



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIKLI BİREYLERİN**  
**HASTALIĞA UYUMLARI VE YAŞAM KALİTELERİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**ARZU SIDAR DİLBAZ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**TEZ DANIŞMANI**  
**DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖZDEN DEDELİ ÇAYDAM**

**MANİSA 2020**





TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIKLI BİREYLERİN  
HASTALIĞA UYUMLARI VE YAŞAM KALİTELERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

ARZU SIDAR DİLBAZ  
YÜKSEK LİSANSTEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖZDEN DEDELİ ÇAYDAM

Tez sınav jürisi

Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM

Dr. Öğr. Üyesi Aynur ÇETİNKAYA

Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL

MANİSA 2020

T.C  
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
ULUSAL TEZ MERKEZİ

## TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10324820
Yazar Adı / Soyadı	ARZU SIDAR DİLBAZ
T.C.Kimlik No	31069100998
Telefon	5309248396
E-Posta	arzusidardilbaz@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Hastalığa Uyumluluğu ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi
Tezin Tercümesi	Assessment of illness adaptation and quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease
Konu	Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Radyoloji Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Dahiliye Hemşireliği Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2020
Sayfa	77
Tez Danışmanları	DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖZDEN DEDELİ ÇAYDAM
Dizin Terimleri	Yaşam kalitesi=Quality of life ; Hasta uyumu=Patient compliance ; Psikolojik uyum=Psychological adjustment
Önerilen Dizin Terimleri	

13.02.2020

İmza:.....

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIKLI BİREYLERİN  
HASTALIĞA UYUMLARI VE YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Öğrenci: Arzu SIDAR DİLBAZ**

**Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM**

**İkinci Tez Danışmanı: -**

Bu tez çalışması 12.02.2020 tarihinde jürimiz tarafından “ Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı” nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

**Tez Danışmanı:** Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM  
MCBÜSBF

**Üye :** Dr. Öğr. Üyesi Aynur ÇETİNKAYA  
MCBÜSBF

**Üye:** Doç. Dr. Şebnem ÇINAR  
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

**Üye:** Unvanı, Adı ve Soyadı (imza)  
(Kurumu)

**Üye:** Unvanı, Adı ve Soyadı (imza)  
(Kurumu)

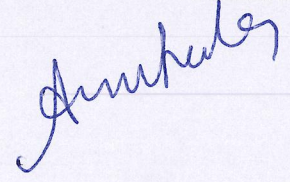
Bu tez, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından başarılı bulunmuştur. .... /..... /.....

Prof. Dr. Ömer TETİK  
Enstitü Müdürü

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Arzu SIDAR DİLBAZ



## **BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Arzu SIDAR DİLBAZ

## **TEŞEKKÜR**

*Fikir ve önerileri ile tezimi başından sonuna kadar yönlendiren  
danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM 'a*

*Bilgi ve deneyimleri ile tezime yaptığı katkılardan dolayı*

*sayın hocam Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ'e*

*Bilimsel ve akademik destekleri için sayın hocam*

*Prof. Dr. Arzu YORGANCIOĞLU'na*

*Bilimsel katkı ve önerileri için sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Aynur ÇETİNKAYA ve*

*Doç. Dr. Şebnem ÇINAR'a,*

*Araştırmaya katılan tüm hastalar ve ailelerine,*

*MCBÜ Hafsa Sultan Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisine ve çalışmakta olduğum*

*Kulak Burun Boğaz Servisine,*

*hep yanımda olan dostlarıma,*

*beni bugünlere getiren, hakları ödenmeyecek olan annem Perihan SIDAR ve babam*

*Ali SIDAR'a ,her zaman yanımda olan kız kardeşlerim Gamze Sıdar, Yurdağül Sıdar*

*ve Gonca Sıdar'a, sevgi ve desteğini benden esirgemeyen değerli eşim Mahmut*

*DİLBAZ ve oğlum Ali Tuğra DİLBAZ 'a sevgi ve şükranlarımı sunar*

**TEŞEKKÜR EDERİM.**



## KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease(KOAH için küresel girişim)

KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

Maks: Maksimum

Min: Minimum

Ort: Ortalama

RAM: Roy adaptasyon modeli

Sd: Standart deviation

SS : Standart Sapma

SGRQ: St.GeorgeSolunumAnketi

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
<b>I.BEYAN</b>	İ
<b>II.TEŞEKKÜR</b>	İi
<b>KISALTMA VE SİMGELER</b>	İii
<b>İÇİNDEKİLER</b>	İv
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	Vii
<b>1.ÖZET</b>	1
<b>2.ABSTRACT</b>	3
<b>3.GİRİŞ VE AMAÇ</b>	5
<b>4. GENEL BİLGİLER</b>	7
4.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	7
4.1.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanımı	7
4.1.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Epidemiyolojisi	7
4.1.3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Patofizyolojisi	8
4.1.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Risk Faktörleri	9
4.1.5.Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Belirti ve Bulguları	10
4.1.6. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Tanı	10
4.1.7. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Tedavi	11
4.1.7.1 Hastalık Gelişiminin ve İlerlemesinin Önlenmesi	12
4.1.7.2. Farmakolojik Tedavi	12
4.1.7.3.Nonfarmakolojik Tedavi	13
4.1.7.3.1.Eğitim ve Özyönetim	13
4.1.7.3.2.Pulmoner Rehabilitasyon	13
4.1.7.3.3.Psikolojik, Sosyal ve Davranışsal Girişimler	13
4.1.7.3.4.Beslenme	14
4.1.7.4. Oksijen Tedavisi	14
4.1.7.5. Hemşirelik Bakımı	14

4.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Yaşam Kalitesi	15
4.3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Uyum Süreci	16
4.4. Roy Adaptasyon Modeli	18
4.5. Roy Adaptasyon Modeli'nin Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Hastalığa Uyumlarında Kullanımı	19
4.5.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Fizyolojik Gereksinimleri	19
4.5.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerde Benlik Kavramı	20
4.5.3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Rol Fonksiyonunda Görülen Değişimler	21
4.5.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerde Karşılıklı Bağlılık Alanları	21
<b>5.GEREÇ VE YÖNTEM</b>	22
5.1. Araştırmanın Tipi	22
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi	22
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
5.4. Araştırmanın Soruları	23
5.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	23
5.6. Veri Toplama Araçları	23
5.6.1. Hasta Tanıtım Formu	23
5.6.2. Uyum Değerlendirme Formu	24
5.6.3. St. George Solunum Sistemi Anketi	24
5.7. Veri Toplama Yöntemi	25
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi	25
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
5.10. Araştırmanın Etik Yönü	26
<b>6.BULGULAR</b>	27
6.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile İlgili Bulgular	27
6.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Uyum Değerlendirme Formu'ndan Aldıkları Puanlar	30

6.3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin St. George Solunum Anketi'nden Aldıkları Puanlar	31
6.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Uyum Değerlendirme Formu'ndan Aldıkları Puanlar ile St. George Solunum Anketi'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki Korelasyonlar	32
<b>7. TARTIŞMA</b>	34
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	41
<b>9. KAYNAKLAR</b>	42
<b>10.EKLER</b>	48
Ek-1 Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	48
Ek-2 Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı İzni	49
Ek-3 Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul izni	50
Ek-4 Anket Formu	52
Ek-5 Uyum Değerlendirme Formu'nun Yazar izni	63
Ek-6 St. George Solunum Anketi'nin Yazar İzni	64
Ek-7 Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu	65
<b>11. ÖZGEÇMİŞ</b>	66

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. KOAH’da Spirometrik Derecelendirme	11
Tablo 6.1.1. Araştırmaya katılan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri	27
Tablo 6.1.2. Araştırmaya Katılan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Sigara Kullanımı Özelliklerine Göre Dağılımı	28
Tablo 6.1.3. Araştırmaya katılan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Klinik Özellikleri	29
Tablo 6.2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Uyum Değerlendirme Formu’ndan Aldıkları Puanlar	30
Tablo 6.3.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin St. George Solunum Anketi’nden Aldıkları Puanlar (n=208)	31
Tablo 6.4.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Uyum Değerlendirme Formu’ndan Aldıkları Puanlar ile St. George Solunum Anketi Aldıkları Puanlar Arasındaki Korelasyonlar	32

# **Tezin Başlığı: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Hastalđa Uyumları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi**

**Öğrencinin Adı:** Arzu SIDAR DİLBAZ

**Danışmanı:** Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM

**Anabilim Dalı:** Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

## **1.ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışmada amaç, kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerin hastalık uyumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma, Manisa ilinde bir üniversite hastanesinin göğüs hastalıkları servisinde yatarak sağlık bakım hizmeti alan 208 kronik obstrüktif akciğer hastalıklı birey ile yürütüldü. Araştırmada veriler, Hasta Tanıtım Formu, Uyum Değerlendirme Formu ve St. George Solunum Anketi (SGRQ) ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel analizler ve korelasyon analizi yapıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması  $65,23 \pm 11,04$  (42-87) yıl olup büyük çoğunluğu (%76,0) erkek idi. Çalışmaya katılan kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerin uyum değerlendirme formunun alt boyutlarından aldıkları sırası ile Benlik Kavramı Uyumunu için  $11,71 \pm 6,68$ , Fizyolojik Uyum için  $10,09 \pm 5,43$ , Rol Fonksiyonu Uyum için  $6,24 \pm 3,75$  olarak bulundu. SGRQ'nun alt boyutlarından alınan puanlar ise sırası ile Aktivite alt boyutu için  $67,0 \pm 25,5$ , Semptomlar alt boyutu için  $63,4 \pm 25,5$ , Hastalığın Etkileri alt boyutu için  $54,1 \pm 24,8$  olduğu görüldü. Uyum Değerlendirme Formu ve SGRQ'nun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi.

**Sonuçlar:** Araştırma sonuçları, kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerin hastalık uyumlarında en sık etkilenen alanın benlik kavramına uyum, yaşam kalitelerinde ise en çok etkilenen alanının aktiviteler olduğunu ve fizyolojik uyum, benlik uyumu, rol fonksiyonu uyumları azaldıkça yaşam kalitelerinin de olumsuz etkilendiğini gösterdi.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta uyumu, psikolojik uyum, yaşam kalitesi



**Title: Assessment of illness adaptation and quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease**

**Student name:** Arzu SIDAR DILBAZ

**Supervisor:** Ozden DEDELI CAYDAM, AsstProf

**Department:** Department of Nursing, Master's Degree Programme in Internal Medicine Nursing

## **2.ABSTRACT**

**Aim:** The purpose of this study was to illness adaptation and quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease.

**Materials and Methods:** This study which is descriptive and cross sectional was conducted with 208 patients with chronic obstructive pulmonary disease at the chest disease clinic hospitalized in a university hospital in Manisa, Turkey (West Anatolia). The data were collected by means of patient information form, Adaptation Evaluation Form and St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). Descriptive and correlation were used in statistical analysis. Arithmetic averages, standard deviation (sd), percentage were used in statistical analysis.

**Results:** The average age of patients were  $65.23 \pm 11.04$  (42-87) years, 76.0% were male. It was found that the subscales scores of Adaptation Evaluation Form were for Self Concept Adaptation  $11.71 \pm 6.68$ ; for Physiologic Adaptation  $10.09 \pm 5.43$ ; for Role Function Adaptation  $6.24 \pm 3.75$ , respectively. Also, it was found to be SGRQ activity score was  $67.0 \pm 25.5$ ; SGRQ symptom score was  $63.4 \pm 25.5$ ; SGRQ impact score was  $54.1 \pm 24.8$ . A positive correlation was defined between the subscales scores of Adaptation Evaluation Form and SGRQ subscales scores.



**Conclusion:** The results of this study indicated that Self Concept Adaptation was the most affected area in illness adaptation, also Activity was the most affected area in quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease, and their quality of life was adversely affected as the levels of Self Concept Adaptation, Physiologic Adaptation, Role Function Adaptation decreased.

