 yıl n=47	8.0 (1.0-13.0)	18.0 (9.0-28.0)	18.0 (9.0-24.0)	18.0 (11.0-28.0)	16.0 (8.0-25.0)	16.0 (9.0-25.0)	12.0 (6.0-20.0)	17.0 (9.0-28.0)	18.0 (12.0-24.0)	22.0 (14.0-30.0)	9.0 (4.0-13.0)	6.0 (2.0-9.0)
11 yıl ve üstü n=27	8.0 (1.0-14.0)	18.0 (14.0-27.0)	17.0 (10.0-27.0)	19.0 (14.0-28.0)	14.0 (7.0-23.0)	15.0 (6.0-23.0)	12.0 (6.0-20.0)	18.0 (9.0-26.0)	19.0 (13.0-26.0)	21.0 (13.0-30.0)	10.0 (5.0-12.0)	6.0 (2.0-10.0)
Test** p	0.577 0.749	0.184 0.912	0.108 0.947	1.016 0.602	6.788 0.034*	2.190 0.334	2.150 0.341	2.255 0.324	1.120 0.571	1.183 0.554	0.428 0.808	0.159 0.923
Ailede Başka KOAH Hastası Olma Durumu												
Var n=82	8.0 (0.0-14.0)	18.0 (9.0-28.0)	18.0 (9.0-28.0)	19.0 (9.0-26.0)	15.0 (7.0-25.0)	16.0 (7.0-22.0)	12.0 (5.0-20.0)	19.0 (7.0-28.0)	18.5 (11.0-25.0)	21.5 (14.0-30.0)	9.0 (5.0-15.0)	6.0 (2.0-9.0)
Yok n=83	8.0 (0.0-14.0)	18.0 (9.0-27.0)	18.0 (10.0-27.0)	18.0 (9.0-28.0)	15.0 (7.0-24.0)	16.0 (5.0-25.0)	12.0 (6.0-20.0)	18.0 (9.0-29.0)	18.0 (6.0-26.0)	21.0 (7.0-33.0)	10.0 (4.0-13.0)	6.0 (2.0-10.0)
Test* p	2725.000 0.025	3202.000 0.510	3043.000 0.238	3236.000 0.585	3281.500 0.690	3203.000 0.512	3361.500 0.892	2800.500 0.049	3011.000 0.199	3163.500 0.433	3232.500 0.575	3139.500 0.384

* Man Withney U testi ** Kruskal Wallis Testi ¹ Farklılık bu gruptan kaynaklanmaktadır. * Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: $p < 0.0167$

Tablo 4.7. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n:165) (devam)

Özellikler	Hastalık Tipi	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu							Hastalık Nedenleri Boyutu				
		Süre Akut/Kronik	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrol	Hastalığı Anlayabilme	Süre Döngüsel	Duygusal Temsiller	Psikolojik Anflar	Risk Etkenleri	Bağıışıklık	Kaza veya sans	
		Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max
KOAH Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu													
Evet n=116	8.0 (0.0-14.0)	18.0 (9.0-28.0)	18.0 (10.0-28.0)	18.0 (9.0±28.0)	15.0 (7.0±24.0)	16.0 (5.0-25.0)	12.0 (5.0±20.0)	18.0 (7.0-29.0)	18.0 (6.0-26.0)	21.0 (7.0-33.0)	9.0 (4.0-15.0)	5.0 (2.0±10.0)	
Hayır n=49	8.0 (0.0-14.0)	19.0 (9.0-25.0)	17.0 (9.0-25.0)	19.0 (9.0-28.0)	15.0 (7.0-25.0)	16.0 (7.0-24.0)	12.0 (6.0-19.0)	18.0 (9.0-28.0)	19.0 (11.0-25.0)	22.0 (13.0-30.0)	9.0(5.0±13.0)	6.0 (2.0-9.0)	
Test* p	2811.000 0.911	2384.000 0.101	2676.000 0.552	2705.500 0.625	2820.000 0.937	2794.000 0.863	2659.500 0.512	2793.000 0.861	2269.000 0.040	2554.000 0.302	2760.000 0.768	2211.000 0.022	
Hastane yatış sayısı													
5 ve altı n=116	8.0 (0.0-14.0)	18.0 (9.0-28.0)	18.0 (9.0-26.0)	19.0 (9.0-28.0)	15.0 (7.0-24.0)	16.0 (5.0-25.0)	12.0 (5.0-20.0)	18.0 (7.0-29.0)	18.0 (11.0-25.0)	21.0 (13.0-33.0)	9.0 (4.0-15.0)	6.0 (2.0-9.0)	
6-10 arası n=37	7.0 (1.0-10.0)	19.0 (13.0-27.0)	18.0 (10.0-28.0)	18.0 (9.0-28.0)	16.0 (7.0-25.0)	15.0 (6.0-20.0)	13.0 (6.0-20.0)	18.0 (9.0-25.0)	18.0 (12.0-26.0)	21.0 (13.0-30.0)	10.0 (5.0-13.0)	6.0 (2.0-9.0)	
11 ve üzeri n=12	8.0 (5.0-14.0)	17.0 (12.0-24.0)	17.5 (11.0-27.0)	17.0 (14.0-25.0)	14.5 (8.0-23.0)	15.0 (8.0-23.0)	10.5 (6.0-14.0)	19.0 (13.0-23.0)	19.0 (6.0-25.0)	20.50 (7.0-29.0)	8.5 (4.0-11.0)	5.5 (2.0-10.0)	
Test** p	8.782 0.012	1.828 0.401	2.673 0.263	1.774 0.412	0.177 0.915	2.740 0.254	5.134 0.077	1.370 0.504	0.063 0.969	1.148 0.563	1.491 0.475	0.131 0.937	

* Man Withney U testi

** Kruskal Wallis Testi

¹ Farklılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

* Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: $p < 0.0167$

Tablo 4.7. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n:165) (devam)

Özellikler n	Hastalık Tipi	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu							Hastalık Nedenleri Boyutu			
		Süre Akut/Kronik	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrol	Hastalığı Anlayabilme	Süre Döngüsel	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Etkenleri	Bağıışıklık	Kaza veya sans
		Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max
KOAH dışında kronik hastalık bulunma durumu												
Var n=86	8.0 (0.0-14.0)	18.0 (9.0-25.0)	18.0 (9.0-25.0)	18.0 (11.0-28.0)	16.0 (7.0-25.0)	16.0 (5.0-25.0)	12.0 (5.0-20.0)	18.0 (7.0-28.0)	19.0 (6.0-26.0)	21.0 (7.0-30.0)	9.0 (4.0-13.0)	6.0 (2.0-9.0)
Yok n=79	8.0 (0.0-13.0)	18.0 (11.0-28.0)	18.0 (10.0-28.0)	19.0 (9.0-28.0)	14.0 (8.0-24.0)	16.0 (6.0-23.0)	12.0 (5.0-19.0)	18.0 (8.0-29.0)	18.0 (11.0-25.0)	21.0 (13.0-33.0)	9.0 (4.0-15.0)	6.0 (2.0-10.0)
Test* p	3298.000 0.744	3157.500 0.432	3235.500 0.597	3143.500 0.406	2897.000 0.101	3308.500 0.772	3357.000 0.895	3204.500 0.528	2876.000 0.088	3370.500 0.931	3275.000 0.688	3225.500 0.571
Bulunduğu ortamda sigara içilme durumu												
İçilen n=76	8.0 (0.0-13.0)	18.0 (9.0-28.0)	18.0 (10.0-26.0)	19.0 (9.0-28.0)	15.0 (7.0-24.0)	16.0 (6.0-24.0)	12.0 (5.0-20.0)	19.0 (7.0-29.0)	19.0 (11.0-26.0)	22.0 (14.0-33.0)	10.0 (5.0-13.0)	5.0 (2.0-10.0)
İçilmeyen n=89	8.0 (0.0-14.0)	18.0 (9.0-25.0)	8.0 (9.0-28.0) 1	18.0 (9.0-28.0)	15.0 (7.0-25.0)	16.0 (5.0-25.0)	12.0 (5.0-20.0)	18.0 (8.0-28.0)	18.0 (6.0-25.0)	21.0 (7.0-29.0)	8.0 (4.0-15.0)	6.0 (2.0-9.0)
Test * p	3053.000 0.276	3024.500 0.240	3281.000 0.740	2992.000 0.200	3315.000 0.826	3042.500 0.264	3331.500 0.868	2984.000 0.191	3039.000 0.260	2930.500 0.138	2936.000 0.142	3156.000 0.0454

* Man Withney U testi

** Kruskal Wallis Testi

¹ Farklılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

* Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: $p < 0.0167$

Tablo 4.7. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n:165) (devam)

Özellikler	Hastalık Tipi	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu							Hastalık Nedenleri Boyutu			
		Süre Akut/Kronik	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrol	Hastalığı Anlayabilme	Süre Döngüsel	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Etkenleri	Bağırsıklık	Kaza veya sans
		Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max
İlaçları düzenli kullanma durumu												
Evet n=129	8.0 (0.0-14.00)	18.0 (9.0-28.0)	18.0 (9.0-28.0)	18.5 (9.0-28.0)	15.0 (7.0-24.0)	16.0 (5.0-25.0)	12.0 (5.0-20.0)	18.0(7.0±28.0)	18.0 (6.0-25.0)	22.0 (7.0-30.0)	9.0 (4.0-15.0)	6.0 (2.0-10.0)
Hayır n=51	8.0 (2.0-13.0)	18.0 (9.0-24.0)	18.0 (10.0-27.0)	18.0 (11.0-28.0)	15.0 (7.0-25.0)	16.0 (7.0-24.0)	13.0 (6.0-20.0)	18.0 (9.0-29.0)	19.0 (11.0-26.0)	21.0 (13.0-33.0)	9.0 (5.0-13.0)	6.0 (2.0-9.0)
Test* p	2399.000 0.585	2266.500 0.296	2336.000 0.435	2494.000 0.856	2335.000 0.432	2357.000 0.483	2345.000 0.454	2337.000 0.438	2471.000 0.788	2292.000 0.344	2358.000 0.484	2371.000 0.513
İlaç kullanma süresi												
1-5 yıl n=86	8.0 (0.0-13.0)	18.0 (9.0-26.0)	18.0 (9.0-28.0)	18.5 (9.0-28.0)	15.0(7.0±24.0)	16.0 (5.0-24.0)	12.0 (5.0-18.0)	19.0 (7.0-28.0)	18.5 (6.0-25.0)	21.0 (7.0-30.0)	9.0 (4.0-13.0)	6.0 (2.0-9.0)
6-10 yıl n=69	8.0 (1.0-14.0)	18.0 (13.0-28.0)	18.0 (10.0-25.0)	19.0 (11.0-28.0)	15.0 (7.0-25.0)	16.0 (6.0-25.0)	12.0 (6.0-20.0)	18.0 (8.0±29.0)	18.0 (12.0-26.0)	22.0 (15.0-33.0)	9.0 (4.0-15.0)	6.0 (2.0-9.0)
11 yıl ve üstü n=10	8.0 (2.0-14.0)	17.5 (14.0-24.0)	17.0 (12.0-27.0)	17.0 (14.0-25.0)	16.0 (10.0-23.0)	15.0 (8.0-23.0)	11.50 (6.0-19.0)	18.0 (13.0-23.0)	20.0 (15.0-25.0)	20.0 (15.0-30.0)	10.0 (6.0-12.0)	4.50 (2.0-10.0)
Test** p	0.509 0.775	0.514 0.773	0.027 0.987	2.708 0.258	0.899 0.638	1.359 0.507	0.811 0.667	0.682 0.711	6.299 0.043	0.593 0.744	0.249 0.883	0.504 0.777

* Man Withney U testi

** Kruskal Wallis Testi

¹ Farklılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

* Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: $p < 0.0167$

Tablo 4.7. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n:165) (devam)

Özellikler n	Hastalık Tipi	Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu							Hastalık Nedenleri Boyutu			
		Süre Akut/Kronik	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrol	Hastalığı Anlayabilme	Süre Döngüsel	Duygusal Temsiller	Psikolojik Atflar	Risk Etkenleri	Bağışlılık	Kaza veya sans
		Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max	Median Min-Max
Sigara kullanma durumu												
Hiç içmeyen n=81	8.0 (1.0-14.0)	18.0 (9.0-26.0)	18.0 (10.0-28.0)	19.0 (9.0-28.0)	15.0 (7.0-24.0)	16.0 (8.0-24.0)	12.0 (5.0-20.0)	18.0 (8.0-27.0)	18.0 (11.0-26.0)	21.0 (14.0-30.0)	8.0 (4.0-13.0)	6.0 (2.0-9.0)
Kullanıp bırakan n=60	8.0 (0.0-13.0)	18.0 (9.0-28.0)	18.0 (9.0-25.0)	18.0 (12.0-28.0)	15.0 (7.0-25.0)	16.0 (5.0-25.0)	11.5 (5.0-18.0)	18.0 (7.0-29.0)	19.0 (6.0-25.0)	21.0 (7.0-33.0)	9.5 (4.0-13.0)	5.5 (2.0-9.0)
Devam eden n=24	8.0 (0.0-10.0)	18.0 (13.0-27.0)	18.0 (14.0-25.0)	18.5 (9.0-23.0)	14.5 (8.0-21.0)	16.0 (6.0-23.0)	12.0 (8.0-19.0)	18.0 (8.0-27.0)	19.0 (13.0-25.0)	21.5 (15.0-30.0)	10.0 (5.0-15.)	6.0 (2.0-10.0)
Test** p	0.494 0.781	0.442 0.802	1.064 0.587	0.115 0.944	1.235 0.539	0.027 0.987	4.098 0.129	0.812 0.666	1.505 0.471	0.189 0.910	3.310 0.191	1.905 0.386
Alkol kullanma durumu												
Kullanmaya n n=155	8.00 (0.0-14.0)	19.0 (9.0-28.0)	19.0 (9.0-28.0)	19.0 (9.0-28.0)	15.0 (7.0-25.0)	16.0 (5.0-25.0)	12.0 (5.0-20.0)	18.0 (7.0-29.0)	18.0 (6.0-26.0)	21.0 (7.0-33.0)	9.0 (4.0-13.0)	6.0 (2.0-9.0)
Kullanıp bırakan n=10	8.0 (4.0-10.0)	19.0 (11.0-27.0)	17.50 (14.0-25.0)	19.0 (14.0-25.0)	15.5 (10.0-20.0)	15.0 (6.0-22.0)	12.5 (8.0-15.0)	17.0 (8.0-24.00)	19.0 (13.0-24.0)	21.5 (19.0-29.0)	10.0 (8.0-15.0)	5.5 (4.0-10.0)
Test* p	587.000 0.193	644.500 0.370	769.500 0.970	632.500 0.328	774.500 0.997	700.000 0.607	774.000 0.995	706.000 0.636	715.500 0.683	650.000 0.391	603.000 0.236	627.500 0.307

* Man Withney U testi

** Kruskal Wallis Testi

¹ Farklılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

* Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: $p < 0.0167$

Tablo 4.7.'de bireylerin hastalık özelliklerine göre hastalık algısı ölçeği alt boyutlar puanlarının dağılımı verilmiştir. KOAH tanı süresi 6-10 yıl olan hastaların tedavi kontrolü alt boyut puan ortancasının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post-hoc analizde farkın 1-5yıl arası KOAH hastası olan grup ile 6-10 yıl arası KOAH hastası olan gruptan kaynaklandığı,6-10 yıl arası KOAH hastası olan grubun puan ortancasının diğer gruptan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.0167$). Ailesinde başka KOAH hastası olan hastaların duygusal temsiller alt boyut puan ortancasının daha yüksek, hastalık tipi boyut puan ortalamasının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

KOAH nedeniyle daha önce hastaneye yatmayan hastaların hastalık nedenleri boyutundaki psikolojik atıf ve kaza/şans alt boyut puan ortancalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hastaların hastaneye yatış sayısı ile hastalık tipi boyutu puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

İlaç kullanma süresi ile hastalık nedenleri boyutundaki psikolojik atıflar alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post-hoc analizde ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ancak 11 yıl ve üstü süredir ilaç kullanan hastaların puan ortancasının diğer gruplardan yüksek olduğu saptanmıştır ($p>0.0167$).

Bireylerin KOAH dışında başka bir kronik hastalık bulunma, ilaçlarını düzenli kullanma, bulunduğu ortamda sigara içilme, sigara ve alkol kullanma durumları ile hastalık algısı ölçeği alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SGRQ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı

Özellikler	n	Semptom	Aktivite	His	Toplam Puan
		Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
Cinsiyet					
Kadın	96	60.74 (8.65-90.64)	42.56 (0.00-80.89)	43.90 (0.00-73.06)	47.56 (3.53-71.76)
Erkek	69	61.61 (8.65-87.97)	48.38 (0.00-82.05)	44.69 (5.91-68.35)	49.34 (12.50-68.38)
Test*		3240.500	2827.500	3044.000	2999.500
p		0.813	0.109	0.376	0.302
Yaş					
44 yaş ve altı	42	61.30 (35.48-87.97)	47.95 (0.00-79.52)	43.69 (5.91-71.51)	49.75 (12.50-63.85)
45-64 yaş	68	62.06 (8.65-83.98)	42.68 (0.00-80.89)	44.59 (0.00-65.94)	47.04 (3.53-68.38)
65 yaş ve üzeri	55	60.43 (8.65-90.64)	48.51 (0.00-82.05)	44.69 (1.98-73.06)	47.67 (7.27-71.76)
Test**		0.575	3.890	0.338	1.079
p		0.750	0.143	0.845	0.583
Medeni durum					
Evli	128	60.80 (8.65-97.97)	43.40 (0.00-82.05)	43.89 (0.00-71.51)	47.42 (3.53-68.38)
Bekar	37	62.47 (8.65-90.64)	49.90 (19.35-75.46)	46.71 (1.98-73.06)	50.22 (20.81-71.76)
Test*		2109.000	1773.500	1982.000	1850.000
p		0.312	0.020	0.132	0.043
Öğrenim Durumu					
Okuryazar değil	34	58.65 (33.98-90.64)	43.77 (5.25-79.70)	46.80 (1.98-73.06)	47.67 (16.28-71.76)
Okuryazar	34	62.48 (8.65-85.72)	47.05 (0.00-80.89)	42.73 (12.43-68.35)	49.54 (14.34-64.42)
İlköğretim	65	61.61 (8.65-83.98)	42.70 (0.00-82.05)	44.11 (0.00-71.51)	48.16 (3.53-68.38)
Lise ve üstü	32	61.59 (27.23-87.97)	49.13 (0.00-79.52)	44.06 (2.54-68.96)	47.08 (7.27-63.85)
Test**		0.258	3.839	0.800	1.368
p		0.968	0.279	0.849	0.713

* *Man Withney U testi*

** *Kruskal Wallis Testi*

****Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: p<0.001*

Tablo 4.8. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SGRQ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı (devam)

Özellikler	n	Semptom	Aktivite	His	Toplam Puan
		Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
Meslek Durumu					
Ev hanımı	75	60.67 (8.65-90.64)	43.45 (0.00-80.8)	46.20 (0.00-73.06)	49.35 (3.53-71.76)
İşçi	10	57.75 (8.65-81.18)	50.44 (0.00-79.52)	38.29 (14.24-55.15)	48.33 (16.31-56.04)
Memur	12	58.58 (35.56-78.63)	36.21 (0.00-63.36)	28.10 (2.54-68.96)	41.81 (7.27-55.83)
Emekli	39	60.51 (27.23-75.86)	45.49 (0.00-82.05)	46.10 (11.71-68.35)	49.66 (14.34-68.28)
Serbest	29	63.27 (35.00-87.97)	48.60 (5.92-79.70)	43.89 (14.55-65.94)	49.89 (16.09-68.38)
Test**		1.829	3.909	10.035	8.344
p		0.767	0.419	0.040**	0.080
Gelir durumu					
Çok iyi /iyi	93	61.61 (27.23-87.97)	45.29 (0.00-82.05)	44.16 (0.00-68.96)	48.16 (4.95-68.28)
Orta	63	60.51 (8.65-90.64)	44.54 (0.00-80.89)	41.44 (1.98-73.06)	49.34 (3.53-71.76)
Kötü /çok kötü	9	68.28 (42.79-88.62)	41.51 (24.57-62.04)	48.93 (12.43-55.15)	49.35 (24.46-57.89)
Test**		2.273	1.305	0.359	0.380
p		0.321	0.521	0.836	0.827
Birlikte yaşadığı kişiler					
Yalnız	19	61.88 (8.65-75.86)	48.51 (12.10-68.08)	48.08 (25.38-67.13)	46.68 (20.81-68.28)
Eşi ile	76	60.59 (8.65-83.98)	43.40 (0.00-82.05)	44.58 (0.00-68.35)	48.76 (3.53-65.24)
Eş ve çocuklarla	48	61.68 (35.56-87.97)	43.14 (0.00-80.89)	41.38 (2.54-71.51)	45.46 (7.27-68.38)
Diğer	22	62.46 (35.00-90.64)	50.50 (23.24-75.46)	45.40 (1.98-73.06)	50.26 (27.00-71.76)
Test**		1.725	5.534	2.777	2.523
p		0.631	0.137	0.427	0.471

* Man Withney U testi

** Kruskal Wallis Testi

***Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: $p < 0.001$

Tablo 4.8.'de bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre St George Solunum Anketi toplam ve alt boyut puanlarının dağılımı yer almaktadır. Medeni durumu bekar olan bireylerin St George Solunum Anketi aktivite alt boyutu ve toplam puan ortancasının istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Bireylerin meslek durumu ile St George Solunum Anketi his alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post-hoc analiz sonucunda ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ancak memur olan grubun his alt boyut puan ortancasının diğer gruplardan düşük olduğu belirlenmiştir ($p>0.001$).

Bireylerin cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, birlikte yaşadığı kişiler ve gelir durumu ile St George Solunum Anketi alt boyut ve toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre SGRQ Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Özellikler	n	Semptom	Aktivite	His	Toplam Puan
		Median(min-max)	Median(min-max)	Median(min-max)	Median(min-max)
KOAH hastalığının süresi					
1-5 yıl	91	59.65(8.65-85.72)	45.29(0.00-82.05)	44.02(0.00-71.51)	48.16(3.53-68.38)
6-10 yıl	47	62.79(27.23-83.98)	44.79(5.25-79.70)	44.70(9.64-66.28)	48.5(16.28-65.39)
11 yıl ve üstü	27	62.47(8.65-90.64)	41.39(11.84-62.57)	44.69(1.98-73.06)	49.66(20.81-71.76)
Test**		3.976	0.252	0.905	0320
p		0.137	0.882	0.636	0.852
Ailede KOAH hastası olma durumu					
Var	82	60.80(27.23-85.72)	48.46(0.00-82.05)	43.96(0.00-71.51)	48.82(4.95-65.39)
Yok	83	61.87(8.65-90.64)	42.65(0.00-80.89)	46.10(3.93-73.06)	48.16(3.53-71.76)
Test*		3210.500	2947.000	3302.500	3246.000
p		0.530	0.137	0.743	0.609
KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumu					
Yatan	116	61.70(8.65-90.64)	46.82(0.00-82.05)	43.69(1.98-73.06)	48.82(7.27-71.76)
Yatmayan	49	57.46(8.65-87.97)	42.70(0.00-69.32)	44.70(0.00-66.28)	47.67(3.53-68.38)
Test*		2361.500	2432.000	2659.500	2733.000
p		0.087	0.144	0.515	0.697
Hastaneye yatış sayısı					
5 ve altı	116	60.80(8.65-83.98)	45.39(0.00-82.05)	44.39(0.00-71.51)	48.82(3.53-68.38)
6-10 arası	37	62.33(38.31-87.97)	43.58(5.25-64.03)	43.43(10.85-66.28)	48.16(16.28-65.39)
11 ve üstü	12	53.80(8.65-90.64)	40.64(11.84-60.53)	47.15(1.98-73.06)	48.62(20.81-71.76)
Test**		1.343	0.488	0.546	0.124
p		0.511	0.784	0.761	0.940
KOAH dışında kronik hastalık bulunma durumu					
Var	86	60.47(8.65-90.64)	48.44(0.00-82.05)	44.79(0.00-73.06)	49.39(3.53-71.76)
Yok	79	61.66(8.65-83.98)	43.89(0.00-70.14)	43.90(1.98-68.96)	46.49(7.27-68.38)
Test*		3370.500	3054.500	3338.500	3189.000
p		0.931	0.264	0.849	0.497
Sigara içme durumu					
Hiç içmeyen	81	62.79(33.98-90.64)	43.36(0.00-80.89)	44.02(5.91-73.06)	46.63(12.50-71.76)
Kullanıp bırakan	60	56.48(8.65-85.72)	44.44(0.00-82.05)	42.67(0.00-67.13)	48.47(3.53-68.28)
Devam eden	24	62.17(35.00-87.97)	52.06(11.84-69.32)	48.84(18.15-68.35)	50.39(27.18-68.38)
Test**		6.774	2.355	2.735	3.147
p		0.034	0.308	0.255	0.207

*Man Withney U testi

**Kruskal Wallis Testi

1 Farklılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

*** Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: $p < 0.0167$

Tablo 4.9. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre SGRQ Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Özellikler	n	Semptom	Aktivite	His	Toplam Puan
		Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)	Median (min-max)
Bulunduğu ortamda sigara içilme durumu					
İçilen	76	60.97 (33.98-85.72)	43.52 (0.00-82.05)	43.90 (2.54-68.96)	47.67 (7.27-68.38)
İçilmeyen	89	61.66 (8.65-90.64)	45.28 (0.00-80.89)	44.69 (0.00-73.06)	49.35 (3.53-71.76)
Test*		3301.500	3215.500	3084.500	3064.000
p		0.792	0.586	0.331	0.299
İlaçları düzenli kullanma durumu					
Kullanan	124	61,81 (8,65-90,64)	43,44 (0,00-80,89)	44,31 (0,00-73,06)	49,07 (3,53-71,76)
Kullanmayan	51	59,59 (35,00-85,72)	49,10 (5,25-82,05)	43,90 (10,85-66,28)	47,44 (16,28-65,39)
Test*		2173.500	2071.500	2505.500	2528.000
p		0.165	0.076	0.891	0.958
İlaçların yan etki yapma durumu					
Yan etki olan	78	61.81 (8.65-90.64)	43.44 (0.00-80.89)	44.31 (0.00-73.06)	49.07 (3.53-71.76)
Yan etki olmayan	87	59.59 (35.00-85.72)	49.10 (5.25-82.05)	43.90 (10.85-66.28)	47.44 (16.28-65.39)
Test*		3381.500	3215.500	3227.000	3372.500
p		0.970	0.562	0.588	0.947
İlaç kullanma süresi					
1-5 yıl	86	59.75 (8.65-85.72)	42.21 (0.00-80.89)	42.59 (0.00-71.51)	45.07 (3.53-68.38)
6-10yıl	69	63.07 (33.98-87.97)	49.58 (0.00-82.05) ¹	46.46 (2.54-68.35)	50.33 (7.27-65.39) ¹
11 ve üstü	10	53.80 (8.65-90.64)	43.34 (11.84-60.53)	53.61 (1.98-73.06)	54.52 (20.81-71.76)
Test**		3.034	8.304	4.706	8.769
p		0.219	0.016*	0.095	0.012*
Alkol kullanma durumu					
Kullanmayan	155	60.86 (8.65-90.64)	44.54 (0.00-82.05)	44.30 (0.00-73.06)	49.01 (3.53-71.76)
Kullanıp bırakan	10	61.68 (35.00-74.58)	42.85 (0.00-69.32)	33.33 (14.24-65.94)	42.00 (16.31-68.38)
Test*		707.000	685.500	668.500	669.000
p		0.642	0.541	0.467	0.469

*Man Withney U testi

**Kruskal Wallis Testi

1 Farklılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

*** Post Hoc Analizler için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır: $p < 0.0167$

Bireylerin hastalık özelliklerine göre St George Solunum Anketi toplam ve alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 4.9.' da verilmiştir.