**Keywords:** Patient compliance, psychological adjustment, quality of life.



### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), zararlı partikül ve gazlara karşı hava yollarında ve akciğer parankiminde kronik inflamatuvar yanıt ile karakterize, ilerleyici ve sürekli hava yolu kısıtlılığına neden olan, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. KOAH, dünyada ölüm nedeni olarak dördüncü sırada yer alan ve yüksek morbidite ve mortaliteye sahip, öncelikli bir toplum sağlığı sorunudur (Abul ve Özlü 2013). KOAH'lı bireyler yılda birkaç kez atak geçirmektedirler. Atak KOAH'da morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Atağa bağlı hastane mortalitesi %11 civarındayken 1 yıllık mortalite %43'lere kadar çıkmaktadır (Umut 2008).

Kronik solunum sistemi hastalıkları içinde KOAH neden olduğu mortalite ve morbiditeye ek olarak, sosyoekonomik kayıplar ve yaşam kalitesi bozulmaları ile oldukça geniş boyutlu bir sağlık sorununu oluşturmaktadır. Küresel boyutlu değerlendirmelerde, KOAH neden olduğu yeti yitimi ve doğumda beklenen yaşam süresinde azalma sonucunda, bulaşıcı hastalıklar, yaralanmalar, kardiyovasküler hastalıklar ve kanserlerden sonra beşinci sırada yer aldıkları görülmektedir (Ergan Arsava ve Çöplü 2007). Günümüzde farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi yöntemleri uygun hastalarda doğru kullanımla hastaların semptomları, solunum fonksiyonları ve alevlenmeler üzerinde olumlu etkileri olduğu, hastalıkla ilgili sağlık giderlerini azaltarak yaşam kalitesini de arttırdığı gösterilmektedir. Kronik hastalıkların yönetiminde çok boyutlu ve önemli bir sorun olan tedavi uyumu, KOAH'lı bireylerde de oldukça sık görülmektedir (Oğuzülgen ve ark. 2014; Çalikoğlu 2015). Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerde yapılan çalışmalarda tedavi uyumsuzluğunun %40 ile %60 arasında değiştiği, önerilen inhaler tedavilerin yanlış kullanım oranlarının ise %4 ile %95 arasında değiştiği bildirilmiştir (Lavorini ve ark. 2008; Restrepo ve ark. 2008; Souza ve ark. 2009). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tedavi uyumsuzluğu nedenlerini, hasta ilişkili, hastalık ilişkili, tedavi ilişkili, sosyoekonomik ve sağlık sistemi ilişkili olmak üzere beş başlık altında toplamıştır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında tedavi uyumsuzluğu birkaç başlık altında toplanmaktadır. Bunlar kasıtsız/bilmeyerek tedaviye uymama ve kasıtlı/bilerek tedaviye uymamadır. Tedavi uyumsuzluğunun birçok nedeni olmakla birlikte genellikle çok yaşlı, sigaradan vazgeçmemiş, hafif ya da orta şiddette KOAH'ı olan,

çoklu tedaviler alan, yalnız yaşayan, depresyonu olan, ekonomik kaynakları sınırlı, hastalığın ve semptomların gereğince farkında olmayan, bilişsel ve kültürel sınırlılıkları olan, ilaca ya da hekime güvenmeyen KOAH'lı bireylerde tedavi uyumsuzluğun sık görüldüğü belirtilmektedir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında tedavi uyumsuzluğunun hasta, ailesi, sağlık bakım ekibi ve sağlık giderleri üzerine birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Bunlar, tekrarlayan hastane yatışları, hastane yatışlarının uzaması, semptomların kötüleşmesi, artan alevlenme, bağımlılığın ve bakım gereksinimlerinin artması, artan bakım yükü ve maliyetler ve yaşam kalitesinde azalmadır (Oğuzülgen ve ark. 2014; Deniz ve ark. 2014; Çalikoğlu 2015).

Son yıllarda, birçok kronik hastalıkta yaşam kalitesinin iyileştirilmesinin, yaşam süresini uzatmaktan daha önemli olduğu da düşünülmektedir (Özkan 2006). Kronik hastalıklarda semptom yönetimi ve tedavinin başarılı bir şekilde yürütülebilmesi için hastalık uyumunun önemli olduğu, hastalık uyumu arttıkça yaşam kalitesinin de olumlu etkilendiği bildirilmiştir (Restrepo ve ark. 2008; Hacıhasanoğlu 2009; Gün ve Korkmaz 2014; Demirkol ve Tamam 2016; Acaroğlu ve Yılmaz 2016).

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerde ilerleyici dispne, egzersiz kapasitesinde azalma, fiziksel inaktivite, kondisyon kaybı, solunum fonksiyonlarında azalma, hastalığın ilerlemesi gibi hastalığa ait güçlüklerin yanı sıra hastalık sürecinin günlük yaşam aktivitelerine getirdiği kısıtlılıklar, emosyonel, bilişsel, ekonomik ve sosyal sınırlılıkların da yaşam kalitesini azalttığı bildirilmektedir. Bu bağlamda, KOAH tedavisinde amaç, atakları önlemek, semptomları azaltmak, iyilik halini sağlamak, yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini iyileştirmektir (Akyıl ve Ergüney 2012). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında tedavi ve bakımı düzenleyen ve uygulayan sağlık profesyonellerinin hasta ve yakınlarına ilaç uygulamaları ve tedavi hakkında yeterli bilgi vermesi, tedavi ve bakım uygulamalarını düzenli aralıklarla kontrol etmesi, gerektiğinde tedavi ve bakım planlarını değerlendirerek uyumu ve değişiklikleri belirlemesi önerilmektedir (Oğuzülgen ve ark. 2014; Deniz ve ark. 2014; Çalikoğlu 2015). Bu çalışmada amaç, KOAH'lı bireylerin hastalık uyumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesidir.

## **4. GENEL BİLGİLER**

### **4.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI**

#### **4.1.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tanımı**

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tam olarak geri dönüşümlü olmayan, hava akımı kısıtlaması ile karakterize, önlenemez ve tedavi edilebilir kronik sistematik bir hastalık durumudur. Hava akımı kısıtlaması genellikle ilerleyicidir ve zararlı partikül veya gazlara karşı akciğerlerde oluşa anormal inflamatuvar yanıt ile ilişkilidir (Ergan Arsava ve Çöplü 2007).

#### **4.1.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Epidemiyolojisi**

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, ülkemizde ve dünyada sık görülen ve her geçen gün morbidite ve mortalitesi artan bir hastalıktır. Kronik, irreversible ve progressif karakterinden dolayı tamamen iyileşmesi mümkün olmayan KOAH yavaş ilerlediği için klinik olarak belirgin hale gelmesi genellikle yıllar alır ve belirgin veya orta düzeyde ilerlemiş hale gelinceye kadar genellikle tanı konulamamaktadır (Kocabaş 2010; Kocabaş ve ark. 2014). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı prevalansı ülkelere, coğrafi, bölgelere, yaşam tarzına, sosyokültürel yapıya, yaş ve cinsiyete göre farklılıklar göstermektedir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının görülme sıklığı 40 yaş üstü yetişkinlerde %15-20'dir. Bir diğer deyişle toplumumuzda 40 yaş üstü her beş bireyden birinde KOAH gelişmektedir. Küresel Hastalık Yüklü Çalışması verilerine göre, KOAH yılda 2,9 milyon ölüme neden olmaktadır. Günümüzde KOAH tüm dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri içerisinde üçüncü sırada yer almaktadır. Dünyada genel ölümlerin %5,5'inden, Türkiye'de ise %61,5'i KOAH nedeni ile meydana gelmektedir (Kocabaş ve ark. 2014). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de mortalitesi, morbiditesi, ekonomik yükü yüksek bir sağlık sorunudur (Günen ve ark. 2008; Karadağ 2013).

Ülkemizde KOAH prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Dolayısıyla epidemiyolojik verilerin az olduğu KOAH risk faktörleri üzerinden yapılacak çok merkezli yüksek hasta sayılı çalışmalara ihtiyaç vardır (Karadağ 2013). Geriye dönük

KOAH epidemiyolojisi ile ilgili çalışmalar yapılmak istendiğinde tanıların kronik bronşit ve/veya amfizem kodlanmasından dolayı sağlıklı verilere ulaşılamamaktadır. Ülkemizdeki çalışmaların bazıları spirometrik ölçümlerle KOAH tanısı alan hastalarla ilgili olup diğer bir kısmı da sadece klinik tanımlama üzerinden yapılan kronik bronşit çalışmalarıdır (Kocabaş 2010).

Türkiye’de bu konuda yapılan ilk çalışmalardan olan 1976 yılında Ankara Etimesgut bölgesinde yapılan bir çalışmada kırk yaş üstündeki KOAH prevalansı %13,6 olarak bildirilmiştir (Baykal 1976). Kayseri’de 20 yaş ve üzeri nüfusta ECRHS (European Community Respiratory Health Study) anketi kullanılarak yapılan başka bir çalışmada ise kronik bronşit prevalansının %13,5 olduğu bildirilmiştir (Çetinkaya ve ark. 2000). Gunen ve ark (2008) çalışmasında ise KOAH prevalansı %6,9 olarak bildirilmiştir.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı prevalansı ile ilgili yapılan araştırmalarda örneklem yöntemi, cevaplama oranı, spirometrik testlerin kalite kontrolü ve bu testlerin bronkodilatör öncesi veya sonrası yapılması gibi faktörler çalışma sonuçlarını etkilemektedir. Yine bu çalışmaların toplum temelli yapılmaması, oranlarının düşük olması, bronkodilatör testi sonrası spirometrik ölçüm yapılmaması gibi faktörler çalışma sonuçlarının güvenilirliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Kocabaş 2010).

#### **4.1.3.Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Patofizyolojisi**

Zararlı partikül ve gazlara karşı hava yollarında ve akciğer parankiminde gelişen anormal inflamatuvar yanıtın, KOAH patogenezinde temel rol oynayan patoloji olduğu kabul edilmektedir. Bu anormal inflamatuvar yanıt, akciğerin normal savunma ve tamir mekanizmalarını bozarak, doku hasarına neden olmaktadır. Sonuçta KOAH’a özgü kronik hava akımı obstrüksiyonu ve diğer fizyolojik anormallikler ortaya çıkmaktadır. Ayrıca inflamasyon, proteaz/antiproteaz ve oksidan/antioksidan dengesini bozarak da KOAH patogenezinde katkıda bulunmaktadır. Oksidan stres ve proteaz/antiproteaz dengesizliği tümüyle inflamasyon nedeniyle olabileceği gibi sigaranın içerisindeki oksidan maddeler nedeniyle oksidatif aktivitenin artışı veya alfa-1 antitripsin eksikliği gibi genetik nedenlerle antiproteaz aktivitenin azalması da bu süreçlerin gelişimini etkilemektedir (Başyigit 2010).

KOAH'ta meydana gelen fizyopatolojik değişiklikler; hava akımı kısıtlanması ve ekspiriyum sonu hava hapsi, gaz değişim anormallikleri, silyerdisfonksiyon ve mukus hipersekresyonu, pulmoner hipertansiyon ve kor pulmonale ve sistemik bulgular olarak tanımlanmaktadır. Bu fizyopatolojik değişiklikler KOAH'lı hastalarda nefes darlığı, öksürük ve balgam çıkarma, egzersiz performansında azalma, hipoksemi, hiperkapni, kilo kaybı ve depresyon gibi semptom ve bulguların gelişmesine neden olmaktadır (Başyigit 2010).