Bireylerin sigara içme durumu ile St George Solunum Anketi semptom alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$), anlamlılığın hangi gruptan

kaynaklandığını belirlemek için yapılan post-hoc analiz sonucunda ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.0167$).

Bireylerin ilaç kullanma sürelerine göre St George Solunum Anketinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde 1-5 yıl arası ilaç kullananların aktivite alt boyutu ve solunum anketi toplam puan ortancasının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post-hoc analiz sonucunda farkın 1-5 yıl arası ilaç kullanan grup ile 6-10 yıl arası ilaç kullanan gruptan kaynaklandığı, 1-5 yıl arası ilaç kullanan grubun aktivite alt boyutu ve solunum anketi toplam puan ortancasının diğer gruptan istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.0167$).

Bireylerin KOAH hastalığının süresi, ailede KOAH hastası olma durumu, KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumu, hastaneye yatış sayısı, KOAH dışında kronik hastalık bulunma durumu, bulunduğu ortamda sigara içilme durumu, ilaçları düzenli kullanma durumu, ilaçların yan etki yapma durumu ve alkol kullanma durumu ile St George Solunum Anketi alt boyut ve toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Bireylerin St George Solunum Anketi Puanları ile Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkisi

Hastalık algısı ölçeği	St George solunum anketi			
	Semptom	Aktivite	His	Toplam Puan
	Rho <i>p</i>	Rho <i>p</i>	Rho <i>p</i>	Rho <i>p</i>
Hastalık Tipi Boyutu (Kimlik)	0.082 0.292	0.079 0.311	0.157 0.045	0.160 0.040
Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu				
Süre (Akut/Kronik)	0.055 0.480	0.151 0.052	0.071 0.362	0.123 0.116
Sonuçlar	0.009 0.910	-0.028 0.717	0.020 0.797	0.022 0.777
Kişisel Kontrol	-0.123 0.115	0.039 0.615	-0.049 0.528	-0.059 0.454
Tedavi Kontrol	-0.109 0.165	-0.085 0.280	-0.058 0.463	-0.068 0.384
Hastalığı Anlayabilme	.064 0.417	-.044 0.572	0.062 0.427	0.050 0.527
Süre (Döngüsel)	0.002 0.979	0.047 0.548	-.052 0.511	-0.022 0.784
Duygusal Temsiller	-0.149 0.055	-0.072 0.360	0.024 0.756	-0.042 0.589
Hastalık Nedenleri Boyutu				
Psikolojik Atıflar	-0.044 0.572	-0.038 0.628	0.069 0.379	0.030 0.701
Risk Etkenleri	0.057 0.470	0.061 0.434	0.052 0.503	0.104 0.185
Bağıışıklık	-0.022 0.775	-0.005 0.946	-0.035 0.652	-0.007 0.930
Kaza veya sans	-0.128 0.101	-0.021 0.793	0.080 0.305	0.060 0.447

rho= Spearman Kolerasyon Analizi

Bireylerin St George Solunum anketi toplam ve alt boyut puanları ile hastalık algısı ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişki Tablo 4.10.'da yer almaktadır. Hastalık algısı ölçeği hastalık tipi boyutu ile St George Solunum anketi his alt boyutu ve toplam puanı arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.11. Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre ilaçlarını düzenli kullanma durumlarının dağılımı

Özellikler	İlaçları düzenli kullanma durumu				Test *	p
	Düzenli kullanan		Düzenli kullanmayan			
	n	%	n	%		
Cinsiyet					0.017	0.897
Kadın	73	76.0	23	24.0		
Erkek	51	73.9	18	26.1		
Medeni Durum						
Evli	101	78.9	27	21.1	3.459	0.063
Bekar	23	62.2	14	37.8		
Öğrenim Durumu						
Okuryazar değil	16	47.1	18	52.9	32.784	0.000
Okuryazar	20	58.8	14	41.2		
İlköğretim	57	87.7	8	12.3		
Lise ve üstü	31	96.9	1	3.1		
Yaş Grupları						
44 yaş ve altı	36	85.7	6	14.3	26.052	0.000
45-64 yaş	60	88.2	8	11.8		
65 yaş ve üzeri	28	50.9	27	49.1		
Meslek						
Ev hanımı	53	70.7	22	29.3	9.558	0.049
İşçi	9	90.0	1	10.0		
Memur	11	91.7	1	8.3		
Emekli	25	64.1	14	35.9		
Serbest meslek	26	89.7	3	10.3		
Birlikte yaşadığı kişi						
Yalnız	9	47.4	10	52.6	23.421	0.000
Eşi ile	54	71.1	22	28.9		
Eş ve çocuklarla	47	97.9	1	2.1		
Diğer	14	63.6	8	36.4		
Gelir durumu						
Çok iyi /iyi	72	77.4	21	22.6	0.757	0.685
Orta	45	71.4	18	28.6		
Kötü /çok kötü	7	77.8	2	22.2		

*Ki-kare Testi yapılmıştır.

Tablo 4.11. bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre ilaçlarını düzenli kullanma durumlarının dağılımı verilmiştir. Hastaların öğrenim durumu arttıkça, ilaçlarını düzenli kullanma oranlarında artış olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). 45-64 yaş grubundaki hastaların %88.2'si ilaçlarını düzenli kullandığı, 65 yaş üzerindeki bireylerin %50.9'unun ilaçları düzenli kullandığı bulunmuştur ($p<0.001$). Emeklilerin %64.1'i,

işçilerin %90'ı, memurların %91.7'si ilaçlarını düzenli kullandığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların %97.9'u ilaçlarını düzenli kullanırken yalnız yaşayanların %47.4'ü ilaçlarını düzenli kullanmaktadır. Birlikte yaşadığı kişiler ile ilaçlarını düzenli kullanma durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Cinsiyet, medeni durum ve gelir durumu ile ilaçları düzenli kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$)

Tablo 4.12. Bireylerin hastalık özelliklerine göre ilaçlarını düzenli kullanma durumlarının dağılımı

Özellikler	İlaçları düzenli kullanma durumu				Test*	p
	Düzenli kullanan		Düzenli kullanmayan			
	n	%	n	%		
KOAH hastalığının süresi					0.660	0.719
1-5 yıl	68	74.7	23	25.3		
6-10 yıl	37	78.7	10	21.3		
11 yıl ve üstü	19	70.4	8	29.6		
Ailede başka KOAH hastası olma durumu						
Var	64	78.0	18	22.0	0.457	0.499
Yok	60	72.3	23	27.7		
KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumu						
Evet	89	76.7	27	23.3	0.273	0.602
Hayır	35	71.4	14	28.6		
Hastaneye yatış sayısı						
5 ve altı	92	79.3	24	20.7	6.383	0.041
6-10 arası	22	59.5	15	40.5		
11 ve üzeri	10	83.3	2	16.7		
KOAH dışında kronik hastalık bulunma durumu						
Var	53	61.6	33	38.4	16.111	0.000
Yok	71	89.9	8	10.1		
İlaçların yan etki yapma durumu						
Yan etki oldu	44	56.4	34	43.6	25.953	0.000
Yan etki olmadı	80	92.0	7	8.0		
Sigara içme durumu						
Hiç içmeyen	64	79.0	17	21.0	2.347	0.309
Kullanıp bırakan	41	68.3	19	31.7		
Devam eden	19	79.2	5	20.8		
İlaç kullanma süresi						
1-5 yıl	72	83.7	14	16.3	10.647	0.005
6-10 yıl	43	62.3	26	37.7		
11 yıl ve üzeri	9	90.0	1	10.0		

*Ki-kare Testi yapılmıştır.

Bireylerin hastalık özelliklerine göre ilaçlarını düzenli kullanma durumlarının dağılımı Tablo 4.12’de yer almaktadır. KOAH dışında kronik hastalığı olmayanları %89.9’u, kullandığı ilaçlar nedeniyle yan etki yaşamayanların %92.0’ı ilaçlarını düzenli kullanmakta olup gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). İlaç kullanma süresi 11 yıl ve üzerinde olanların %90.0’ı, 1-5 yıl arasında olanların %83.7’si ilaçlarını düzenli kullanmaktadır. İlaç kullanma süresi ile ilaçları düzenli kullanma durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı oldu belirlenmiştir ($p<0.05$).

KOAH hastalığının süresi, ailede başka KOAH hastası olma durumu, KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumu, hastaneye yatış sayısı ve sigara içme durumu ile ilaçları düzenli kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

BÖLÜM 5

TARTIŞMA VE SONUÇ

Kronik hastalıklar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Kronik hastalıkların tedavisinde birincil hedefin “yaşam kalitesini arttırmak” olduğu bildirilmektedir. KOAH hastalarının tedavisinde ve izlenmesinde, klinik ve laboratuvar bulgularına ek olarak yaşam kalitesini belirlemek için hastanın fiziksel, psikolojik, duygusal yönlerini dikkate almak hastalık algısını tanımlamanın önemli olduğu vurgulanmaktadır [137-138].

KOAH tanısı alan bireylerin tedaviye uyum, hastalık algısı ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılan çalışma bulguları aşağıda tartışılmıştır.

KOAH’ın daha çok erkeklerde görüldüğü bu durumun sigara kullanımı, gelişmiş ülkelerde artan çevre kirliliği ve organik tozlara, kömür, ağır metaller, tekstil, kalay, seramik ve camlara mesleki maruz kalma neden olarak gösterilmektedir [139]. Literatürün aksine çalışmaya katılanların %58.2’sinin kadın olduğu bulunmuştur. Literatürde son 20 yılda KOAH hastalığının prevalansı ve mortalitesinin erkeklere göre kadınlarda daha fazla arttığı bildirilmektedir. Bu durum sigara kullanma durumunun kadınlar arasında yaygınlaşması ile açıklanmaktadır [140]. Araştırmalar, kadınların tütünün toksik etkilerine erkeklerden daha duyarlı olduğunu, kadınlarda akciğer fonksiyonlarındaki bozulmanın erkeklerde olduğundan daha büyük bir etkiye sahip olduğunu bildirmektedir [139-141].

Yapılan çalışmalarda KOAH hastalığının genellikle ileri yaşta olma ve uzun süre yılda 20 paketten daha fazla sigara içenlerde görüldüğü bildirilmektedir [142-146]. Literatüre benzer olarak çalışmada bireylerin %41.2’sinin 45-64 yaş grubunda olduğu (56.41 ± 14.61), %36.4’nün sigara kullanıp bıraktığı, %14.5’inin halen sigara içtiği, %46.1’inin sigara içilen ortamlarda bulunduğu saptanmıştır.

Yaşlanma döneminde akciğer hücrelerinin çoğalma özelliği kaybedilirken akciğerler metabolik olarak aktivitelerini sürdürmeye devam eder. Yaşla birlikte ortaya çıkan değişiklikler ve hücresel yaşlanma ile birlikte akciğerlerin tekrarlayıcı sigara dumanına maruziyetine bağlı oluşan zedelenmelere yanıtın azalmasına ve doku tamirinin

bozulmasına neden olmaktadır. Bu durum, amfizeme ve inflamasyonda artışa neden olmaktadır. Yaşın aynı zamanda yaşam boyu sigara ve çevresel maruziyeti artırdığı ve KOAH gelişimine katkıda bulunduğu bildirilmektedir [147-148].

KOAH hastalarında en fazla görülen semptomların öksürük, balgam, dispne, wheezing, kronik öksürük ve kronik balgam çıkarma, çabuk yorulma olduğu bildirilmektedir. Bu semptomların mukus hipersekresyonu ve hava akımının sınırlanması nedeniyle ortaya çıktığı belirtilmektedir. Bu belirtiler hastalığın kronik ve ilerleyici seyrinde her zaman olmakla birlikte bazen bu şikayetler artarak alevlenme dönemi gelişmektedir. KOAH alevlenme döneminde hastaların hastanede takip edilmesi ve tedavisinin yapılması gerekmektedir [150-151]. Literatürde KOAH hastalarının yılda 1.5-2.5 kez atak nedeniyle hastaneye başvurdukları bildirilmektedir [152-153]. Literatüre benzer şekilde çalışmada bireylerin %64.8'inin soluk almada güçlük yaşadığı, %52.1'nde hırıltılı solunum görüldüğü, %61.8'inin yılda 5-6 kez atak geçirdiği, %70.3'ünün yılda 5 -6 kez hastaneye yattığı belirlenmiştir.

Çalışmada bireylerin %71.5'i ağrı, %64.8'i soluk almada güçlük, %56.4'ü yorgunluk, %52.1'i hırıltılı solunum semptomlarını bildirdiği belirlenmiştir. Bireylerin hastalık algısı ölçeğinin hastalık tipi (kimlik) alt boyut puan ortalamasının 7.04 ± 3.09 (0-14) olduğu, çalışmaya katılan bireylerin yarısından fazlası yaşadıkları semptomları hastalıklarıyla ilgi gördüklerini bildirilmiştir. KOAH'lı hastalarda gelişen semptomlar, alevlenmeler ve hava akımı sınırlandırmasının objektif ölçümleri, yönetimini sağlamak, gelişebilecek komplikasyonları veya komorbiditeleri tanımlamak için rutin takipleri ve izlemlerinin yapılması için hemşirelik bakımı önem taşımaktadır [150,154,155].

Literatürde yapılan çalışmalarda KOAH hastalarının hastalık hakkındaki görüşleri süre alt boyutundan yüksek puan aldıkları saptanmıştır [19,156-158]. Literatüre benzer şekilde çalışmada da bireylerin hastalık hakkındaki görüşleri süre alt boyutundan (akut/kronik) 18.10 ± 3.46 puan aldıkları, süre (döğüsel) 12.16 ± 3.12 alt boyutunda ise daha düşük puan aldıkları dolayısıyla bireyler hastalığın döğüsel olmadığı, hastalığın kronik bir hastalık olduğu, hastalığın uzun süreceği ve hastaların yaşamlarının geri kalanını bu hastalıkla geçireceklerini düşündükleri belirlenmiştir. KOAH hastalığında hastaların ömür boyu takip edilmesi, devamlı ve düğün ilaç kullanımı, diyet, egzersiz gibi sağlık ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir [19,156-158].

Çalışmada bireylerin kişisel kontrol (18.40 ± 3.64), tedavi kontrolü (15.22 ± 3.47), hastalığı anlayabilme (15.49 ± 3.62) alt boyutlarında yüksek puan aldığı dolayısıyla bireylerin hastalıklarını ve tedavilerini kontrol edebildikleri ve hastalıklarını anlayabildikleri belirlenmiştir. Kara ve Ekenler'in [19] çalışmasında da KOAH hastalarında kişisel kontrol ve tedavi kontrolü alt boyut puanlarının yüksek olduğu ancak hastalığı anlama alt boyutu puan ortalamasının düşük olduğu belirlenmiştir. Kanser hastalarının hastalık algılarının değerlendirildiği çalışmada ise kişisel kontrol algısının yüksek olduğu ancak hastalığı anlayabilme puan ortalamalarının ise düşük olduğu bulunmuştur [159]. Çalışma sonucu literatüre benzer olarak hastalığın kişisel ve tedavi kontrolünün yüksek olduğu aynı zamanda literatürde yapılan çalışmalardan farklı olarak hastalığı anlayabilme alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür. Hastalığı anlamak, tedavisinin sürdürülmesi ve kontrolünün sağlanabilmesi için önemlidir. Hemşirelerin hastaların KOAH hastalığını algılamaları ve tedavilerini kontrol edebilmelerini sağlamak için hastalığın tedavisi, ilaçların doğru kullanımı, solunum egzersizleri konusunda eğitim ve danışmanlık vermesi gerekmektedir [20,159].

Kronik hastalıklarda hastalarda üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, bağımlı olma endişesi, beden imajında değişim, yaşam tarzında bozulma, depresif görüntü ve sosyal izolasyon gibi psikososyal problemler ortaya çıkabilmektedir [160]. KOAH hastalığında hastalık algısının değerlendirildiği bir çalışmada hastaların duygusal olarak zorlandıkları benzer şekilde kanser hastalarında ve hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda da hastaların hastalıklarına dair duygusal algılarının kötü olduğu bulunmuştur ([19,159,161]. Çalışma sonucu literatüre benzer şekilde hastalık algısının duygusal temsiller alt boyut puan ortalamasının (18.06 ± 4.44) yüksek olduğu dolayısıyla bireylerin negatif duygularının arttığı görülmektedir. Hemşirelerin, kronik hastalığı olan bireyin duygusal sorunlarına yönelik bütüncül bakımı planlayarak, danışmanlık, rehabilitasyon ve bireye özgü eğitim planlamalarını yaparak hastalıklarını yönetmede etkin rol alması gerekmektedir [162].

KOAH hastalarında hastalık algısının değerlendirdiği çalışmalarda hastalık nedenleri alt boyutundan bireylerin yüksek puan ortalamasını risk etkenleri, düşük puan

ortalamasının kaza veya şans alt boyutlarında bildirdikleri belirlenmiştir [157,158]. Karagülle'nin [156] çalışmasında ise hastalık nedeni olarak yüksek puan ortalamasının psikolojik, düşük puan ortalamasının ise hastalık nedeni olarak kaza ve şans olduğu bildirilmiştir. KOAH hastalığında en önemli risk faktörleri arasında tütün kullanımı, zehirli gazlar, hava kirliliği, enfeksiyonlar, yaş, genetik faktörler gibi risk etkenleri bulunmaktadır [150]. Çalışma sonuçları ise literatür ile benzer şekilde hastalık nedenleri alt boyutundan bireylerin yüksek puan ortalamasını risk etkenleri (21.29±3.94), düşük puan ortalamasının kaza veya şans (5.50 ±2.09) alt boyutlarından aldıkları tespit edilmiştir.

Çalışmada bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, meslek ve birlikte yaşadığı kişiler ile hastalık algısı ölçeği alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$), gelir durumu çok iyi/iyi olanların kişisel kontrol alt boyut puan ortancasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, tedavi kontrolü alt boyutunda ise gelir durumu çok iyi/iyi olanların puan ortancasının diğer gruplara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kara'nın [157] çalışmasında ise aylık gelir durumunun tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve psikolojik atıflar, kaza veya şans alt boyutları arasında anlamlı farklılığın olduğu, Ekenler'in [19] çalışmasında gelir durumu ile sonuçlar alt boyutu arasında anlamlı, Kepenek'in [163] çalışmasında ise gelir durumu ile tedavi kontrolü ve risk faktörleri arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Literatürde yapılan çalışmalarda gelir durumu tedavi kontrolünde etkili olurken çalışmada ise gelir durumu kötü olanların tedavi kontrolünü daha iyi sağladığı görülmüştür. Hastalığın en önemli hayati belirtilerinden birisi dispne dir bu nedenle hastalar gelir durumlarına bakmaksızın hastalığın tedavisine en kısa sürede uyum sağlamak zorunda kalmış olabilir.

KOAH tanı süresi 0-5 yıl olanlar hastalık tipi, duygusal temsiller, hastalık nedenleri alt boyutunda psikolojik atıf, risk etkenleri, bağışıklık, tanı süresi 6-11 yıl arasında olanlarda süre, sonuç, süre döngüsel, kaza ve sonuç alt boyutlarının da yüksek olduğu ($p>0.05$), tanı süresi 0-5 yıl arasında olanların ise kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme alt boyutlarında anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Ekenler'in [19] çalışmasında ise hastalık evresi ileri olanların duygusal temsiller alt boyut puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmada ise literatürden farklı olarak KOAH tanı süresi 6-10 yıl olan bireylerin tedavi kontrolü alt boyut puan ortancasının anlamlı olarak yüksek olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur. Tanı süresinin artması hastalık ve tedavi hakkında daha fazla bilgi edinilmesine ve tecrübe kazanılmasına neden olacağı için hastalık kontrolünün daha iyi sağlanmasına neden olmuş olabilir.

Ailesinde başka KOAH hastası olan hastaların duygusal temsiller alt boyut puan ortancasının daha yüksek olduğu ($p<0.05$) bu sonucun bireylerin KOAH hastalığının stabil ve alevlenme dönemlerini aile içinde görmüş olmaları, ağır hastalık semptomlarını yaşabilecekleri düşüncesi ile duygusal temsiller alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuş olabilir.

Sık hastaneye yatan hastaların daha çok sağlık personeli ile karşılaşılıyor olması nedeniyle ve hastalık, risk faktörleri, tedavi ve bakım hakkında daha fazla bilgi alabilmelerini sağlamaktadır. Çalışmada KOAH nedeniyle daha önce hastaneye yatmayan hastaların hastalık nedenleri boyutundaki psikolojik atıf ve kaza/şans alt boyut puan ortancalarının daha yüksek olduğu ($p<0.05$) hastaneye yatışı olmayan hastalar düzenli sağlık kontrolüne gitmedikleri takdirde sağlık personeli ile karşılaşmamış olması nedeniyle hastalık hakkında yanlış bilgilere sahip olabilmektedirler. Hastaneye yatış sayısı 11 ve üzerinde olan bireylerin hastalık tipi boyutu puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). KOAH hastalarında semptomların artması ve hastalığın alevlenmesi hastaneye yatış için önemli bir nedendir dolayısıyla bu sonuç hastalık belirtileri, hastalık tipi puanlarının artmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmada ilaç kullanma süresi ile hastalık nedenleri boyutundaki psikolojik atıflar alt boyutu arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Uzun süreli ilaç kullanan hastalarda hastalık semptomlarının devam ettiği dolayısıyla solunum güçlüğü, dispne, yorgunluk gibi şikayetlerin psikolojik sorunları da beraberinde getireceğini düşündürmektedir.

Kronik hastalık tanısı almış bireylerin hastalığa bağlı ortaya çıkan semptom ve komplikasyonlar sonucu yaşam kalitesi bozulabilmektedir. KOAH da solunum fonksiyonlarının kaybı; bozukluk, egzersiz performansının azalması; maluliyet gibi

durumlar sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır. KOAH'lı hastalarda tedavinin amacı, semptomların azaltılması, atakların ve solunum fonksiyonlarındaki kaybın önlenmesi, yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Sağlık bakım profesyonellerinin bireyin kendi bakımını üstlenmesini sağlaması ve yaşam kalitesini koruyarak en üst düzeye çıkarması gerekmektedir. Solunum fonksiyonlarındaki kayıp ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki zayıf olduğundan, solunum fonksiyon testi ve egzersiz kapasitesinin ölçümleri yanı sıra yaşam kalitesinin değerlendirilmesi de önemlidir [103].

Çalışmada bireylerin son bir sene içindeki öksürük, balgam çıkarma, nefes darlığı, göğüste hırıltı, atak geçirme sıklığının arttığı (60.63 ± 13.98), bireylerin oturup kalkmak, yıkanmak, giyinmek, evin içinde dolaşmak, yokuş yukarı yürümek ve spor yapmak gibi günlük aktivitelerde nefes darlığı geliştiği (42.81 ± 18.08), hastanın çalışma hayatı, aile içi ve sosyal ilişkilerinin etkilediği, öksürük ve balgam çıkarmanın aile içi ve sosyal ilişkileri etkilediği (45.31 ± 13.13) bildirilmiştir.

Medeni durumu bekar olan bireylerin yaşam kalitesi aktivite alt boyutu ve toplam puan ortancasının istatistiksel yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bekar olanların sosyal desteklerinin evli olanlara göre daha az olduğu için oturup kalkmak, yıkanmak, giyinmek, evin içinde dolaşmak, yokuş yukarı yürümek ve spor yapmak gibi günlük aktivitelerde daha fazla zorlanmalarına ve yaşam kalitesinin düşük çıkmasına neden olmuş olabilir.

Bireylerin sigara içme durumu ile St George Solunum Anketi semptom alt boyutu arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Sigara içme öksürük, balgam çıkarma, nefes darlığı, göğüste hırıltı, atak geçirme sıklığını arttıracadı için yaşam kalitesi semptom alt boyutunu artırmış ve dolayısıyla yaşam kalitesini düşürmüş olabilir.

Araştırmada bireylerin sigara içme durumuyla SGRQ yaşam kalitesi semptom alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post-hoc analiz sonucunda ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Chouseinoglou'nun [164] KOAH'da psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesi üzerine

etkisinin değerlendirildiği çalışmada sigara içen hastalarda SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, fiziksel güç, genel sağlık ve sosyal fonksiyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Akbay ve arkadaşlarının [165]. KOAH'ta yaşam kalitesi ve solunum fonksiyon testi ilişkisinin değerlendirildiği çalışmada sigara içmenin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Sigara kullanımının hastalığın belirtilerini artırarak yaşam kalitesini düşürdüğü bildirilmektedir. 1-5 yıl arası ilaç kullananların aktivite alt boyutu ve solunum anketi toplam puan ortancasının daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalık süresi ilerledikçe hava yolu kısıtlılığı ile geçirilen zamanın artması nedeniyle yaşam kalitesi düşmüş olabilir.