#### **4.1.4.Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Risk Faktörleri**

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı gelişiminde en iyi bilinen genetik risk faktörü alfa-1 antitripsin adlı bir vücut proteini eksikliğidir. Hastaların yaklaşık %1'inden az bir kısmında, alfa-1 antitripsin eksikliği nedeniyle genetik olarak KOAH gelişmektedir. Sigara içmek KOAH için en önemli risk faktörüdür. Hastalık gelişiminde sigaraya başlama yaşı, sigara içme süresi ve günlük içilen sigara sayısı da önemlidir (Kocabaş 2010). Yaş, KOAH gelişimi için bir risk faktörü olarak sayılmaktadır. Ülkemizde yapılan toplum temelli bir çalışmada 45-65 yaş aralığında olan KOAH prevalansının %59 olduğu ve bu hastaların %63,5'inde en önemli risk faktörünün sigara içme olduğu bildirilmiştir (Polatlı 2012).

Organik ve inorganik tozlar, kimyasal ajanlar ve buharları içeren mesleki maruziyetler KOAH gelişimi için çok yüksek risk faktörleridir. Hastalık gelişme riski yüksek olan meslekler arasında maden ve metal işçiliği, odun, kağıt imalatında çalışanlar, çimento, tahıl ve tekstil işçiliğinde çalışanlar yer almaktadır. Bu iş kollarında çalışan bireyler sigara da içiyorlarsa KOAH gelişme riski daha da artmaktadır (Çetinkaya ve ark. 2000; Kocabaş 2010; ÇırayGündüzoğlu 2019).

Endüstrileşme, fosil yakıt tüketimi, aşırı araç trafiği, biyomas yakıtların kullanılması kentlerde hava kirliliğine neden olmaktadır. Kentlerdeki hava kirliliği hem KOAH gelişimini hem de bu hastalığın alevlenmesine neden olmaktadır (Çetinkaya ve ark. 2000; Kocabaş 2010; ÇırayGündüzoğlu 2019).

#### 4.1.5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Belirti ve Bulguları

Dispne, KOAH'ın kardinal semptomudur. Hastalığın ilk evrelerinde efor dispnesi şeklinde olan bu semptom daha sonra istirahat dispnesi halini almaktadır. Eforda nefes darlığı çeken bireyler yol yürümek istemez, günlük işlerini azaltır, markete gitmeye çekinir ve zamanla evden çıkmamayı tercih ederler. Bu şekilde giderek artan fiziksel aktivite azalması, hastanın yaşam kalitesini bozarak hastalığın ilerlemesine neden olmaktadır. Öksürük, kronik ve prodüktiftir. Genellikle sigara içiminin bir sonucu olarak algılanmaktadır. Başlangıçta aralıktır, sabahları uyanınca artabilir. İlerleyen dönemde gün boyu devam edebilmektedir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde beyaz ve mukoid bir balgam çıkarma vardır. Balgam çıkarma alevlenebilir ya da zamanla remisyona girebilmektedir. Wheezing ve göğüste sıkışma gün içinde ya da günden güne değişebilmektedir. Hastalığın ileri aşamalarında iştahsızlık, kilo kaybı ve yorgunluk gelişebilmektedir. Kilo kaybı, kötü prognozla ilişkilidir. Hastalık ilerledikçe fiziksel aktivitesi azalan ve evden dışarı çıkamayan hastalarda sosyal izolasyon, depresyon, anksiyete ve umutsuzluk görülebilmektedir. Hipoksemik ve hiperkapnik hastalarda sağ kalp yetersizliği ve ödem gelişebilmektedir (Uysal 2014; ÇırayGündüzoğlu 2019).

#### 4.1.6. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Tanı

Dispne, kronik öksürük veya balgam çıkarma yakınması olan ve risk faktörlerine maruziyet öyküsü bulunanlarda KOAH düşünülmeli ve tanı spirometre ile doğrulanmalıdır. Bu semptomların değerlendirilmesinde spirometri gerekmektedir. KOAH düşünülen bireylerde bronkodilatör sonrası 1. saniyedeki zorlu ekspiratuar hacmin (FEV1), zorlu vital kapasiteye (FVC) oranı;  $FEV1 / FVC < \%70$  ise kalıcı hava akımı kısıtlanmasını göstermektedir. Bu doğrultuda da KOAH tanısı doğrulanmaktadır (Tablo 1). Postbronkodilatör spirometrik ölçüm, tanı ve hastalık ağırlığının derecelendirilmesinde gereklidir. Reverzibilite testi (reverzibilite düzeyinin ölçülmesi) önerilmemektedir. Reverzibilite düzeyi bakılmasının, KOAH tanısı konulmasına, astım ile ayırıcı tanıya veya bronkodilatör ve kortikosteroidler ile uzun süreli tedaviye yanıtı belirlemede katkısının olmadığı gösterilmiştir.

**Tablo 1. KOAH’daSpirometrik Derecelendirme**

Postbronkodilatör FEV1/FVC < %70 olan hastalarda		
GOLD 1	HAFİF	FEV1 ≥%80 beklenenin
GOLD 2	ORTA	%50 ≤FEV1 %80 beklenenin
GOLD 3	AĞIR	%30 ≤ FEV1 %50 beklenenin
GOLD 4	ÇOK AĞIR	FEV1 % 30 beklenenin

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında öykü alırken; hastanın özgeçmişinde hastaya astım, allerji, sinüzit, nazal polip, çocukluk çağında solunum yolu enfeksiyonları sorulmalıdır. Soygeçmişinde ailede KOAH veya diğer kronik solunum sistemi hastalıkları varlığı öğrenilmelidir. Nefes darlığı, öksürük ve/veya balgam çıkarma, sık veya uzamış soğuk algınlığı semptomları sorgulanmalıdır. Hastaların değerlendirilmesinde fizik muayene önemli bir basamaktır; ancak tanısal değeri düşüktür. Solunum fonksiyonlarında belirgin bozulma oluncaya kadar, hava akım kısıtlanmasına ait fizik muayene bulguları ortaya çıkmamaktadır. İncelemede; göğüs ön arka çapında artma, yardımcı solunum kaslarının kullanılması, büyük dudak solunumu, alt kostalarda paradoksik hareket, pretibiyal ödem, boyun venöz dolgunluğu, kaşeksi, siyanoz, asteriksis gelişebilmektedir. Palpasyonda; hepatojugulerreflü, perküsyonda hipersonorite görülebilmektedir. Oskültasyonda; solunum seslerinin şiddetinde azalma, ekspiryumda uzama, ciddi hava yolu obstrüksiyonunda sessiz akciğer, hışıltılı solunum (wheezing), ronküsler, raller duyulabilmektedir (Uysal 2014; ÇırayGündüzoğlu 2019).

#### **4.1.7. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Tedavi**

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında tedavinin amacı hastalığın ilerlemesini önlemek, semptomları azaltmak, atakları önlemek, solunum fonksiyonlarını korumak, egzersiz toleransını arttırmak, komplikasyonları azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Bu amaçlara yönelik olarak KOAH’ta tedavi aşağıdaki başlıklar altında ele alınmaktadır (Akyıl 2012; Uysal 2014; ÇırayGündüzoğlu 2019).



#### **4.1.7.1. Hastalık Gelişiminin ve İlerlemesinin Önlenmesi**

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında sigara içiminin bırakılması solunum fonksiyonlarındaki kaybı ve hastalığın semptomlarını azaltmaktadır. Eğer hasta sigara içmeye devam ediyorsa öncelikli amaç, sigarayı bırakmak olmalıdır. Hastaya bu konuda önerilerde bulunulmalı, gerekirse sigarayı bırakma programlarına hasta yönlendirilmelidir. Biyomas yakıt dumanına maruziyeti azaltmak, tüm dünyada KOAH prevalansını azaltmada büyük önem taşımaktadır. Etkin bir havalandırma, kirletici yaymayan sobalar ve benzer girişimler çok etkili olmaktadır. Hastalıkta atakların önlenmesinde aşı ile bağışıklama etkin bir yaklaşım olarak görülmektedir. Bu nedenle pnömokok ve yıllık influenza aşısı KOAH hastalarında önerilmektedir (Uysal 2014; ÇırayGündüzoğlu 2019).

#### **4.1.7.2. Farmakolojik Tedavi**

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında, farmakolojik tedavinin amacı, hastalığın ilerlemesini önlemek, semptomları gidermek, egzersiz toleransını arttırmak, sağlık durumunu iyileştirmek, komplikasyonları önlemek ve tedavi etmek, alevlenmeleri önlemek ve tedavi etmek, mortaliteyi azaltmaktır. Tedaviler, hastalığı değil, semptomları, alevlenmeleri, akciğer fonksiyonlarını ve yaşamı iyileştirmeye yöneliktir. Bu nedenle tedaviler yaşam boyu kullanımı için tedaviye uyum çok önemlidir. Hastalıkta, inhaler bronkodilatörler semptomatik tedavinin temelidir. Semptomları önlemek veya azaltmak için kullanılmaktadır. İnhaler bronkodilatör ilaçlar etki sürelerine göre kısa ve uzun etkili olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Uzun etkili olanlar düzenli ve semptom kontrolü amaçlı, kısa etkili olanlar ise hızlı etkilerinden yararlanılması amacıyla semptomların arttığı dönemde tercih edilmektedir. Sistemik kortikosteroidler, KOAH'ın alevlenme dönemlerinde tercih edilmektedir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında, mukolitik ilaçların uzun süreli kullanımı önerilmemektedir. Ataklarda balgam çıkarmakta zorlanan hastalara verilmektedir. Bakteriyel enfeksiyon bulgularının varlığında antibiyotikler önerilmektedir (Uysal 2014; ÇırayGündüzoğlu 2019).

### **4.1.7.3. Nonfarmakolojik Tedavi**

#### **4.1.7.3.1. Eğitim ve Özyönetim**

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında özyönetimin amacı hastaların olumlu sağlık davranışları kazanması ve hastalıkları ile baş etme becerisini kazanmada motivasyon, teşvik ve rehberlik sağlamaktır. Davranışsal risk faktörleri (sigara içme, beslenme, egzersiz) ile ilgilenmenin yanında, özyönetim; hastalığın bulgu ve semptomlarıyla başa çıkma sürecinde hasta takibini, tedavi sürecini ve hastalığa bağlı ortaya çıkan psikososyal sonuçlarla hastanın baş etme sürecini kapsamalıdır (Uysal 2014; ÇırayGündüzoğlu 2019).

#### **4.1.7.3.2. Pulmoner Rehabilitasyon**

Pulmoner rehabilitasyon sık alevlenme geçiren ve fazla semptomu olan hastalar için; hastanın bireysel özellikleri ve hastalıklarını göz önüne alarak düzenlenmiş kanıta dayalı, multidisipliner, bireye özgü tedavi yaklaşımıdır. Programda hasta eğitimi, egzersizi, fizikel tedavi yönetimini ve psikososyal yaklaşımı kapsar. Eğitim, rehabilitasyon programlarının temel ögesidir. Hastaya evde devam etmek üzere seçilen programı anlatan yazılı ve sözlü rehberler verilmelidir. Düzenli aralıklarla yapılan kontroller hastayı motive etmesi amacıyla önemlidir (ÇırayGündüzoğlu 2019; Olgun ve ark. 2014).

#### **4.1.7.3.3. Psikolojik, Sosyal ve Davranışsal Girişimler**

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerde, solunum sıkıntısı korku, panik ve anksiyeteye neden olan bir semptomdur. Ayrıca depresyon, uyku bozukluğu, hipoksik demans ve ölüm korkusu da var olan diğer bulgulardır. Psikososyal ve davranış terapileri; eğitim ve stres yönetimi, progresif kas gevşeme tekniklerini içermektedir(ÇırayGündüzoğlu 2019).