Araştırmada bireylerin hastalık algısı ölçeği hastalık tipi alt boyutu ile SGRQ yaşam kalitesi anketi his alt boyutu ve toplam puanı arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kara'nın [157] yaptığı benzer bir çalışmada hastalık algısı ölçeği hastalık tipi alt boyutu ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki belirlenmiştir. Tiemensma ve arkadaşlarının [23] yaptığı benzer bir çalışmada da daha fazla hastalık belirtisi yaşayan kişilerin daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu bulunmuştur.

Tedaviye uyumsuzluk komplikasyonları arttırmak yanında, hastalığın süresini uzatmakta ve sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır. KOAH hastalarının tedaviye uyum sağlaması semptomların kontrol altına alınmasına ve yaşam kalitesinin artmasına neden olmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

- ✓ Bireylerin %55.2' sinin 1-5 yıldır KOAH hastası olduğu, %70.3' ünün KOAH nedeniyle daha önce hastaneye yattığı ve hastaneye yatma sayısının 1-5 arasında değiştiği,
- ✓ Bireylerin hastalığın başlangıcından bu yana en çok yaşadıkları belirtilerin ağrı (%71.5), soluk almada güçlük (%64.8), boğazda yanma (%58.2), uyku güçlükleri (61.8) ve hırıltılı soluma (57.0) olduğu, %78.2' sinin ilaçlarını düzenli kullandığı,
- ✓ Bireylerin hastalık hakkındaki görüşler boyutunda gelir durumu çok iyi/iyi olanların kişisel kontrol alt boyut puan ortancasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu,

tedavi kontrolü alt boyutunda ise gelir durumu çok iyi/iyi olanların puan ortancasının diğer gruplara göre daha düşük olduğu,

- ✓ KOAH tanı süresi 6-10 yıl olan hastaların tedavi kontrolü alt boyut puan ortancasının anlamlı olarak yüksek olduğu
- ✓ Ailesinde başka KOAH hastası olan hastaların duygusal temsiller alt boyut puan ortancasının daha yüksek olduğu,
- ✓ KOAH nedeniyle daha önce hastaneye yatmayan hastaların hastalık nedenleri boyutundaki psikolojik atıf ve kaza/şans alt boyut puan ortancalarının daha yüksek olduğu,
- ✓ Hastaneye yatış sayısı 11 ve üzerinde olan hastaların hastalık tipi boyutu puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu,
- ✓ Bireylerin cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, birlikte yaşadığı kişiler ve gelir durumu ile St George Solunum Anketi alt boyut ve toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı,
- ✓ Bireylerin sigara içme durumu ile St George Solunum Anketi semptom alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olduğu,
- ✓ Bireylerin ilaç kullanma sürelerine 1-5 yıl arasında olanların aktivite alt boyutu ve solunum anketi toplam puan ortancasının daha düşük olduğu,
- ✓ 45-64 yaş grubundaki hastaların %88.2'sinin ilaçlarını düzenli kullandığı, 65 yaş üzerindeki bireylerin ise %50.9'unun ilaçlarını düzenli kullandığı,
- ✓ Eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların %97.9'unun ilaçlarını düzenli kullandığı, yalnız yaşayanların ise %47.4'ünün ilaçlarını düzenli kullandığı,
- ✓ İlaç kullanma süresi 11 yıl ve üzerinde olanların %90.0'mın, 1-5 yıl arasında olanların %83.7'sinin ilaçlarını düzenli kullandığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlara göre;

- ✓ Hemşirelerin KOAH'lı bireylerin tedaviye uyumunu artırmak için tedavi uyumunu etkileyen faktörleri belirlemesi ve ilaçların kullanma süresi, kullanma şekli konusunun planlı eğitimler vermesi,

- ✓ Hemşirelerin hastalarını gözlemlemesi, hastalık algılarını tanımlaması ve hastalara yaşam kalitelerini artıracak bakım uygulamalarını yapmaları,
- ✓ Hemşirelerin KOAH'lı bireylerde ilaç uyumu, hastalık algısı ve yaşam kalitesinin artıracak bütünleşik uygulamaları içeren randomize kontrollü çalışmalar yapması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Tatlıcıoğlu T., ‘‘Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) ve geleceği’’ *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55(3), 303-318, 2007.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. ‘‘*Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention. A Guide for Health Care Professionals 2019 Report*’’, GOLD, 2019.
3. İnternet: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)) E.T: 20.10.2019.
4. Lopez Compos J., Tan W., Soriand J. B. ‘‘Global burden of COPD’’ , *Respirology* 21, s. 14–23, 2016.
5. Kyeung Eun Lim RN MSN, Sung Reul Kim RN PhD, Hyun Kyung Kim RN PhD, and So Ri Kim MD PhD ‘‘ Symptom Clusters and Quality of Life in Subjects With COPD’’ September 9, *Respiratory Care*, s. 1203-1211, 2017.
6. Kocabaş A. ve ark., April 2, ‘‘Kronik obstrüktif akciğer hastalığı koruma, tanı ve tedavi raporu 2014’’ *Turkish Thoracic Journal, İstanbul*, 15, s. 1-76, 2014.
7. Atasever A. , Erdinç E. ‘‘KOA’da Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi’’, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51(4), s. 446-455, 2003.
8. Tel Aydın H., Tokyıldız F., Karagözoğlu Ş., Özden D., ‘‘Hastaların Bakış Açısıyla Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ile Yaşamak’’, *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, 20 (3), s. 177-183, 2012.
9. Çil Akıncı A., ‘‘Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi Türkiye Klinikleri’’, *J Intern Med Nurs-Special Topics*, 3(3), s. 154-61, 2017
10. Lee J., Nguyen Q. H., Jarrett M. E. , Mitchell P. H. Pike K.C. ‘‘Effect of Symptoms on Physical Performance in COPD Heart Lung’’, 47(2), s. 149–156, 2018.
11. Kumar S. K., Maharani B., Babu R. V., Prakash M., ‘‘Adherence to Prescribed Medication and Its Association with Quality of Life Among COPD Patients Treated at a Tertiary Care Hospital in Puducherry – A Cross Sectional Study’’*Respiratory Medicine and Community Medicine Indira Gandhi Medical College and Research Institute Puducherry*, s. 157-166, India, 2019.

12. Boubeau J., Bartlett S. J. "Patient adherence in COPD", *Thorax*, 63, s. 831–838, 2008.
13. Restrepo R. D. "Medication adherence issues in patients treated for COPD" *International Journal of COPD*, 3(3), s. 371–384, 2008.
14. Lareau S. C. , Yawn B. P. "Improving adherence with inhaler therapy in COPD" *International Journal of COPD*, 5, s. 401–406, 2010.
15. Krauskopf K. "Chronic Obstructive Pulmonary Disease Illness and Medication Beliefs are Associated with Medication Adherence", *COPD*, 12, s. 154–161, 2015
16. Chen S. Tsai J. and Lee W. L. "The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan", *Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing*, 18, s. 2234–2244, 2009.
17. Kocaman N., Özkan M., Armay Z., Özkan S., "Hastalık algısı ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması" *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, s. 271-280, 2007.
18. Petrie K. J. ,Jago L. A. and Devcich D. A. " The role of illness perceptions in patients with medical conditions", *Current Opinion in Psychiatry*, 20, s.163–167, 2007.
19. Ekenler Ş., "Kronik Obstrüktif Akciğer hastalarında hastalık Algısı ve İlişkili faktörler", *Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s. 1-69, Balıkesir, 2017:
20. Bağçivan G., Tanrıver E., Kılıç B., "Kronik Kalp Damar Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının İncelenmesi" *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2), s. 89-96, 2018.
21. Weldam SW., Lammers JW., Heijmans MJ., et al. "Perceived quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients: a cross-sectional study in primary care on the role of illness perceptions", *BMC Fam Pract*, 15, s. 140, 2014.
22. Borge CR, Moum T, Puline Lein M, Austegard EL, Wahl AK. 'Illness perception in people with chronic obstructive pulmonary disease'. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(5), s. 456-63, 2014.

23. Tiemensma J., Gaab E., Voorhaar M., Asijee G., Kaptein AA., ‘‘Illness perceptions and coping determine quality of life in copd patients’’ *International Journal of COPD*, 11, s. 2001-2007, 2016.
24. Weinman J., Petrie KJ., Moss-Morris R., Horne R., ‘‘ The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness’’ *Psychology and health*, 11(3), s. 431-445, 1996.
25. Heffner JE., ‘‘Chronic obstructive pulmonary disease – ethical considerations of care’’ *Clin Pulm Med*, 3, s. 1–8, 1996.
26. Celli BR., MacNee W., Agusti A., Anzueto A., Berg B., Buist AS., Calverley PM., Chavannes N., Dillard T, Fahy B., ‘‘Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD’’, *European Respiratory Journal*, 23, (6), s. 932-46, 2004.
27. İnternet: ‘‘Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, 2015’’ Erişim adresi, <http://goldcopd.org/>, E. T: 6 Eylül 2019,
28. Abul, Y., Özlü, T., ‘‘Türkiye’de KOAH Epidemiyolojisi Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi’’, 1 (1):7 -12, 2013.
29. Lopez AD., Shibuya K., Rao C., Mathers CD., Hansell AL., Held LS et al. ‘‘Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections’’, *Eur Respir J*, 27, s. 397-412, 2006.
30. Andreeva E., Pokhaznikova M., Lebedev A., Moiseeva I., Kutznetsova O., Degryse JM., ‘‘The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease by the global lung initiative equations in North-Western Russia’’, *Respiration*, 91: 43-55, 2016.
31. İnternet: [disease-\(copd\)http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructivepulmonary](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructivepulmonary), E.T:7.10.2019
32. İnternet: Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, 2018. <http://goldcopd.org/> E.T: 18.10.2019
33. İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, <https://www.saglik.gov.tr> E.T: 10.10.2019.

34. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı. Ankara, 2009.
35. Kocabaş A., ‘Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri’, *Türk Toraks Dergisi*, 1(2), 105-113, 2010.
36. Kocabaş A., Hancıoğlu A., Türkyılmaz S. ve ark., ‘Prevalence of COPD in Adana, Turkey (BOLD-Turkey study)’ American Thoracic Society International Conference, *San Diego*, May 2006, Publication Page:A543, 2006.
37. Gunen H., Hacıevliyagil SS., Yetkin O., Gulbas G., Mutlu LC., Pehlivan E., ‘Prevalence of COPD’ First epidemiological study of a large region in Turkey, *Eur J Intern Med*, 19(7), 499-504, 2008.
38. Türkiye kronik hava yolu hastalıkları önleme ve kontrol programı (2014-2017). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No: 947, Ankara, 148, 2014.
39. Akyıl ÇR., ‘Solunum Sistemi Hastalıkları ve Bakım’ *İç Hastalıkları Hemşireliği. II. Baskı, Akademi Basın ve Yayıncılık*, İstanbul, , s:130-138, 2013.
40. Cross J., Elender F., Barton G., Clark A., Shepstone L., Blyth A. et al., ‘A randomised controlled equivalence trial to determine the effectiveness and cost-utility of manual chest physiotherapy techniques in the management of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (MATREX) on behalf of the MATREX research group’, *Health Technology Assessment*; 14(23):171-176, 2010.
41. Kalecik A., ‘Sigara İçiminin Bırakılmasının KOAH’ da Havayolu İnflamasyonuna Etkisi’, *Çukurova Üniversitesi, Uzmanlık Tezi*, Adana, 2006.
42. Koçyiğit, E., ‘Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı’, *Akciğer Hastalıkları, Nobel Tıp Kitapevleri*, 14-158, 2002.
43. Kaufman J.S., ‘Obstructive Pulmonary Diseases, Nursing Management’, Chapter 29, 2009.
44. Vestbo J., Prescott E., Almdal T., Dahl M., Nordestgaard BG., Andersen T., Sørensen TIA., Lange P., ‘Body mass, fat-free body mass, and prognosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease from a random population

- sample”, *Findings from the Copenhagen City Heart Study, Am J Respir Crit Care Med*, 173: 79-83, 2006.
45. Reilly KH., Gu D., Duan X., Wu X, Chen CS, Huang J, Kelly TN, Chen J, L_u X, Bazzano LA, He J., “Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease mortality in Chinese adults”, *Am J Epidemiol*, 167(8): 998-1004, 2008.
 46. Vaz Fragaso CA., Concato J, McAvay G., Van Ness PH., Rochester CL, Klar Yaggi H., Gill TM., “ Defining chronic obstructive pulmonary disease in older persons” *Respiratory Medicine*, 103: 1468-1476, 2009.
 47. Cazzola M., Donner CF., Hanania NA., “One hundred years of chronic obstructive pulmonary disease (COPD)”, *Respiratory Medicine*, 101(6):1049-1065, 2007.
 48. Boschetto P., Quintavalle S., Miotto D., Lo Cascio N., Zeni E., and Mapp CE., “Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and occupational exposures”, *J Occup Med Toxicol*, 1(11), 11, 2006.
 49. Akdemir N., Birol L., “ İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı” *Sistem Ofset*, Ankara, s. 193-200, 2005.
 50. Köhnlein T., Welte T., “Alpha-1 antitrypsin deficiency, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis, and treatment”, *The American Journal of Medicine* 121(1):13-19, 2008.
 51. Zaharie A., Mihaltan D.F., Ulmeanu R., “Alpha-1 antitrypsin deficiency: another COPD”, 2018.
 52. Olgun N., Aslan EF., Çil AA., “ Toraks ve Alt Solunum Yolu Hastalıkları”, İçinde: Karadokovan A, Aslan EF, eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3. baskı, *Akademisyen Tıp Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti.*, Ankara, s:650-800, 2014.
 53. Pauwels, RA., Rabe, KF., “Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD)”, 364: 613-620, *Lancet*, 2004.
 54. Erk M., “KOAİ: klinik ve tanısal yaklaşım” İçinde: Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A. (Edt.), *Solunum Sistemi ve Hastalıkları (1.Baskı), İstanbul tıp kitapevi*, İstanbul, 693-700, 2010.

55. Mannino, D. M., Ford, E. S., Redd, S. C., "Obstructive and restrictive lung disease and markers of inflammation: data from the Third National Health and Nutrition Examination", *Am J Med*, 114: 758-62, 2003.
56. İliçin G., Biberoglu K., Süleymanlar G., Ünal S., "İç Hastalıkları", 2. Baskı, *Güneş Kitabevi*, 754- 778, Ankara, 2005.
57. Hansel, T.T., Barnes P. J., "An Atlas of Chronic Obstructive Pulmonary Disease", Kocabas A. Ed. AC:T Medikal İletişim Yayın Org. Dan. İç ve Dış Tic Ltd. Sti, İstanbul, 2004.
58. Deniz S., Emre JÇ., Özdemir Ö." Evde bakım hizmetleri'nin takip ettiği hastalardaki akciğer enfeksiyon sıklığı", *Smyrna Tıp Dergisi*, 5: 35-6, 2015.
59. O'Donnell DE., Webb KA., "Breathlessness in patients with severe chronic airflow limitation", *Physiologic correlations*, 102: 824-831, 1992.
60. Uçar N., Akpınar S., Yıldız M., Tuğrul ŞT., " KOAH'lı olgularda influenza ve pnömokok aşısı olma sıklığı solunum hastalıkları", *Solunum Hastalıkları*, 25, s: 1-4, 2015.
61. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığı tanı ve tedavi uzlaşma raporu, *Türk Toraks Dergisi*, 11(1): 55-63, 2010.
62. Gunen H., Hacıevliyagil SS., Yetkin O., Gulbas G., Mutlu LC., Pehlivan E., " Prevalence of COPD, first epidemiological study of a large region in Turkey", *European Journal of Internal Medicine*, 19(7): 499-504, 2008.
63. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşma Raporu, *Türk Toraks Dergisi*, 15 (Suppl 2): S19-29, 2014.
64. Uysal H., " Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı" İçinde: Enç N. eds, İç Hastalıkları Hemşireliği. 2. Baskı, Nobel Matbacılık San. Tic. Ltd. Şti., İstanbul; s:138- 150, 2014.
65. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD 2017.
66. Klaus R., Suzanne H., Antonio A., Peter B., Sonia B., Peter C., Kocabaş, A., "Kronik obstrüktif akciğer hastalığının tanısı, tedavisi ve önlenmesi için küresel strateji", 2006.

67. 67. Çelik S., ‘‘Kronik obstrüktif akciğer hastalığında psikososyal uyumu etkileyen faktörlerin incelenmesi’’ Yeditepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.
68. Kocabaş A., ‘‘Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı’’, İçinde: Arseven O, (eds.). Temel Akciğer Sağlığı ve Hastalıkları, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 135-156, 2015.
69. Erdiñç E., Gürgün A., ‘‘Stabil Dönem Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tedavisine Genel Yaklaşım’’ In: Karadağ M, Bilgiç H, Umut S, Erdiñç E, editors. Tanımdan tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı 6: Galenos Yayıncılık, Toraks Kitapları; 2008.
70. Arsava BE., Çöplü L., ‘‘Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAHA)’’, In: Çöplü L, Kaya A, editors. Solunum Hastalıkları, Ankara, Poyraz Tıbbi Yayıncılık, 2007.
71. Bilgiç H., Gümüş S., ‘‘KOAHA'ta Medikal Tedaviye Genel Bakış’’ In: Ulubay G, Yıldız Ö, editors. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, 14, Poyraz Tıbbi Yayıncılık, 2013.
72. Erdiñç E., Polatlı M., Kocabaş A., Yıldırım ve ark., ‘‘Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu’’ *Türk Toraks Dergisi*, 11(1):1-64, 2010.
73. Nici L., Donner C., Wouters E., Zuwallack R., Ambrosino N., Bourbeau J, et al. ‘‘American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation’’ *Am J Respir Crit Care Med*, 173(12):1390-413, 2006.
74. Umut S., ‘‘Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Oksijen Tedavisi’’ In: Bilgiç H, Karadağ M, editors. Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. 6. İstanbul *Toraks Kitapları Galenos Yayıncılık*, 2008.
75. Kristo D., Corcoran T., O'Connell N., Thomas K., Strollo P., ‘‘The potential for delivery of particulate matter through positive airway pressure devices (CPAP/BPAP)’’ *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung*, 16(1):193-8, 2012.
76. Ateş MA., Algül A., ‘‘Bipolar Bozukluklarda Tedavi Uyumsuzluğu’’, *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, Psikiyatri; 2(29):60-64, 2006.

77. İnternet: World Health Organization 2003. <https://www.who.int/E.T:01.09.2019>
78. Çalıkoğlu, M., ‘KOAHA’ta Tedaviye Uyum’, KOAHA Bülteni, s. 2-7, 2015.
79. Osterberg L., Blaschke T., ‘Adherence to medication’, *N Engl J Med*, 353:487–497, 2005.
80. Jackevicius CA., Mamdani M., Tu JV., ‘Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes’ *JAMA*; 288:462-7, 2002.
81. İnternet: Levy ML., Dekhuijzen PN., Barnes PJ., Broeders M., Corrigan CJ., Chawes BL ve ark. Inhaler technique: facts and fantasies. A view from the Aerosol Drug Management Improvement Team (ADMIT). *NPJ Prim Care Respir Med* 2016, 21;26:16017, <https://www.nature.com/articles/npjpcrm201617> E.T: 12.06.2018.
82. Ceylan E., Akkoçlu A., Ergör E., Yıldız F., İtil O., ‘Astımlı hastaların inhaler kullanımı ve cihaz tercihleri: Doğru uygulama için eğitimin rolü’, *Solunum*, 10, s: 40-7. 2008.
83. Toy EL., Beaulieu NU., McHale JM., Welland TR., Plauschinat CA., Swensen A., Duh MS., ‘Treatment of COPD: relationships between daily dosing frequency, adherence, resource use, and costs’, *Respir Med*, 105:435–441, 2011.
84. Vestbo J., Anderson JA., Calverley PMA., Celli B., Ferguson GT., Jenkins C., Knobil K., Willits LR., Yates JC., Jones PW., ‘Adherence to inhaled therapy, mortality and hospital admission in COPD’, *Thorax*, 64:939–943, 2009.
85. Antoniu SA., ‘Adherence to inhaled therapy in COPD: effects on survival and exacerbations’, *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 10:115–117, 2010.
86. Bosley C., Corden Z., Rees P., Cochrane G., ‘Psychological factors associated with the use of home nebulized therapy for COPD’, *Eur Respir J*, 9:2346–2350, 1996.

87. Taylor DR., Kinney CD., McDevitt DC., "Patient compliance with oral theophylline therapy", *Br J Clin Pharmacol*, 17:15–20, 1984.
88. George J., Kong DCM., Thoman R., Stewart K., "Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD", *Chest*, 128:3198–3204, 2005.
89. McDonald VM., Higgins I., Gibson PG., "Managing older patients with coexistent asthma and COPD, diagnostic and therapeutic challenges", *Drugs Aging*, 30:1–17, 2013.
90. Franssen FME., Spruit MA., Wouters EFM., "Determinants of polypharmacy and compliance with GOLD guidelines in patients with chronic obstructive pulmonary disease", *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 6:493–501, 2011.
91. Krigsman K., Moen J., Nilsson JL., Ring L., "Refill adherence by the elderly for asthma/chronic obstructive pulmonary disease drugs dispensed over a 10-year period", *J Clin Pharm Ther*, 32:603–611, 2007.
92. Restrepo RD., Alvarez MT., Wittnebel LD., Sorenson H., Wettstein R., Vines DL., SikkemaOrtiz J., Gardner DD., Wilkins RL., "Medication adherence issues in patients treated for COPD" *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 3:371–384, 2008.
93. George J., Kong DC., Stewart K., "Adherence to disease management programs in patients with COPD", *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2:253–262, 2007.
94. Kocaman N., Özkan M., Armay Z., Özkan S., "Hastalık algısı ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8: 271-280, 2007.
95. Aras A., Tel H., "Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi", *Türk Toraks Dergisi*, 2, s: 100-110, 2009.
96. Leventhal H., Leventhal EA., Contrada RJ., "Self-regulation, health, and behavior: A perceptual cognitive approach", *Psychology and Health* 13 (4), 717-733, 1998.
97. Groarke A., Curtis J., Clan R., Gsel A., "The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoidarthritis: a longitudinal study", *Psychology and Health*, 20(5): 597–613, 2005.

98. Kaptein AA., Scharloo M., Fischer MJ., Snoei L., Cameron LD., Sont JK. et al "Illness Perceptions and COPD: An Emerging Field for COPD Patient Management", *Journal of Asthma*, 45(8): 625-629, 2008.
99. Petrie JK., Wessely S., "Modern worries, new technology, and medicine" *British Medical Journal*, 324: 690-691, 2002.
100. Petrie KJ., Weinman J., "Why illness perception matter", *Clinical Medicine*, 6: 536, 2006.
101. Armay Z., Özkan M., Kocaman N., Özkan S., "Hastalık algısı ölçeğinin kanser hastalarında türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması", *Klinik Psikiyatri*, 10:192-200, 2007.
102. Özkan S., "Psiko-Onkoloji", *Hastalık Algısı ve Kanser*. İstanbul, 59-70, 2007.
103. Atasever A., Erdinç E., "KOAH'da yaşam kalitesinin değerlendirilmesi", *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51: 446-455, 2003.
104. Aydın IO., Ulusahin A., "Depression, anxiety comorbidity, and disability in tuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease patients: Applicability of the GHQ-12", *General Hospital Psychiatry*, 23: 77-83, 2001.
105. White J., Dixon S., "Nurse led Patient Education Programme for patients undergoing a lung resection for primary lung cancer", *Journal of Thoracic Disease*, 7, Suppl 2, S131-S7, 2015.
106. Tüzün EH., Eker L., "Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi", *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 13(2): 3-8, 2003.
107. Akdemir N., Birol L., "İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı" *Sistem Ofset*, Ankara, s: 193-200, 2005.
108. Öncü E., "Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde akut alevlenme sonrası tens uygulamasının solunum fonksiyonları, egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesi üzerine etkisi", *Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, Kayseri, 2014.
109. Fallowfield L., "What is Quality of Life. Health Economics", *Second Edition*, London, s:3-7, 2009.
110. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) & Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Measuring Healthy Days: Population Assessment of Health-Related Quality of Life. Atlanta: CDC, s: 25-28, 2000.

111. Ford ES., Zhao G., Tsai J., Li C., ‘‘Low-Risk lifestyle behaviors and all-cause mortality: findings from the national health and nutrition examination survey III mortality study’’ *American Journal of Public Health*; 40(4), 998-1005, 2011.
112. Downs CA., ‘‘Functional assessment of chronic obstructive pulmonary disease’’, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23: 161-167, 2011.
113. Ståhl E., Lindberg A., Jansson SA., Rönmark E., Svensson K., Andersson F., Löfdahl CG., Lundbäck B., ‘‘Health-Related Quality of life is related to COPD disease severity’’, *Health Qual Life Outcomes*; 3: 56, 2005
114. Tsiligianni I., Kocks J., Tzanakis N., Siafakas N., van der Molen T., ‘‘Factors that influence disease-specific quality of life or health status in patients with COPD: a review and meta-analysis of Pearson correlations’’, *Prim Care Respir J*, 20(3): 257-268, 2011.
115. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2011.
116. Siafakas NM., Schiza S., Xirouaki N., ‘‘Is dyspnea the main determinant of quality of life in the failing lung? A review’’, *Eur Respir Rev*, 7: 53-6, 1997.
117. Karakoç AK., Yılmaz FT., ‘‘Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış’’, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2): 62-70, 2014.
118. Gürgün A., Erdiñç E., ‘‘Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi’’, In: Bilgiç H, Karadağ M, editors. Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, 6, *Toraks Kitapları Galenos Yayıncılık*; 2008.
119. Carone M., Bertolotti G., Anchisi F., ‘‘Analyses of factors that characterize health impairment in patients with chronic respiratory failure’’, *Eur Respir J*, 13: 1293-300, 1999.
120. Atasever A., Başoğlu ÖK., Bacakoğlu FK., ‘‘Stabil Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olgularında yaşam kalitesini etkileyen faktörler’’, *Türk Toraks Dergisi*, 6(1): 25-30, 2005.