#### 4.1.7.3.4. Beslenme

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerde yetersiz beslenme nedeniyle kilo kaybı sık rastlanan bir durumdur. Kötü beslenmenin ve kilo kaybının en önemli nedenlerinden biri de yemek sırasında oluşan dispnedir. Uygun kalori desteğinin sağlanması gerekmektedir. Normal düzeyde protein düşük düzeyde karbonhidrat içeren besinler tüketilmelidir. Eğer engel bir durumu yoksa enteral beslenme tercih edilmelidir. (ÇırayGündüzoğlu2019; Olgunve ark. 2014).

#### 4.1.7.4. Oksijen Tedavisi

Uzun süreli oksijen tedavisi (USOT), kronik hipoksemi ile seyreden kronik solunum yetmezliği bulunan hastalarda düşünülmesi gereken bir tedavi yöntemidir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında USOT en büyük grubu oluşturmaktadır. Uzun süreli oksijen tedavisi, polisitemiyi düzeltmekte, pulmoner arter basıncını düşürmekte, sağ ve sol ventrikül fonksiyonunu düzeltmekte, dispneyi azaltmakta, kas fonksiyonlarını düzeltmekte, egzersiz toleransını arttırmakta ve hastaneye yatma gereksinimini azaltmaktadır .Genellikle başlangıçta litre akımı 1-3 lt/dk'dır. Bu hastalar yüksek karbondioksit düzeyi ile hipoksik duruma alışkın olduklarından solunumu uyarmak için düşük seviyede oksijen uygulanmaktadır. Yüksek konsantrasyonda oksijen kan oksijen seviyesini yükselteceğinden hastanın solunumu uyarılmaz ve solunum depresyonu gelişebilir (ÇırayGündüzoğlu2019; Olgun ve ark. 2014).

#### 4.1.7.5. Hemşirelik Bakımı

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında, hemşirelik bakımının amacı, hastanın etkin öksürme teknikleri ile hava yolu temizliği ile hava yolu açıklığının sürdürülmesi, gelişebilecek enfeksiyonların önlenmesi, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak sürdürebilmesinin sağlanması ve hasta/aile eğitimidir.

*Gaz alışverişinde bozulma:* Gaz değişimini iyileştirmek ve sürdürmek için en önemli girişim hava yolu açıklığını sağlamak ve sürdürmektir. Hastada düzenli olarak solunum hızı, şekli ve hiperkapni (konfüzon, baş ağrısı, mental durumda bozulma, terleme, yüzde kızarma) belirtileri izlenmelidir. Oksijen tedavisine ihtiyacın varlığı ve yeterliliği oksijen saturasyonuna ve arteriyel kan gazlarına bakılarak

değerlendirilmelidir. KOAH'lı bireye nazal kanül ile 2-4 litre/dakikadan, venturi maskesi ile %40 ve üzerinde oksijen desteği verilebilir. Hastaya fowler pozisyonu verilmeli, diyafragmik solunum yapmaya teşvik edilmelidir. Bronşlarda genişlemeyi sağlayan bronkodilatörler hekim istemine göre verilmeli ve yan etkileri yönünden hasta izlenmelidir.

*Etkisiz solunum:* Her hangi bir girişime başlanmadan önce hastanın solunumu değerlendirilmelidir. KOAH'lı bireyler, pulmoner rehabilitasyondan büyük yarar sağlayabilirler. Bu girişimlerin amacı bireyin solunum çabasını iyileştirmek, solunum teknikleri kullanarak solunum iş yükünü azaltmaktır.

*Etkisiz solunum yolu temizliği:* KOAH'tasekresyonları çıkarmak zordur. Solunum enfeksiyonu riski de aşırı mukus üretimini artırır. İlaçların dikkatli kullanımı, kontrollü öksürük, nemlendirme ve postural drenaj havayolu açıklığını sağlamaya yardım edebilir.

*Beslenmede değişiklik:* Vücut gereksiniminden az beslenme, KOAH'lı bireylerde sıklıkla bulantı, iştahta azalma, gıda intoleransı, dispne gelişebilmektedir. Hastanın iyi hissettiği ve aç olduğu zamanlarda beslenme planlanmalıdır. Gaz oluşumunu önleyecek gıdaları tüketmesi ve ağız hijyeni konusunda hasta bilgilendirilmelidir.

*Aktivite intoleransı:* Hastalarda kronik yorgunluk görülmektedir. Bu nedenle aktivitelerini kademeli olarak yapması ve gün içine yayması daha iyi olacaktır (Akyıl 2012; Uysal 2014).

## **4.2. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI VE YAŞAM KALİTESİ**

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerde ilerleyici dispne, fiziksel inaktivite, kondisyon kaybı, solunum fonksiyonlarında azalma, egzersiz kapasitesinde azalma, hastalığın ilerlemesi gibi hastalığa ait güçlüklerin yanı sıra hastalık sürecinin günlük yaşam aktivitelerine getirdiği kısıtlılıklar, bilişsel, duygusal, sosyal ve ekonomik sınırlılıkların da yaşam kalitesini azalttığı bildirilmektedir. Yine KOAH'lı bireylerde hastalık algısı, komorbid durumlar, artmış ilaç kullanımı, beslenme durumu ve semptomların şiddetinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir (İnal İnce ve ark. 2000; Güner ve Atak 2001; Akbay ve ark. 2001; Özkan 2006; Akyıl ve Ergüney 2012; Yücege ve ark. 2014; BüyükkoyuncuPekel ve ark. 2018).Bu bağlamda, KOAH tedavisinde

amaç,semptomları azaltmak, atakları önlemek, iyilik halini sağlamak ve yaşam kalitesini iyileştirmektir. Son yıllarda, yaşam kalitesinin iyileştirilmesinin, yaşam süresini uzatmaktan daha önemli olduğu vurgulanmaktadır (Özkan 2006). KOAH gibi kronik hastalıklarda hastalığın günlük yaşam aktiviteleri, fonksiyonel ve iyilik hali üzerine etkisini, tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi için yaşam kalitesinin ölçümü sıklıkla kullanılmaktadır.KOAH'ın bireyin günlük yaşam aktivitelerine ve fonksiyonel durumunu nasıl etkilediğini subjektif bir şekilde değerlendirilebilmesi için yaşam kalitesinin kurallı ve standardize bir şekilde ölçülmesi önerilmektedir. KOAH'lı bireylerde yaşam kalitesi,hastanın hastalığını ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (Akbay ve ark. 2001; Hacıhasanoğlu 2009; Gün ve Korkmaz 2014; Mert ve ark. 2011).

#### **4.3. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞINDA UYUM SÜRECİ**

Kronik solunum sistemi hastalıkları içinde KOAH neden olduğu mortalite ve morbiditeye ek olarak, sosyoekonomik kayıplar ve yaşam kalitesi bozulmaları ile oldukça geniş boyutlu bir sağlık sorunudur. Global olarak değerlendirildiğinde, KOAH neden olduğu yeti yitimi ve doğumda beklenen yaşam süresinde azalma sonucunda, bulaşıcı hastalıklar, yaralanmalar, kardiyovasküler hastalıklar ve kanserlerden sonra beşinci sırada yer aldıkları görülmektedir (Ergan Arsava ve Çöplü 2007). Günümüzde farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi yöntemleri uygun hastalarda doğru kullanımla hastaların semptomları, solunum fonksiyonları ve alevlenmeler üzerinde olumlu etkileri olduğu, hastalıkla ilgili sağlık giderlerini azaltarak yaşam kalitesini de arttırdığı gösterilmektedir. Kronik hastalıkların yönetiminde çok boyutlu ve önemli bir sorun olan tedavi uyumu, KOAH'lı bireylerde de oldukça sık görülmektedir (Oğuzülgen ve ark. 2014; Çörtük ve Kiraz 2014; Çalikoğlu 2015). KOAH'lı bireylerde yapılan çalışmalarda tedavi uyumsuzluğunun %40 ile %60 arasında değiştiği, önerilen inhaler tedavilerin yanlış kullanım oranlarının ise %4 ile %95 arasında değiştiği bildirilmiştir (Lavorini ve ark. 2008; Restrepo ve ark. 2008; Souza ve ark. 2009).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tedavi uyumsuzluğu nedenlerini, hasta ilişkili, hastalık ilişkili, tedavi ilişkili, sosyoekonomik ve sağlık sistemi ilişkili olmak üzere beş başlık altında toplamıştır. KOAH'ta tedavi uyumsuzluğu birkaç başlık altında

toplanmaktadır. Bunlar kasıtsız/bilmeyerek tedaviye uymama ve kasıtlı/bilerek tedaviye uymamadır. Tedavi uyumsuzluğunun birçok nedeni olmakla birlikte genellikle çok yaşlı, sigaradan vazgeçmemiş, hafif ya da orta şiddette KOAH'ı olan, çoklu tedaviler alan, yalnız yaşayan, depresyonu olan, ekonomik kaynakları sınırlı, hastalığın ve semptomların gereğince farkında olmayan, bilişsel ve kültürel sınırlılıkları olan, ilaca ya da hekime güvenmeyen KOAH'lı bireylerde tedavi uyumsuzluğun sık görüldüğü belirtilmektedir. KOAH'ta tedavi uyumsuzluğunun hasta, ailesi, sağlık bakım ekibi ve sağlık giderleri üzerine birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Bunlar, tekrarlayan hastane yatışları, hastane yatışlarının uzaması, semptomların kötüleşmesi, artan alevlenme, bağımlılığın ve bakım gereksinimlerinin artması, artan bakım yükü ve maliyetler ve yaşam kalitesinde azalmadır (Güner ve Atak 2001; Bourbeau ve Bartlett 2008; Hacıevliyagil ve ark. 2005; Oğuzülgen ve ark. 2014; Deniz ve ark. 2014; Çalıkoğlu 2015).

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerde tedavi ve hastalık uyumunu arttırmada öneriler dört ana başlık vurgulanmaktadır. Bunlar, eğitimle ilgili, tedavi rejimi ile ilgili, sağlık sistemi ilgili ve sosyal destek ile ilgili önerilerdir. Hasta eğitiminde tedaviyi düzenleyen ve uygulayan sağlık profesyonelinin (doktor, hemşire, eczacı vb) hastaya ilaçlar, uygulamalar ve tedavi protokolü ile ilgili yeterli bilgi vermesi, zaman ayırması, ilaç veya tedavi basit tariflerle açıklaması, düzenli eğitim verilmesi, bu uygulamaların aralıklarla kontrol edilerek hastaların ve/veya yakınlarının durumu yeterince anlayıp anlamadığının değerlendirilmesi, hastanın kendi kendini kontrol edebilmesine imkan tanınması (tedavi etkinliği, alevlenmeler vb.), gerektiğinde tedavi planının hasta tarafından gözden geçirilebiliyor olması (yazılı doküman), ilaç uygulamalarında hasta tercihlerinin dikkate alınması, hastanın alıştığı veya fayda gördüğü ilaçlarının değiştirilmemesi, mümkün olduğunca az ilaç ve günlük olarak mümkün olduğunca az uygulama imkanı olan ilaçların tercih edilmesi, inhaler ilaç kullanımında ayrı ayrı inhalerler verilmesi yerine kombinasyon preparatlarının tercih edilmesi, ucuz ve yan etkisi olmayan, etkisi hızlı başlayan, hastaya güven veren ilaçların tercih edilmesi olup bunların her hasta için bireyselleştirilmesi önerilmektedir (Güner ve Atak 2001; Çalıkoğlu 2015; López-Campos et al. 2019).

#### 4.4.ROY ADAPTASYON MODELİ

Roy Adaptasyon Modeli (RAM) en çok geliştirilen ve en geniş şekilde kullanılan hemşirelik modellerinden biridir. Roy'un modelinde üç ana kavram yer almaktadır. Bunlar, insan, çevre, hemşirelik ve sağlıktır (Velioğlu 2012; Birol 2016).

İnsan:Değişen çevre ile sürekli etkileşim içinde olan biyolojik ve psikososyal bir varlıktır. Roy, bireyi değişen dünya ve çevresine adaptif cevaplar üreten dört adaptif biçim yolu ile hareket eden regülatör ve kognatör mekanizmalara sahip adaptif bir sistem olarak açıklamaktadır. Bu regülatör ve kognatör mekanizmalar sonucunda davranışların dört kategoride gözlemlendiği belirtilmektedir. Bunlar fizyolojik biçim, ben kavramı biçimi, rol fonksiyon biçimi ve birbirine bağlanma biçimidir. Bu sınıflandırmalar adaptif biçimler olarak adlandırılmaktadır (Velioğlu 2012).

Çevre: Roy'un hemşirelik modelinde ikinci önemli kavramdır. Roy'a göre çevre, kişinin ya da grupların gelişim ve davranışlarını kapsayan tüm koşullar, durumlar ve etkilerdir. Çevre hem iç hem de dış faktörleri içerir ve sürekli değişim çevreye adaptif yanıtlar vermesi için bireyi uyarmaktadır (Velioğlu 2012).

Sağlık: Modelin üçüncü büyük kavramı olan sağlık; insan ve çevre kavramlarının anlaşılması sonucu açıklık kazanmaktadır. Birey değişen bir çevrede, devamlı büyüyen ve gelişen adaptif bir sistemdir. Roy'a göre sağlık, bireyin değişikliklere sürekli olarak uyum, fiziksel, psikolojik ve sosyal bütünlüğünü devam ettirme sürecidir. Sağlık en üst düzey sağlıktan ölüme kadar uzanan bir süreç olarak ele alınmaktadır (Velioğlu 2012).

Hemşirelik: Roy'un hemşirelik modeli, hemşireliği bir bilim ve bu bilimsel bilginin hemşirelik uygulamasına uyarlanması olarak açıklamaktadır. Model, hemşirelik biliminin gelişmesine ve hemşirelik uygulamasına rehberlik etmektedir. Hemşire, bireyin sağlık durumunu olumlu etkileyen süreçleri devamlı gözleyen, bunları sınıflandıran ve aralarında bağlantı kuran, gelişmiş bir bilgi sistemidir. Hemşire, bireyin uyum sorunu olduğunu ya da uyum sağlamada dışarıdan desteğe gereksinimi olduğuna kara vermektedir (Velioğlu 2012).

Sonuç olarak RAM, sistem ve adaptasyon kavramları üzerine temellendirilmiştir. Birey, dört adaptif biçimle ilgili olarak adaptasyonu sürdürmede rol oynayan kognatör ve regülatör başa çıkma mekanizmalarına sahip, adaptif bir sistemdir. İç ve dış çevreden gelen uyaranlar sıra ile fizyolojik, ben kavramı, rol fonksiyonu ve birbirine bağlanma biçimleri ile ilgili davranışsal cevapları meydana getiren regülatör ve kognatör başa çıkma mekanizmalarını aktive etmektedir. Bireyin cevabı, uyaran ve adaptasyon düzeyi sonucu oluşmaktadır. Bunun sonucunda birey bütünlüğünü devam ettiren adaptif davranış ya da etkisiz olumsuz davranış göstermektedir. Hemşirelik uygulamaları ise uyumu kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. Hemşire, hastanın uyumunu kolaylaştırmak için, bireyin sağlık ve hastalık durumunu iyi tanımalı, bu durum ile baş edebilme mekanizmalarının etkinliğini iyi değerlendirebilmeli ve gerekli hemşirelik girişimlerini bu bilgiler ışığında planlayarak uygulamalıdır (Velioglu 2012; Birol 2016).

#### **4.5.ROY ADAPTASYON MODELİ'NİN KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIKLI BİREYLERİN HASTALIĞA UYUMLARINDA KULLANIMI**

Kronik bronşit ve amfizem nedenli bronşlarda hava akımı obstrüksiyonu ile karakterize kronik ve ilerleyici bir hastalık olan, KOAH, bireyi fiziksel, sosyal, psikolojik ve kültürel olarak etkileyen bir hastalıktır. Bireylerin hastalığa uyum sağlaması genel iyilik ve yaşamsal fonksiyonlarını sürdürülebilmeleri açısından önemli bir unsurdur. RAM'da, bireylerin hastalığa uyumu dört ana başlık altında ele almaktadır. Bunlar karşılıklı bağlılık, rol fonksiyon alanı, benlik kavramı alanı, fizyolojik alandır (Tel ve Tel 2012; Uzun 2017).

##### **4.5.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Fizyolojik Gereksinimleri**

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri azalmakta ve fonksiyonel durumlarında bozulma görülmektedir. KOAH'ın süregelen, ilerleyici ve yineleyen bir hastalık olması nedeni ile hastaların fiziksel gereksinimleri ve fonksiyonlarına odaklı bakımın planlanması gerekmektedir. Hastaların mümkün olduğunca bireysel bakım aktivitelerini üstlenmelerine izin verilmelidir. Yeterli ve



dengeli beslenme, enerjinin korunmasını sağlayarak kilo kaybı ve malnütrisyonu da önleyecektir. Banyo, hijyen, giyinme gibi aktivitelerini yerine getirmesinde, yürüme, eğilme, merdiven çıkma gibi aktivitelerini gerçekleştirmesinde diyafram solunumunu koordine etme hastaya öğretilmelidir. Hastalarda kronik yorgunluk, hastalığın ilerleyen dönemlerinde günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek isterken dispne ve hipoksemi meydana gelebilmektedir. Hastanın ev dışındaki aktivitelere katılımı da sınırlanabilmektedir. Bu nedenle hastaların fizyolojik uyumlarının sağlanması sosyal yaşama uyum sağlayabilmeleri için de önemlidir. Fizyolojik uyum, bireyin fiziki bütünlüğüyle alakalı olup temel beş fiziki ihtiyacı (korunma, dinlenme, aktivite, eliminasyon, beslenme, oksijen) ve dört süreci (endokrin fonksiyon, nörolojik fonksiyon, sıvı elektrolit, duyu) içermektedir. Bu bağlamda, hemşirelik girişimleri fizyolojik ihtiyaçları karşılamak ve fonksiyonel durumu geliştirmek açısından olumlu ve gerçek bir etkiye sahiptir (Özkan 2006; Afşar ve ark. 2012; Uysal 2014; Yenilmez ve ark. 2018).

#### **4.5.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerde Benlik Kavramı**

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerde semptomlar, ilaç kullanımı, fiziksel değişimler bireyin benlik saygısı ve benlik kavramını olumsuz etkilemektedir. Benlik saygısı azalan birey kendisini değersiz hissedebilmekte ve işe yaramaz olduğunu düşünebilmektedir. Fonksiyonel kapasitedeki azalma, bağımlılık, sosyal rol fonksiyonlarda değişiklik, sosyal izolasyon benlik kavramını da olumsuz etkileyebilmektedir (Kelly ve Lynes 2008; Tel ve Tel 2012). Bir çalışmada KOAH'lı bireylerde dispne şiddetinin hastaların rol performansında, beden imajında, benlik saygısında ve kendilik algısında bozulmaya neden olduğu bildirilmiştir Aynı çalışmada KOAH'lı bireylerde gelişen beden görünümünde, aile içi ve sosyal rollerde değişimin, fiziksel ve psikolojik olarak başkalarına bağımlı olma duygusunun rol performansında değişme, beden imajı, benlik saygısı ve kendilik algısında azalmaya neden olduğu da gösterilmiştir (Ninot et al. 2007).

### **4.5.3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Rol Fonksiyonunda Görülen Değişimler**

Roy, rol kavramını “Bireyin toplum içerisindeki konumundan kaynaklanan ve bu konumunu sürdürebilmesi adına toplum tarafından beklenen davranışları sergilemesi” biçiminde ifade etmektedir. KOAH’la birlikte meydana gelen fiziksel ve fonksiyonel değişiklikler, aktivite yapma yeteneklerinin azalmasına, güç kayıplarına, mesleki ve sosyal rollerini sürdürmelerini olumsuz etkilemektedir. Yaşanan hastalık deneyimleri, sosyal ortamlarda kabul görmeme hastaların utanma, anksiyete, sosyal izolasyon ve suçluluk yaşamalarına da neden olmaktadır (Özmen 2008; Korkmaz ve Tel 2010; Tel ve Tel 2012).

### **4.5.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerde Karşılıklı Bağlılık Alanları**

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında inatçı öksürük, balgam çıkarma, dispne, hırıltılı solunum/wheezing, yorgunluk, egzersiz toleransında bozulma, kilo kaybı, kortikosteroid yapıda olan bazı ilaçların fiziksel görünümde oluşturduğu değişiklikler hastaları diğer bireyler arasında ayırt edilebilecek bir hale getirebilmektedir. Hastalık, bireyin sosyal etkileşimlerini, rollerini, sorumluluklarını ve sosyal kabul edilebilirliğini olumsuz etkileyebilmektedir. KOAH’ın önemli belirtilerinden olan inatçı öksürük ve dispne, bireyin konuşmasını engelleyerek iletişim güçlüğü yaşamasına ve sosyal etkileşimini sürdürmesini engellemekte sonuç olarak da sosyal izolasyona neden olmaktadır. Bu durum da, hastaların ayrıcalıklı ya da en çok önem verdiği bireylerden (eş, sevgili, çocuklar gibi yakın aile üyeleri) ya da destek sistemlerini oluşturan bireylerden (diğer aile üyeleri, arkadaş, evcil hayvanlar) hastalık sürecinde sevgi, doyum gibi ihtiyaçlarını karşılayamamasına ve psikik bütünlüğünün bozulmasına neden olmaktadır (Özmen 2008; Korkmaz ve Tel 2010; Tel ve Tel 2012)

## **5.GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Araştırma, kesitsel tipteki araştırmadır.

### **5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ**

Araştırma, Haziran 2017 – Haziran 2019 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi göğüs hastalıkları servisinde yürütüldü.

### **5.3. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi göğüs hastalıkları servisinde yatarak sağlık bakım hizmeti alan KOAH'lı bireyler araştırmanın evrenini oluşturdu. Bu servise bir yılda toplam 449 hasta yattığı belirlendi (N=449). Evrenin tamamının örneklem büyüklüğü ve araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun bireylerin çalışmaya alınması planlandığından her hangi bir örnekleme yöntemine gidilmedi. Ülkemizde KOAH prevalansı %4,2 olarak bildirilmiştir (Hasnaoui ve ark. 2012). Araştırmanın sonuçlarının güvenilir olmasına ve istatistiksel analizin yapılabilmesine yetecek bir örneklem büyüklüğüne karar vermek için %4,2 sıklık, %2 sapma, %95 güven düzeyinde örnekleme alınacak birey sayısı hesaplandı. Araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun 208 KOAH'lı birey ile çalışma yürütülmesine karar verildi (n=208)..

Araştırmaya dahil olma kriterleri;

-18 yaş üzeri,

- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı almış,

-Kanser tanısı olmayan,

-Altı ay ve üzeri KOAH tanısı olan,

-Araştırmanın yürütüldüğü hastanenin göğüs hastalıkları servisinde yatarak tedavi ve bakım hizmeti alan,

- Hastanın ölçeklerdeki ifadeleri anlama yetisine sahip,
- Günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayıcı her hangi bir bedensel, ruhsal ve zihinsel engeli olmayan,
- Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra kendi rızası ile araştırmaya katılmayı kabul etmesidir.

#### **5.4. ARAŞTIRMANIN SORULARI**

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerin hastalık uyumları nasıldır?

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerin yaşam kaliteleri ne düzeydedir?

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerin hastalık uyumları yaşam kalitelerini etkiler mi?

#### **5.5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER**

Bağımlı Değişkenler: Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerin St. George Solunum Anketi'nin aldıkları puanlar bağımlı değişkenlerdir.