121. Fletcher MJ., Dahl BH., "Expanding nursing practice in COPD: key to providing high-quality, effective, and safe patient care", *Prim Care Respir J*; 22: 230- 233, 2013
122. Zackrisson AB., Hagglund D., "The asthma-COPD nurses' experience of educating patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in primary health care", *Scand J Caring Sci*; 24(1): 147-55 ,2010.
123. Durademir A., "Kronik kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri ve öz bakım davranışları", *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 3(1): 16-20, 1999.
124. Bal Özkaptan., "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan bireylere öz-bakım modeline göre verilen hemşirelik bakımının öz-etkililik üzerine etkisi" *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, Ankara, 2013.
125. Yüksel EG., Ursavaş A., Irdesel J., Koç M., Uzaslan EK., Güneş S ve ark., "Kronik obstrüktif akciğer hastalığında multidisipliner pulmoner rehabilitasyon programının etkinliği", *Akciğer Arşivi*, 6: 115-119, 2005.
126. Bilgiç H., Karadağ M., "Pulmoner Rehabilitasyon Cep Kitabı" *Türk Toraks Derneği*, Türkiye,1-12, 2009.
127. Aydın HT., Yıldız FT., Karagözoğlu Ş., Özden D., "Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: Fenomenolojik Çalışma", *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*, 20: 177-83, 2012.
128. Kütükcü EÇ., Arıkan H., Sağlam M., Yağlı NV., Öksüz Ç., İnce Dİ. ve ark., "Comparison of activities of daily living in geriatric and non-geriatric patients with chronic obstructive pulmonary disease", *Turk Geriatri Derg*, 18:68-74, 2015.
129. Yılmaz CK., Aşiret GD., Çetinkaya F., Kapucu S., "Kronik obstrüktif akciğer hastalarında yorgunluğun günlük ve enstrümental yaşam aktiviteleri üzerine etkisi", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20:2-8, 2017.
130. Demirel U. "KOAHLı hastalarda fonksiyonel performans ve öz-bakım gücünün belirlenmesi" *Cumhuriyet Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi*, s: 91-100, Sivas, 2014.
131. Arslan M., "Kronik obstrüktif akciğer hastalarında beslenme durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki", *Erciyes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi*, s: 57-60, Kayseri, 2014.

132. Özoğlu Aytaç., “Kronik obstrüktif akciğer hastalarına verilen inhaler eğitimin hastaların yorgunluk düzeylerine, günlük yaşam aktivitelerine ve solunum fonksiyon testlerine etkisi”, *Gaziantep Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi*, s: 72-75, Gaziantep, 2015.
133. Erişen M., “ Kronik obstrüktif akciğer hastalığına sahip hastaların yorgunluk düzeylerinin incelenmesi”, *Balıkesir Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi*, s: 69-71, Balıkesir, 2019.
134. Albayrak D., “ KOAH’lı hastalara yaşam modeline göre verilen hemşirelik eğitiminin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisi”, *İnönü Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi*, Malatya, 2018.
135. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ ve ark., “The revised illness perception questionnaire (IPQ-R)”. *Psychol Health*, 17:1-16, 2002.
136. Polatlı M., Yorgancıoğlu A., Aydemir Ö., Yılmaz Demirci N, Kırkıl G., Atış Naycı S., Köktürk N., Uysal A., Akdemir SE, Özgür ES, Günakan G, St. George solunum anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği. *Tüberküloz ve Toraks*, 61(2): 81-87, 2013.
137. Mewes R., Rief W, Kenn K., et al., “Psychological predictors for health-related quality of life and disability in persons with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)”, *Psychol Health*, 31: 470–486, 2016.
138. Vaske I., Kenn K, Keil DC., et al., “Illness perceptions and coping with disease in chronic obstructive pulmonary disease: effects on health-related quality of life”, *J Health Psychol* ; 22: 1570–1581, 2017.
139. Alonso T., Sobradillo P., Torres J P., “Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Women”, *Arch Bronconeumol*, 53(4), 222-227, 2017.
140. Kamil F., Pinzon I., Foreman MG,. “Sex and race factors in early onset COPD”, *Curr Opin Pulm Med*, 19:140-4, 2013.
141. Kocabaş A., Atış S., Çöplü L., Erdinç E., Ergan B., Gürgün A., Köktürk N., Polatlı M., Şen E., Yıldırım N., “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu 2014”, *Türk Toraks Derg*; 15 (2), s. 1-11, 2014.
142. Abul Y., Özlü T., “Türkiye’de KOAH Epidemiyolojisi”, *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1:7–12, 2013.

143. Günay S., Günay E., Sönmez ÖS., Demirci YN., Keyif İA., Şimşek C., "KOAH tanılı hastalarda solunumsal maruziyetler ile hastalık arasındaki ilişkinin incelenmesi" *Turkish Journal of Geriatrics*, 16(3):243-252, 2013.
144. Schure MB., Borson S., Nguyen HQ., Trittschuh EH., Thielke SM., Pike KC., "Associations of cognition with physical functioning and health-related quality of life among COPD patients", *Respiratory Medicine*, 114: 46-52, 2016.
145. Özden Gökçek Ö., Doğru Hüzmeli E., Katayıfçı N., "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Dispnenin Yaşam Kalitesi ve Depresyona Etkisi", *ACU Sağlık Bil Derg*, 10(1):84-88, 2019
146. Vestbo J., Hurd SS., Agustí AG., Jones P W., Vogelmeier C., AnzuetoA., Barnes PJ., Fabbri LM., Martinez F J., Nishimura M., StockleyRA.,Sin DD., Rodriguez-Roisin R., "Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease", *AJRCCM*, 18(4), 347-365, 2013.
147. Cortopassi F., Gurung P., Pinto-Plata V., "Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Elderly Patients", *Clinics in Geriatric Medicine*, 33(4), 539-552, 2017.
148. Salepci BM., Havan A., Fidan A., Kırnal N., Saraç G., "Sigara Bırakma Polikliniğinin KOAH ve Küçük Hava Yolu Hastalığının Erken Tespitine Katkısı", *Solunum*, 15(2): 100-104, 2013.
149. Özlü T., "Türkiye'de KOAH Epidemiyolojisi" *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1 (1): 7-12, 2013.
150. İnternet: Global initiative for Chronic Obstructive lung disease global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (Updated 2014) <http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/gold-2014.pdf> E. T: 02.09.2019.
151. Hillas G., Perlikos F., Tsiligianni I., Tzanakis N., "Managing comorbidities İn COPD", *Int j Chron Obstruct pulmon Dis*, 7(10):95-109, 2015.
152. Özlü T., "Türkiye'de KOAH Epidemiyolojisi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1 (1): 7-12, 2013.
153. Uzun K., Maden E., "KOAH'da Sistemik Sorunlar ve Yaklaşım", *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1 (1) : 152-160, 2013.

154. Kırkıl G, Deveci F., Turgut T., Muz MH., Türkoğlu S., ‘‘KOAH’lı Olguların Hastanede Yatış Süresini Etkileyen Faktörler’’, *Firat Tıp Derg/Firat Med J*, 18(3): 171-175, 2013.
155. Reis AJ., Alves C., Furtado S., Ferreira J., Drummond M., Robalo-Cordeiro C ‘‘COPD exacerbations: management and hospital discharge’’, *Pulmonology.*, 24(6), 345-350, 2018.
156. Karagülle Ç., ‘‘Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi’’, *Yüksek Lisans Tezi, Bolu Abant Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Bolu, 1-112, 2019.
157. Kara A. ‘‘KOAH’lı Hastalarda Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi’’ *Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Balıkesir, 1-127, 2019.
158. Kılıçkaya C., Karakaş SA., ‘‘The effect of İllness Perception on Loneliness and Coping with Stress in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)’’, *International Journal of Caring Sciences*, 9(2), 481-488, 2016.
159. Karabulutlu Yılmaz E., Karaman S., ‘‘Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi’’ *HSP*, 2(3), 271-284, 2015.
160. Özdemir Ü., Taşcı S., ‘‘Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım’’, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72, 2013.
161. Yılmaz Karabulutlu E., Okanlı A., ‘‘Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi’’, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(4): 25-31, 2011.
162. Zuhur Ş., Özpancar N., ‘‘Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme’’, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(2): 57-74, 2017.
163. Kepenek B., ‘‘Sirozlu Hastalarda Öz Bakım Gücü ile Hastalık Algısı Arasındaki İlişki’’, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2014.
164. Chousemoglou B., ‘‘KOAH’da psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesi üzerine etkisi’’, *Uzmanlık Alan Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi*, Kocaeli, 1-70, 2018.

165. Akbay S., Kurt B., Ertürk A., Gülhan M., Çapan N., ‘‘KOAH’da yaşam kalitesive solunum fonksiyon testi ilişkisi’’, *Tüberküloz ve Toraks*, 49, 338-344, 2001.



EK I. HASTA TANITIM FORMU

Anket No:

Tarih:

Hastanın Adı Soyadı:

1. Yaşınız?.....

2. Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

3. Medeni durumunuz? 1. Evli 2. Bekar

4. Eğitim durumunuz nedir?

1. Okur yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlk- ortaokul mezunu 4. Lise mezunu
5. Üniversite mezunu 6. Diğer (ise belirtiniz.....)

5. Mesleğiniz nedir?

1. Ev hanımı 2. İşçi 3. Memur 4. Emekli
5. Serbest meslek 6. Çiftçi 7. Diğer.....

6. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

1. Yalnız yaşıyorum 2. Eşim ile birlikte 3. Eşim ve çocuklarım ile birlikte
4. Diğer (ise belirtiniz.....)

7. Size göre gelir durumunuz nasıl? 1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü

8. BKİ:..... (Boyunuz:..... Kilonuz:.....)

9. Ne kadar süredir KOAH hastalığınız var?.....

10. Ailenizde başka KOAH hastası var mı?

1. Evet (ise açıklayınız.....)
2. Hayır

11. Daha önce KOAH nedeniyle hastaneye yatışınız oldu mu?

1. Evet 2. Hayır (ise 13. soruya geçiniz)

12. Hastaneye kaç kez yattınız?

13. Başka kronik bir hastalığınız/hastalıklarınız var mı?

1. Evet 2. Hayır (ise 17. soruya geçiniz)

14. Cevabınız evet ise hastalığınız/hastalıklarınız nedir?

15. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Hiç içmedim

2. İçtim,..... yıl kullandım.....süre önce bıraktım

3. Halen içiyorum.....yıldır, günde.....tane/paket

16. Bulduğunuz ortamda sigara içiliyor mu?

1. Evet 2. Hayır

17. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Hayır hiç kullanmadım

2. Daha önce kullandım şimdi

kullanmıyorum(miktarı/zamanı.....)

3. Evet, halen kullanıyorum.

(miktarı/zamanı.....)

18. KOAH nedeniyle kullandığınız ilaçlar nelerdir? Belirtiniz.

19. Ne kadar süredir ilaç kullanıyorsunuz?.....

20. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

1-Evet (ise 24. soruya geçiniz) 2-Hayır

21. İlaçlarınızı düzenli olarak kullanmama nedenlerini açıklar mısınız?

22. Kullandığımız ilaçların yan etkileri oldu mu?

1. Evet 2. Hayır(ise 26. soruya geçiniz)

23. Cevabınız evet ise nasıl bir yan etkisi oldu? Açıklayınız.

24. Evde ısınmak için ne kullanıyorsunuz?.....



EK II**HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ****İsim:****Tarih:****HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ**

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	Hastalığımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım		Bu belirti hastalığımla ilgili	
Ağrı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz..

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış					

açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığının ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığının iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığının seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığının sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığının iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığının olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığının belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığının belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığının belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemmez)					
32. Hastalığının daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o

nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (ırsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz. Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

EK III

ST. GEORGE SOLUNUM ANKETİ

1.KISIM

Geçtiğimiz yıl içerisinde ne kadar göğüs problemi yaşadığınızla ilgili sorular (lütfen her bir soru için tek bir seçeneği işaretleyiniz)

1) Geçtiğimiz yıl öksürdüğüm günler

- a) Haftanın çoğu günü
- b) Haftada birkaç gün
- c) Ayda birkaç gün
- d) Sadece göğüs enfeksiyonları olduğunda
- e) Hiç olmadı

2) Geçtiğimiz yıl balgam çıkardığım günler

- a) Haftanın çoğu günü
- b) Haftada birkaç gün
- c) Aydan birkaç gün
- d) Sadece göğüs enfeksiyonları olduğunda
- e) Hiç olmadı

3) Geçtiğimiz yıl nefes darlığı çektiğim günler

- a) Haftanın çoğu günü
- b) Haftada birkaç gün
- c) Ayda birkaç gün
- d) Sadece göğüs enfeksiyonları olduğunda
- e) Hiç olmadı

4) Geçtiğimiz yıl zorlukla hırıltılı nefes alıp verdiğim günler

- a) Haftanın çoğu günü
- b) Haftada birkaç gün
- c) Ayda birkaç gün

d) Sadece göğüs enfeksiyonları olduğunda

e) Hiç olmadı

5) Geçtiğimiz yıl içerisinde ciddi ya da oldukça ağır akciğer problemi yaşadınız

a) Üç kereden daha fazla

b) Üç kez

c) İki kez

d) Bir kez

e) Hiç

6) En kötü solunum zorluğu döneminiz ne kadar sürdü (eğer ciddi atağınız olmadıysa 7.soruya geçiniz)

a) 1 hafta ya da daha fazla

b) 3 gün ya da daha fazla

c) 1 ya da 2 gün

d) 1 günden daha az

7) Geçtiğimiz yıl içerisinde 1 hafta içerisinde ortalama kaç gün kendinizi iyi hissettiniz (göğüs sıkıntılarınız azdı)

a) Hiç iyi günüm olmadı

b) 1 ya da 2 iyi günüm oldu

c) 3 ya da 4 iyi günüm oldu

d) Hemen hemen her gün iyiydim

e) Her gün iyiydim

8) Eğer sıkıntılı solunumunuz var ise bu en çok sabahları mı oluyor?

a) Hayır

b) Evet

2.KISIM

9) Akciğer durumunuzu nasıl tanımlardınız? Lütfen sadece tek bir seçeneği işaretleyiniz

- a) Sahip olduğum en önemli problemim
- b) Bende pek çok probleme neden oluyor
- c) Bende fazla problem yaratmıyor
- d) Hiç problem yaratmıyor

10) Eğer para kazandığınız bir işiniz var ise lütfen bunlardan birini işaretleyiniz. Lütfen sadece tek bir seçeneği işaretleyiniz

- a) Akciğer hastalığım işimi tamamen bırakmama sebep oldu
- b) Akciğer hastalığım işimi engelledi ya da işimi değiştirmeme neden oldu
- c) Akciğer hastalığım işimi engellemiyor⁷¹

11) Aşağıdaki sorular şu günlerde hangi aktivitelerin sizi nefes nefese bıraktığı hakkındadır. Lütfen her soru için doğru ya da yanlış olarak tek bir kutuyu işaretleyiniz.