Bağımsız Değişkenler: Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerin Uyum Değerlendirme Formu'ndan aldıkları puanlar bağımsız değişkenlerdir.

#### **5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmanın verileri, Hasta Tanıtım Formu, Uyum Değerlendirme Formu ve St. George Solunum Anketi ile toplandı (Ek-1).

##### **5.6.1. Hasta Tanıtım Formu:**

Hastaların sosyo demografik özellikleri ve KOAH öyküsüne ilişkin bilgilerin bulunduğu araştırmacılar tarafından 1 iteratür doğrultusunda hazırlanan bir 17 soruyu içeren anket formudur (Özkan 2006; Akyıl ve Ergüney 2012; Deniz ve ark. 2014).

### **5.6.2. Uyum Değerlendirme Formu:**

Akyıl ve Ergüney (2012) tarafından Roy'un Adaptasyon Modeli'ne dayalı geliştirilen Uyum Değerlendirme Formu; KOAH'lı bireyin Fizyolojik Uyumunu, Benlik Kavramına Uyumunu ve Rol Fonksiyonuna Uyumunu içeren toplam 35 sorudan oluşmaktadır. Üçlü likert tipten oluşan bu soru formunda fizyolojik uyum açısından hastalığın hangi fonksiyonları ve algıları etkilediğine dair sorulan 10 soruya verilen cevaplar “hiç”, “bazen”, “çok” etkilendi şeklinde tanımlanmıştır. Hiç cevabına 0, bazen cevabına 1, çok cevabına 2 puan verilmektedir. Toplamda en düşük 0, en yüksek 20 puandan alınabilmektedir. Benlik kavramı uyumuna ait sorular; 10 tanesi fiziksel benlik, 9 tanesi kişisel benlik olmak üzere toplam 19 sorudan oluşmaktadır. Buna ek olarak Uyum Değerlendirme Formunda Rol fonksiyonuna uyumu içeren 6 soru mevcuttur. Benlik kavramı ve rol fonksiyonu uyumu sorularına verilen yanıtlar “katılmıyorum”, “biraz katılıyorum”, “tamamen katılıyorum” şeklinde yanıtlanmaktadır. Katılıyorum cevabına 0, biraz katılıyorum cevabına 1, tamamen katılıyorum cevabına ise 2 puan verilmektedir. Benlik kavramında toplam puan en düşük 0, en yüksek 38 puan, rol fonksiyonu uyumundan ise en düşük 0, en yüksek 12 puan alınmaktadır. Tüm alt boyutlar için yüksek puan alınması uyum sağlanamaması olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha değerleri; Fizyolojik Uyum alt ölçeği için 0,91, Benlik Kavramı-Fiziksel Benlik Uyumu alt ölçeği için 0,86, Benlik Kavramı- Kişisel Benlik Uyumu alt ölçeği için 0,88 ve Rol Fonksiyonu Uyumu alt ölçeği için 0,87 olarak bildirilmiştir (Akyıl ve Ergüney 2012). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değerleri; Fizyolojik Uyum alt ölçeği için 0,92, Benlik Kavramı-Fiziksel Benlik Uyumu alt ölçeği için 0,88, Benlik Kavramı- Kişisel Benlik Uyumu alt ölçeği için 0,82 ve Rol Fonksiyonu Uyumu alt ölçeği için 0,89 olarak bulundu. Uyum Değerlendirme Formu'nun araştırmada kullanılabilmesi için ilgili izin yazardan elektronik posta alınmıştır (Ek-2).

### **5.6.3. St. George Solunum Anketi:**

St. George Solunum Anketi (St. George's Respiratory Questionnaire,SGRQ) solunum hastalıkları için özgül ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümünde kullanılması önerilen bir ölçektir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması

2013 yılında Polatlı ve ark. (2013) tarafından yapılmıştır. SGRQ hastada üç alana bölünmüş 50 maddeyi değerlendirmektedir. Bunlar semptomlar (8 madde), aktiviteler (16 madde), hastalığın etkileri (26 madde). Her maddede yanıtın ampirik olarak bir ağırlığı vardır. Semptomlar sorgulanırken hastanın solunum rahatsızlığı ile öksürük, balgam, göğüste hışıltı ve nefes darlığı düzeyi sorgulanmaktadır. Aktivite komponenti, nefes darlığına neden olabilen ya da nefes darlığı nedeniyle kısıtlanan fiziksel aktivitelerle ilgilidir. Etki komponenti ise iş, meşguliyet, sağlığını kontrol altında tutma, panik, medikasyon ve yan etkileri ile günlük yaşam aktiviteleri sırasında rahatsızlık gibi faktörleri kapsamaktadır. Ölçeğin üç bölümü ayrı ayrı puanlandırılarak toplam puan hesaplanmaktadır. Toplam puan 0-100 arasında değişmektedir. Puanlar sıfıra yaklaştıkça iyilik durumunun ve yaşam kalitesinin arttığını, yüze yaklaştıkça en üst düzeyde özür lülüğün olduğunu ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,88, alt boyutları için Cronbach Alpha değerleri; semptom ölçeği için 0,88, his (etki) alt ölçeği için 0,81, aktivite için 0,81 olarak bildirilmiştir (Polatlı ve ark. 2013). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,94, alt boyutları için Cronbach Alpha değerleri; semptom ölçeği için 0,89, his (etki) alt ölçeği için 0,86, aktivite için 0,88 olarak bulundu. St. George Solunum Anketi'nin araştırmada kullanılabilmesi için ilgili izin yazardan elektronik posta alınmıştır (Ek-3).

## **5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ**

Araştırma verileri çalışmanın yürütüldüğü tarihler Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi göğüs hastalıkları servisinde yatarak sağlık bakım hizmeti alan KOAH'lı bireylerden araştırmaya dahil olma kriterlerine uygunlar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak gündüz mesai saatleri içerisinde araştırmacı tarafından toplandı. Her bir görüşme yaklaşık 30 dakika sürdü.

## **5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Araştırma verileri bilgisayara girildikten sonra, verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel analizler ve Pearson' korelasyon analizleri yapıldı. Bulgular, sayısal ve yüzdelik dağılım, ortalama (Ort) ve standart sapma (SS) şeklinde gösterildi. Anlamlılık  $\alpha$ =%95 güven aralığında  $p<0,05$  olarak kabul edildi.

## **5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

AraŐtırmannın yalnızca Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi G g s Hastalıkları Kliniğinde yatarak tedavi ve bakım hizmeti alan hastalar ile yürütülmesi nedeni ile bulgular toplumdaki tüm KOAH'lı bireylere genellenemez.

## **5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Araştırmaya başlanmadan önce Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi G g s Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı'ndan (Ek-4) Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan ilgili izinler alındı (Ek 5). Araştırmada insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na sadık kalındı.

## 6. BULGULAR

### 6.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri İle İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin sosyodemografik özellikleri Tablo 6.1.1'de gösterildi. Araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının  $65,23 \pm 11,04$  (42-87) yıl olup büyük çoğunluğunun (%76,0) erkek hastalar olduğu belirlendi.

#### 6.1.1. Araştırmaya Katılan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri (n=208)

Özellikler	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	50	24,0
Erkek	158	76,0
<b>Medeni</b>		
Evli	183	88,0
Bekar	25	12,0
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okuryazar	7	4,7
İlkokul	50	33,3
Ortaokul	21	14,0
Lise	39	26,0
Yüksekokul ve üstü	33	22,4
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışan	47	22,6
Çalışmayan	161	77,4
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	200	96,2
Yok	6	3,8
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir giderden az	40	19,2
Gelir gidere eşit	167	80,3
Gelir giderden fazla	1	0,5
<b>Yaşadığı kişiler</b>		
Yalnız	12	5,8
Eşim	103	49,5
Eşim ve çocuklarım	68	32,7
Çocuklarım	19	9,1
Diğer	6	2,9
<b>TOPLAM</b>	<b>208</b>	<b>100,0</b>



Araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin sigara kullanımı özelliklerine göre dağılımları Tablo 6.1.2'de verildi.

**Tablo 6.1.2. Araştırmaya Katılan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Sigara Kullanımı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=208)**

Özellik	Sayı	%
<b>Sigara Kullanma Durumu (n=51)</b>		
Evet	51	24,5
Hayır	38	18,3
Bıraktım	119	57,2
<b>Günde içtiği sigara sayısı (n=51)</b>		
1-5 tane	2	3,9
6-10 tane	3	5,9
11-20 tane	46	90,2
<b>Sigara içtiği yıl sayısı (n=51)</b>		
1 yıldan az	0	0,0
1-5 yıl	0	0,0
6-10 yıl	1	2,0
11 yıl ve üzeri	50	98,0
<b>TOPLAM</b>	<b>208</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin sigara kullanım özellikleri incelendiğinde %24,5'nin sigara kullandığı ve sigara içenlerin de %98,0'nin 11 yıl ve daha fazla süredir sigara kullandığı belirlendi(Tablo 6.1.2).

Araştırmaya katılan KOAH'lı bireyin klinik özelliklerine göre dağılımı Tablo 6.1.3'te belirtildi.

**Tablo 6.1.3. Araştırmaya Katılan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Klinik Özellikleri (n=208)**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Tanı (Yıl)</b>		
6 Ay-1 Yıl	62	29,8
2-5 yıl	30	14,4
6-10 yıl	44	21,2
11 yıl ve üzeri	72	34,6
<b>Evreleme</b>		
GOLD 1	28	13,4
GOLD 2	40	19,2
GOLD 3	64	30,8
GOLD 4	76	36,6
<b>Tedavi Tipi#</b>		
Damardan ilaç tedavisi	154	74,0
Ağızdan ilaç tedavisi	192	92,3
Maske ile solunum yolundan ilaç tedavisi	194	93,3
<b>Kontrolle Düzenli Olarak Gitme</b>		
Evet	199	95,7
Hayır	9	4,3
<b>Tedaviyi Düzenli Olarak Kullanma</b>		
Evet	201	96,6
Hayır	7	3,4
<b>TOPLAM</b>	<b>208</b>	<b>100,0</b>

# Birden fazla tedavi alanlar sayısını arttırmıştır.

Araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin tanı süreleri değerlendirildiğinde, büyük çoğunluğunun (%34,6) 10 yıl ve daha uzun süredir KOAH tanısı olduğu, %95,7'sinin kontrollerine düzenli olarak gittiği, %96,6'sının tedavilerini düzenli olarak belirledi (Tablo 6.1.3).

## 6.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Uyum Değerlendirme Formu'ndan Aldıkları Puanlar

Araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin Uyum Değerlendirme Formu'ndan aldıkları puanlar Tablo 6.2.1'de verildi.

**Tablo 6.2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Uyum Değerlendirme Formu Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri (n=208)**

Uyum Değerlendirme Formunun Alt Boyutları	Min.-Maks. Puan	Ort±Ss
Fizyolojik Uyum	1-20	10,09±5,43
Benlik Kavramına Uyumu	1-33	11,71±6,68
Rol Fonksiyonuna Uyumu	0-12	6,24±3,75

Not: Min=Minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama, Ss=Standart sapma

Çalışmaya katılan KOAH'lı bireylerin uyum değerlendirme formundan aldıkları puanlar sırası ile Benlik Kavramı Uyumu için 11,71±6,68, Fizyolojik Uyum için 10,09±5,43, Rol Fonksiyonu Uyumu için 6,24±3,75 olduğu bulundu.

### 6.3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin St. George Solunum Anketi'nden Aldıkları Puanlar

Çalışmaya katılan KOAH'lı bireylerin St.George Solunum Anketi'den aldıkları puanlar Tablo 6.3.1'de verildi.

**Tablo 6.3.1.Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin St. George Solunum Anketi'nden Aldıkları Puanlar (n=208)**

St. George Solunum Anketi ve alt boyutları	Min.-Maks. Puan	Ort±Ss
<b>Semptomlar</b>	26,5-96,0	63,4±25,5
<b>Hastalığın Etkileri</b>	17,9-99,3	54,1±24,8
<b>Aktiviteler</b>	19,1-100	67,0±28,8
<b>Toplam SGRQ</b>	25,9-97,7	69,9±26,2

Not: Min=Minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama, Ss=Standart sapma, SGRQ=St. George Solunum Anketi

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerin yaşam kalitelerini ölçmeyi hedefleyen St. George Solunum Anketi'nden aldıkları toplam puanın 69,9±26,2 olduğu bulundu. St. George Solunum Anketi'nin alt boyutlarından hastaların aldıkları puanlar sırası ile Aktiviteler için 67,0±28,8, Semptomlar için 63,4±25,5, Hastalığın Etkileri için 54,1±24,8 olduğu belirlendi (Tablo 6.3.1).

#### 6.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Uyum Değerlendirme Formu'ndan Aldıkları Puanlar İle St. George Solunum Anketi'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkiler

**Tablo 6.4.1.Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Uyum Değerlendirme Formu'ndan Aldıkları Puanlar ile St. George Solunum Anketi Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkiler (n=208)**

St. George Solunum Anketi ve alt boyutları	Uyum Değerlendirme Formu		
	Fizyolojik Uyum	Benlik Kavramı Uyumu	Rol Fonksiyonu Uyumu
Semptomlar	r=0,38 p=0,000**	r=0,49 p=0,000**	r=0,35 p=0,000**
Hastalığın Etkileri	r=0,76 p=0,000**	r=0,82 p=0,000**	r=0,75 p=0,000**
Aktiviteler	r=0,73 p=0,000**	r=0,70 p=0,000**	r=0,74 p=0,000**
Toplam SGRQ	r=0,59 p=0,000**	r=0,69 p=0,000**	r=0,57 p=0,000**

Not: SGRQ=St. George Solunum Anketi, \*p<0,05, \*\*p<0,01

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerin Uyum Değerlendirme Formu'nun fizyolojik uyum,benlik uyumu,rol fonksiyonu uyumu alt boyutlarından aldıkları puan ile SGRQ'nun toplam puanı arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde pozitif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon olduğu belirlendi (p<0,01).KOAH'lı bireylerin SGRQ'nun alt boyutlarından aldıkları puanları ile Uyum Değerlendirme Formu'nun fizyolojik uyum,benlik uyumu,rol fonksiyonu uyumu alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişkiler aşağıda belirtildi.

Semptomlar alt boyutundan alınan puan ile fizyolojik uyum,benlik uyumu,rol fonksiyon uyum alt boyutlarından alınan puanlar arasında zayıf pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu belirlendi (p<0,01).

Hastalığın Etkileri alt boyutundan alınan puan ile fizyolojik uyum,benlik uyumu,rol fonksiyon uyum alt boyutlarından alınan puanlar arasında güçlü pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu bulundu (p<0,01).

Aktiviteler alt boyutundan alınan puan ile fizyolojik uyum,benlik uyumu,rol fonksiyon uyum alt boyutlarından alınan puanlar arasında güçlü pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu tespit edildi ( $p<0,01$ ).



## 7. TARTIŞMA

Kronik solunum sistemi hastalıkları içinde KOAH neden olduğu mortalite ve morbiditeye ek olarak, sosyoekonomik kayıplar ve yaşam kalitesi bozulmaları ile oldukça geniş boyutlu bir sağlık sorununu oluşturmaktadır. KOAH gelişiminde en önemli risk faktörünün sigara kullanımı olduğu erkeklerde ve 45-65 yaş arası yetişkinlerde daha sık görüldüğü bilinmektedir (Kocabaş 2010). Araştırmamıza katılan KOAH'lı bireylerin yaş ortalamaları 65,23 (42-87)yıl olup büyük çoğunluğu (%76,0)erkek idi. Ülkemizde KOAH'lı bireyler ile yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında hastalarımızın özelliklerinin benzer olduğu söylenebilir (Göçmen ve ark. 2009; Akoğlu ve ark. 2013; Oğuzülgen ve ark. 2014; Deniz ve ark. 2014; Yenilmez ve ark. 2018).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında hava akımı obstrüksiyonu ilerleyici ve geri dönüşümsüz olduğundan tedavide amaç, atakları ve tekrarlı hastane yatışlarını önlemek, semptomları azaltmaktır. Dolayısı ile KOAH'ta bireylerin genel iyilik hallerinin sağlanması ve yaşam kalitelerinin artırılması yaşam sürelerinin uzatılmasından daha önemli olduğu düşünülmektedir.KOAH'lı bireylerde hastalığın günlük yaşam aktiviteleri, fonksiyonel ve iyilik hali üzerine etkisini, tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi için yaşam kalitesinin ölçümü sıklıkla kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi,KOAH'lı bireylerin hastalığını ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (Akbay ve ark. 2001; Hacıhasanoğlu 2009; Gün ve Korkmaz 2014; Mert ve ark. 2011).KOAH'lı bireylerde komorbid durumların, beslenme durumunun, semptomların şiddetinin, artmış ilaç kullanımının, tedavi uyumunun, hastalık algısının vebastalık uyumunun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir (İnal İnce ve ark. 2000; Güner ve Atak 2001; Akbay ve ark. 2001; Özkan 2006; Akyil ve Ergüney 2012; Yücege ve ark. 2014; BüyükkoyuncuPekel ve ark. 2018).

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerin hastalık uyumu ve yaşam kalitelerini değerlendirdiğimiz çalışmamızda, hastalık uyumlarında en sık etkilenen alanların sırası ile Benlik Kavramına Uyumu, Fizyolojik Uyumu ve Rol Fonksiyonuna Uyumu olduğu ve yaşam kalitelerinde ise en çok etkilenen alanların sırası ile aktiviteler, semptomlar ve hastalığın etkileri olduğu görüldü. Buna ilave

olarak KOAH'lı bireylerin fizyolojik uyum, benlik uyumu, rol fonksiyonu uyumları azaldıkça yaşam kaliteleri ve genel iyilik hallerinin azaldığı bulundu.

Literatürde KOAH'lı bireylerin yaşam kaliteleri (İnal İnce ve ark. 2000; Güner ve Atak 2001; Akbay ve ark. 2001; Özkan 2006; Polatlı ve ark. 2013; Yücege ve ark. 2014), hastalık uyumu (Akyil ve Ergüney 2012) ve tedavi uyumlarını (Karakurt ve ark. 2005; Çörtük ve Kiraz 2014; Deniz ve ark. 2014; Oğuzülgen ve ark. 2014; Turan ve ark. 2016) değerlendiren birçok çalışma bulunmakla birlikte hastalık uyumu ve yaşam kalitesini bir arada değerlendiren bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bulgularımız bu kavramları ayrı değerlendiren literatür sonuçları ile tartışıldı.

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerde semptomlar, ilaç kullanımı, fiziksel değişimler bireyin benlik saygısı ve benlik kavramını olumsuz etkilemektedir. Benlik saygısı azalan birey kendisini değersiz hissedebilmekte ve işe yaramaz olduğunu düşünebilmektedir. Fonksiyonel kapasitedeki azalma, bağımlılık, sosyal rol fonksiyonlarda değişiklik, sosyal izolasyon benlik kavramını da olumsuz etkileyebilmektedir (Kelly ve Lynes 2008; Tel ve Tel 2012). Çalışmamızda KOAH'lı bireylerin hastalık uyumunda en çok benlik kavramına uyumlarının olumsuz etkilendiği bulundu. Bu bulgu, literatürde KOAH'lı bireylerde benlik kavramı, beden imajı, benlik saygısı ve kendilik algısını değerlendiren araştırma bulguları ile paraleldi (Kara ve Mirci 2004; Ninot et al. 2007; Akyil ve Ergüney 2012). Bir çalışmada KOAH'lı bireylerde dispne şiddetinin hastaların rol performansında, beden imajında, benlik saygısında ve kendilik algısında bozulmaya neden olduğu bildirilmiştir (Ninot et al. 2007). Başka bir çalışmada ise KOAH'lı bireylerin %26,7'sinin rol performansında, beden imajında, benlik saygısında ve kendilik algısında bozulma riski olduğu gösterilmiştir (Kara ve Mirci 2004).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi uzun süreli tedavi ve bakım gereksinimi olan hastalarda hastalığa fizyolojik uyumun sağlanması sağlık davranışları ve hastalık prognozunu belirleyen tedavi başarısını da etkilemektedir (Akın ve Durna 2006; Ekenler ve Arslan 2019; Gökçek ve ark. 2019). KOAH'lı bireylerde akciğer ve solunum fonksiyonlarında bozulma egzersiz kapasitesi ve fonksiyonel kapasiteyi de olumsuz etkilemektedir (Akbay ve ark. 2001). KOAH'ın süregen, ilerleyici ve



yineleyen bir hastalık olması nedeni ile hastaların fonksiyonel durumlarında bozulma günlük yaşam aktivitelerinin azalmasına neden olmaktadır. Hastalarda kronik yorgunluk, hastalığın ilerleyen dönemlerinde günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek isterken dispne ve hipoksemi meydana gelebilmektedir. Hastanın ev dışındaki aktivitelere katılımını da sınırlandırabilmektedir. Bu nedenle hastaların fizyolojik uyumlarının sağlanmasının sosyal yaşama uyum sağlayabilmeleri için de önemli olduğu vurgulanmaktadır (Özkan 2006; Afşar ve ark. 2012; Uysal 2014; Yenilmez ve ark. 2018; Türk ve Üstün 2018; Gökçek ve ark. 2019). Çalışmamızda KOAH'lı bireylerin fizyolojik uyumlarının olumsuz etkilendiği bulundu. Bu bulgu, literatürde KOAH'lı bireylerde günlük yaşam aktiviteleri, fonksiyonel durum, fiziksel aktivitelere katılımı değerlendiren araştırma bulguları ile paraleldi (Akbay ve ark. 2001; Afşar ve ark. 2012; Özkan 2006; Akyil ve Ergüney 2012; Yenilmez ve ark. 2018; Gökçek ve ark. 2019).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile birlikte meydana gelen fiziksel ve fonksiyonel değişiklikler, bireylerin aktivite yapma yeteneklerinin azalmasına, güç kayıplarına, mesleki ve sosyal rollerini sürdürmelerini olumsuz etkilemektedir. Yaşanan hastalık deneyimleri, sosyal ortamlarda kabul görmeme hastaların utanma, anksiyete, sosyal izolasyon ve suçluluk yaşamalarına da neden olmaktadır (Özmen 2008; Korkmaz ve Tel 2010; Tel ve Tel 2012; Türk ve Üstün 2018). Çalışmamızda KOAH'lı bireylerin rol fonksiyonu uyumlarının olumsuz etkilendiği bulundu. Bu bulgu, literatürde KOAH'lı bireylerde fiziksel rol, emosyonel rol, sosyal fonksiyon ve rol fonksiyonları uyumunu değerlendiren araştırma bulguları ile paraleldi (İnal İnce ve ark. 2000; Güner ve Atak 2001; Ninot et al. 2007; Aras ve Tel 2008; Akyil ve Ergüney 2012). Literatürde, KOAH'lı bireylerde gelişen beden görünümünde, aile içi ve sosyal rollerde değişimin, fiziksel ve psikolojik olarak başkalarına bağımlı olma duygusunun rol performansında azalmaya neden olduğu gösterilmiştir (Ninot et al. 2007; Aras ve Tel 2008). KOAH'lı bireylerde KF-36 kullanılarak yürütülen araştırmalarda da en sık etkilenen alt boyutun fiziksel rol fonksiyon ve emosyonel rol fonksiyonunun olumsuz etkilendiği gösterilmiştir (İnal İnce ve ark. 2000; Güner ve Atak 2001).