	DOĞRU	YANLIŞ
a. Oturmak ya da düz yatmak		
b. Yıkanmak ya da giyinmek		
c. Ev içerisinde yürümek		
d. Dışarıda kaldırımlarda yürümek		
e. Yürüyerek merdiven çıkmak		
f. Tepeye tırmanmak		
g. Spor yapmak, oyun oynamak		

12) Aşağıdakiler, içinde bulunduğumuz günlerdeki öksürük ve nefes darlığınızla ilgili sorulardan oluşmaktadır.

Her birisi için size uygun olanı doğru ya da yanlış şeklinde işaretleyiniz

	DOĞRU	YANLIŞ
a. Öksürürken canım yanıyor		
b. Öksürürken yoruluyorum		
c. Konuşurken nefessiz kalıyorum		

d. Öne eğilince nefes nefese katılıyorum		
e. Öksürük ve nefes atışım yüzünden uykum bölünüyor		
f. Kolaylıkla tıkanıyorum		

13) Aşağıdakiler, içinde bulunduğumuz günlerde akciğer hastalığınızın sizin üzerinizdeki diğer etkileri ile ilgili bazı maddelerden oluşmaktadır. Lütfen her bir madde için size uygun olan tek bir yanıtı işaretleyiniz

Öksürük ve nefes alış şeklim yüzünden toplum içinde utanıyorum		
Göğüs problemim yüzünden yakınlarıma sorun oluyorum		
Nefesimi tam alamadığım zaman korkuyorum ve panik oluyorum		
Solunum problemimi tam olarak kontrol edemediğimi hissediyorum		
Akciğer hastalığımın daha iyi olacağını zannetmiyorum		
Akciğer problemim yüzünden daha çabuk hastalanır oldum		
Egzersiz bana iyi gelmediğini düşünüyorum		
Ne yaparsam çok yoruluyorum		

14) İlaçlarınızla ilgili sorular. Eğer hiç ilaç almıyorsanız doğrudan 6. Bölüme geçiniz. Bu bölümü tamamlamak için lütfen size uygun olanı doğru ya da yanlış şeklinde işaretleyiniz

a. İlaçlarımdan çok fayda görmüyorum		
b. Topluluk içinde ilaçlarımı kullanmaktan utanıyorum		
c. İlaçlarımın bazı hoş olmayan yan etkileri var		
d. İlaçlarımın yaşantım üzerine olumsuz yan etkileri var		

15) Bu sorular aktivitelerinizin solunumunuzdan ne kadar etkilendiği hakkındadır. Her bir soruda sorunun bir ya da daha fazla kısmı size uyuyorsa doğru olarak işaretleyiniz, aksi halde yanlış olarak işaretleyiniz.

a. Yıkanırken ve giyinirken çok zaman harcıyorum		
b. Banyo ya da duş yapamıyorum ya da çok zamanımı alıyor.		
c. Diğer insanlardan daha yavaş yürüyorum ya da dinlenmek için duruyorum		
d. Ev işi ve benzer işler uzun zaman alıyor ya da dinlenmek zorunda kalıyorum		
e. Bir kat merdiveni çıkarsam yavaşlamak zorundayım ya da duruyorum		
f. Acele edersem ya da hızlı yürürsem durmak ya da yavaşlamak zorundayım		
g. Solunum sıkıntım yüzünden; yokuş tırmanmak, bahçeyle ilgilenmek (tohum ekmek gibi basit işler), merdiven çıkarken eşya taşımak, dans etmek gibi aktiviteleri yapmak bana zor geliyor		
h. Solunum sıkıntım yüzünden: ağır eşya taşımak, bahçede toprak kazmak, saatte 8 km hızla yürümek, tenis oynamak ya da yüzmek gibi aktiviteler bana zor geliyor		
i. Solunum sıkıntım yüzünden: çok ağır iş yapmak, koşmak, bisiklete binmek, hızlı yürümek ya da müsabaka sporları yapmak bana zor geliyor		

16) Göğüs hastalığının sizin günlük yaşantınızı genellikle nasıl etkilediğini öğrenmek istiyoruz. Lütfen doğru ya da yanlış olarak işaretleyiniz.

(Unutmayınız ki doğru olarak yanıtladıklarınız sadece solunumunuz nedeniyle yapamadıklarınızı gösterecektir.)

a. Spor yapamıyorum, oyun oynayamıyorum		
b. Eğlenmek için dışarı çıkamıyorum		
c. Alışveriş yapmak için ev dışına çıkamıyorum		
d. Ev işlerini yapamıyorum		
e. Yatağımdan ya da sandalyemden fazla uzaklaşamıyorum		

Lütfen göğüs probleminiz nedeniyle yapamadığınız diğer önemli aktiviteleri yazınız.

.....
.....
.....
.....

17) Göğsünüzün sizi nasıl etkilediğini sizce en iyi aşağıdakilerden hangisi tanımlamaktadır.

Lütfen aşağıdaki seçeneklerden sadece bir tanesini işaretleyiniz.

- a) Yapmak istediğim hiçbir şeyden beni alıkoymuyor
- b) Yapmak istediğim bir iki şeyi engelliyor
- c) Yapmak istediğim çoğu şeyi yapmamı engelliyor
- d) Yapmak istediğim her şeyi yapmamı engelliyor

EK-V. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRME

Sayın Gönüllü, bu araştırma, tedaviye uyumunuz, hastalık algınız ve yaşam kalitenizi belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Çalışmada sosyo-demografik özellikleriniz, tedaviye uyumunuz, hastalık algınız ve yaşam kalitenizi belirlemek için hazırlanmış soru formlarını cevaplamanız istenecektir. Bu çalışmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz. Başlangıçta kabul edip daha sonra fikir değiştirip, hiçbir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Böyle bir durumda size gösterilen tıbbi özende bir değişme olmayacaktır. Elde edilen veriler bilimsel amaç için toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Bilgilendirmeyi yapan

Adı-Soyadı:

Zeynep PALTACI
Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi

Fen Bilimleri Enstitüsü

Tel:

GÖNÜLLÜ OLURU

Aşağıda imzası bulunan ben Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlı kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Çalışmaya katılmayı başlangıçta kabul edip sonradan vazgeçme gibi bir seçim şansımın olduğu bana söylenmiştir. Bu şartlar altında söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunda yer alan bilgileri okudum.

Tarih:

**Bilgilendirmeyi yapan
Tarih**

Gönüllü

Kuruluş Görevlisi

Adı Soyadı:

Adı Soyadı:

Adı Soyadı:

Tel:

İmza

İmza

İmza

**EK- VI. NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU
KARARI**



T.C.

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Etik Kurulu

Sayı :84902927

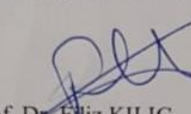
.../.../2015

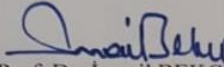
Konu :Yrd.Doç.Dr.Rabiye ÇIRPAN(EĞLENCE)
Zeynep ERTAŞ

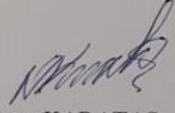
Karar Tarihi:27.03.2015

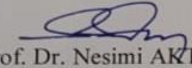
Karar No: 2015.03.03

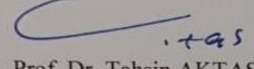
Proje yürütücülüğünü Yrd.Doç.Dr.Rabiye ÇIRPAN(EĞLENCE) ile Üniversitemiz Fen Bilimleri Enstitüsü Ortak Program Yüksek Lisans Öğrencisi Zeynep ERTAŞ'ın üstlendiği "Kronik Obstrüksiyon Akciğer Hastalarının Tedaviye Uyum, Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" isimli araştırma projesi dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, projenin gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına kurulumuz üyeleri tarafından oy birliği ile karar verilmiştir.

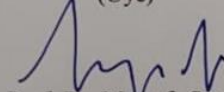

Prof. Dr. Filiz KILIÇ
(Başkan)

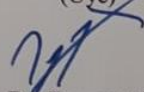

Prof. Dr. İsmail BEKCI
(Üye)

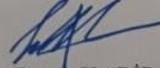

Prof. Dr. Nimet KARATAŞ
(Üye)

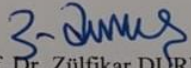

Prof. Dr. Nesimi AKTAŞ
(Üye)


Prof. Dr. Tahsin AKTAŞ
(Üye)


Prof. Dr. Mustafa Servet AKPOLAT
(Üye)


Prof. Dr. Zeynep ASLAN
(Üye)


Prof. Dr. Fatma KARİPCİN
(Üye)


Prof. Dr. Zülfikar DURMUŞ
(Üye)

2000 Evler Mahallesi Zübeyde Hanım Cad. 50300 NEVŞEHİR
Tel : 0 384 228 10 05-12016 Faks : 0 384 228 10 37

İrtibat: Gülsüm SARI
Elektronik Ağ : <http://www.nevsehir.edu.tr>

EK VII. YOZGAT İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ KURUM İZİNİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Sayı : 95796091-010.07

Konu : Araştırma İzni

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
DAİRE BAŞKANLIĞI
19.06.2013 10:38 03796091/010/180
01339938

YOZGAT KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİNE (Genel Sekreterlik)

Üniversiteler, diğer özel ve kamu kuruluşları, araştırma görevlileri veya şahıslar tarafından Kurumumuza bağlı 2 inci ve 3 üncü basamak sağlık tesisleri ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinde hasta ve/veya çalışanları kapsayacak şekilde araştırma, tez çalışması, anket ve benzeri çalışmaların yapılması konusunda izin talebinde bulunulmaktadır.

Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar İle İlgili Usul Ve Esaslar Hakkında Yönerge kapsamında bulunmayan söz konusu çalışmalara ilişkin izin/onay taleplerinin, çalışmaya başlama sürecinin ve bürokrasinin azaltılması bakımından Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerince mevzuat ve bilimsel esaslar çerçevesinde değerlendirilerek izin verilmesi uygun görülmüştür.

Bu çerçevede; Başvuruların Kurumumuzla yazıymaya gerek kalmadan mahallinde değerlendirilip sonuçlandırılması, çalışmaların sağlık tesislerinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, ekte gönderilen başvuru formundaki bilgilerin göz önünde bulundurulması ve yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla izin taleplerinin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerince değerlendirilerek sonuçlandırılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Hasan ÇAĞIL
Kurum Başkanı

EK:
Başvuru Formu (2 sayfa)

DAĞITIM:
87 Kamu Hastaneleri Birliğine (Genel Sekreterlik)
Yükseköğretim Kurulu Başkanlığına

Kamu Hastane Birlikleri Daire Başkanlığı
Nasuh Akar mah. Ziyabey Cad. 1407. sok. No:4
Balgat-Çankaya/Ankara

Ayrıntılı bilgi için irtibat: N.GÜNERİ
Tel: 0(312)705 16 76
Faks: 0(312)705 15 98

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Zeynep Paltacı 1991 yılında Nevşehir’de doğdu. İlk, orta ve yükseköğrenimini Nevşehir’de tamamladı. 2009’da kazandığı Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sema ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünden 2013 yılında mezun oldu. Aynı yıl Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi ve Erciyes Üniversitesi ortak tezli yüksek lisans programının, Hemşirelik Ana Bilim Dalında Yüksek Lisansa başladı. 2014 yılında Yozgat Sorgun Devlet Hastanesi’nde göreve başladı. Paltacı bir kız çocuğu annesi olup, halen Yozgat Sorgun Devlet Hastanesi’nde görevine devam etmektedir.

Adres : Aydınlık Evler Mahallesi 6300. Cadde Megapark Konutları No:6 A Blok
Kat:1/1

Yozgat/Sorgun

Telefon: 0354 219 19 19

e-posta: zpaltaci@hotmail.com