Kronik hastalıkların hastalar üzerine biyopsikososyal etkilerinin belirlenmesinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi giderek önem kazanmaktadır. Özellikle solunum

fonksiyonlarında ilerleyici, geri dönüşümsüz hasar sonucunda kısıtlılık ve fiziksel kayıplara neden olan KOAH'ta yaşam kalitesinin en önemli belirteçlerinin fonksiyonel durum ve genel sağlık durumu olduğu bilinmektedir(Özkan 2006; Afşar ve ark. 2012; Polatlı ve ark. 2013).KOAH'lı bireylerin yaşam kalitelerini SGRQ ile değerlendirdiğimiz çalışma sonuçlarımız literatürde KOAH'lı bireylerin yaşam kalitelerini SGRQ kullanılarak değerlendiren çalışmaların sonuçları ile karşılaştırıldığında hastalarımızın puanlarının bazı araştırma sonuçlarından düşük (Akbay ve ark. 2001; Göçmen ve ark. 2009) bazı araştırma sonuçlarından daha yüksek (Starkie et al. 2011; Morishita-Katsu et al. 2016; Müllerova et al. 2017; Yücege ve ark. 2014; Polatlı ve ark. 2013) olduğu görüldü. Bu durum örneklem grubumuzun ilgili çalışmalardan (Akbay ve ark. 2001; Göçmen ve ark. 2009; Yücege ve ark. 2014; Morishita-Katsu et al. 2016) daha büyük olması, örneklem grubunun yaş ortalamasının bu çalışmalardaki (Starkie et al. 2011; Müllerova et al. 2017; Göçmen ve ark. 2009; Yücege ve ark. 2014; Polatlı ve ark. 2013; Akbay ve ark. 2001) örneklem grubundan daha yüksek olması, hastalarımızın büyük çoğunluğunun 11 yıldan daha uzun süredir KOAH tanılı olması ve KOAH evresinin GOLD 4 olması ile açıklanabilir.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı bireyin uyum kapasitesini değiştiren başlıca stresörlerden olmakla birlikte, beraberinde getirdiği tedaviler, ilaçlar, tekrarlı hastane yatışları ve maliyetin azalması aile ilişkilerinde bozulma, beden imajında değişiklik, yaşam biçiminde bozulma, rol değişiklikleri ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olabilmektedir (Tel ve Tel 2012; Özdemir ve Taşçı 2013).Çalışmamızda hastalık uyum değerlendirme formunun fizyolojik uyum,benlik uyumu,rol fonksiyon uyum puanları arttıkça SGRQ'nun puanları da artmakta idi. Bu bulgu, KOAH'lı bireylerin fizyolojik uyum,benlik uyumu,rol fonksiyonu uyumları azaldıkça yaşam kaliteleri ve genel iyilik hallerinin azaldığını gösterdi.KOAH'ın neden olduğu fiziksel semptomlar, sosyal izolasyon ve duygusal sorunlar bireylerin baş etme gücünü azaltarak, hastalık uyumunu zorlaştırmakta ve yaşam kalitelerini de olumsuz etkilemektedir (Gökçek ve ark. 2019).

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerde hastalığın kötüleşmesi, tekrarlı hastane yatışları, tedavilerin yetersizliği ve öz bakım kaybı gibi faktörler hasta ve ailesinin rollerini, beklentilerini ve yaşam hedeflerini değiştirebilmektedir. Dolayısı

ile KOAH'lı bireylerin rol fonksiyonlarındaki değişiklikler hem hastalar hem de ailelerinin yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Sıdar Dilbaz ve ark. 2015). Araştırmamızda hastalık uyum değerlendirme formunun rol fonksiyon uyumu alt ölçeğinden alınan puanlar arttıkça SGRQ'nun semptomlar,aktiviteler ve hastalığın etkileri alt boyutlarının puanlarının arttığı bulundu. Bu bulgu, KOAH'lı bireylerin rol fonksiyonu uyumları azaldıkça hastalık semptomlarının, günlük yaşam aktivitelerinin ve hastalık etkilerinin olumsuz etkilendiğini gösterdi.KOAH'lı bireylerde dispne, alevlenmeler ve malnütrisyona önlenmesi için inhaller tedavi, tıbbi beslenme tedavisi, tıbbi beslenme tedavisi ve oksijen desteği gibi birçok ileri tedavilere hastaların fizyolojik uyum sağlamaları gerekmektedir. Bağımlılığın artması, sosyal aktivitenin kısıtlanması, aile ve toplum içinde beklenen rolleri yerine getirememeye rol fonksiyonuna uyumlarında da bozulmaya neden olmaktadır (Kuzulu ve ark. 2017; Türkmen ve Üstün 2018).

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerde hipoksi ve hiperkapni nedeni bilişsel fonksiyonlarda azalma, kontrol kaybı, bağımlılık, mortalitenin artması, önemli rollerin ve arkadaşılığın kaybı, seksüel yetenek kaybı, geleceğin belirsizliği, yaşamın anlam ve amacının kaybı, benlik kavramında azalmaya neden olarak genel iyilik halini de olumsuz etkilemektedir(Korkmaz ve Tel 2010; Tel ve Tel 2012; Özdemir ve Taşçı 2013).Araştırmamızda KOAH'lı bireylerin hastalık uyum değerlendirme formunun benlik kavramı uyumu alt ölçeğinden alınan puanlar arttıkça SGRQ'nun semptomlar,aktiviteler ve hastalığın etkileri alt boyutlarının puanlarının arttığı bulundu. Bu bulgu, KOAH'lı bireylerin benlik kavramı uyumları azaldıkça hastalık semptomlarının, günlük yaşam aktivitelerinin ve hastalık etkilerinin olumsuz etkilendiğini gösterdi.

Araştırmamızda KOAH'lı bireylerin hastalık uyum değerlendirme formunun fizyolojik uyum alt ölçeğinden alınan puanlar arttıkça SGRQ'nun semptomlar,aktiviteler ve hastalığın etkileri alt boyutlarının puanlarının arttığı bulundu. Bu bulgu, KOAH'lı bireylerin fizyolojik uyumları azaldıkça hastalık semptomlarının, günlük yaşam aktivitelerinin ve hastalık etkilerinin olumsuz etkilendiğini gösterdi. Bütün kronik hastalıklarda olduğu gibi KOAH'ta da hastalığa fizyolojik uyumun sağlanması semptom yönetimi, ilaçların etkin kullanımı, komplikasyonların önlenmesi ve genel iyilik halinin sürdürülmesi açısından

önemlidir (Türten Kaymaz ve Akdemir 2016; Kuzulu ve ark. 2017). KOAH'ta fizyolojik uyumun azalması hastalık semptomlarının, alevlenmelerin, tekrarlı yatışların artmasına ve genel iyilik halinin bozulmasına neden olmaktadır (Akyil ve Ergüney 2012). Buna ilave olarak kronik hastalıklarda fizyolojik uyumunun arttırılmasının hastalık nedeni ile meydana gelen duygusal durum ve stresle baş etmeyi sağlayarak yaşam kalitesini de arttırdığı gösterilmiştir (Yorulmaz ve ark. 2014).

Literatürde hastalık uyumunun sağlık hastalık algısı, sosyal çevre, sosyal ilişkiler, sağlık bakımı ve fiziksel durumdan etkilendiği belirtilmektedir. KOAH'lı bireylerde fiziksel durumda bozulma, bağımlılığın artması, endişe, öfke, korku ve depresif duygu durumlar, aile ve toplum içinde rol fonksiyonlarında değişimlere neden olabilmektedir. KOAH'lı bireylerde aile ve çevreden gelen desteğin hastalıkla baş etme ve hastalık uyumunda önemli olduğu vurgulanmaktadır (Kuzulu ve ark. 2017; Türten Kaymaz ve Akdemir 2018). Araştırmamızda KOAH'lı bireylerin hastalık uyum değerlendirme formunun rol fonksiyonu uyumu alt ölçeğinden alınan puanlar arttıkça SGRQ'nun semptomlar, aktiviteler ve hastalığın etkileri alt boyutlarının puanlarının arttığı bulundu. Bu bulgu, KOAH'lı bireylerin rol fonksiyonu uyumları azaldıkça hastalık semptomlarının, günlük yaşam aktivitelerinin ve hastalık etkilerinin olumsuz etkilendiğini gösterdi. KOAH'la birlikte meydana gelen fiziksel ve fonksiyonel değişiklikler, aktivite yapma yeteneklerinin azalmasına, güç kayıplarına, mesleki ve sosyal rollerini sürdürmelerini olumsuz etkilemektedir. Yaşanan hastalık deneyimleri, sosyal ortamlarda kabul görmeme hastaların utanma, anksiyete, sosyal izolasyon ve suçluluk yaşamalarına genel iyilik hallerinin bozulmasına da neden olmaktadır (Özmen 2008; Korkmaz ve Tel 2010; Tel ve Tel 2012; Türten Kaymaz ve Akdemir 2016; Kuzulu ve ark. 2017). Hastalık bireyin sosyal etkileşimlerini, rollerini, sorumluluklarını ve sosyal kabul edilebilirliğini olumsuz etkileyebilmektedir. KOAH'ın önemli belirtilerinden olan dispne ve inatçı öksürük bireyin konuşmasını engelleyerek iletişim güçlüğü yaşamasına ve sosyal etkileşimini sürdürmede önemli bir engel oluşturarak sosyal izolasyona neden olmaktadır. Bu durumda, hastaların ayrıcalıklı ya da en çok önem verdiği bireylerden (eş, sevgili, çocuklar gibi yakın aile üyeleri) ya da destek sistemlerini oluşturan bireylerden (diğer aile üyeleri, arkadaş, evcil hayvanlar) hastalık sürecinde sevgi, doyum gibi ihtiyaçlarının karşılanması böylece psişik bütünlüğünün sağlanması

önerilmektedir (Özmen 2008; Korkmaz ve Tel 2010; Tel ve Tel 2012).

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerin hastalık uyumlarının artırılması, tedavi ve yaşam şekline uyumunun sağlanması, hastaların hastalıklarını yönetebileceklerine olan inançlarının artırılması, dolayısı ile de genel iyilik hallerinin sürdürülmesi için önemlidir. Yapılan çalışmalarda hastalık uyumu daha iyi olan ve daha az duygusal yanıtı olan KOAH'lı bireylerin daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları gösterilmiştir (Ulubay ve ark. 2009; Tel Aydın ve ark. 2012; Weldam ve ark. 2014; Tiemensma ve ark. 2016).



## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçları, KOAH'lı bireylerin hastalık uyumlarında en sık etkilenen alanın benlik kavramına uyum, yaşam kalitelerinde ise en çok etkilenen alanının aktiviteler olduğunu ve fizyolojik uyum, benlik uyumu, rol fonksiyonu uyumları azaldıkça yaşam kalitelerinin de olumsuz etkilendiğini gösterdi.

Bu bulgular doğrultusunda;

- KOAH'lı bireylerin hastalık uyumlarının her izlemde değerlendirilmesi,
- KOAH'lı bireylerin yaşam kalitelerinin her izlemde değerlendirilmesi,
- KOAH'lı bireylerin yaşam kaliteleri ve genel iyilik hallerini olumsuz etkileyebilen fizyolojik, sosyal ve psikososyal uyumla ilgili sorunların belirlenmesi önerilmektedir.

## 9. KAYNAKLAR

Abul Y ve Özlü T. Türkiye’de KOAH epidemiyolojisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2013; 1 : 7-12.

Acaroğlu G, Yılmaz E. Epilepsili hastalarda ilaç uyumunun yaşam kalitesine etkisi.Epilepsi 2016;22(1):17-25.

Afşar BB, Yalçınsoy M, Yakar Hİ, Bilgin S, Akkaya E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. Cumhuriyet Tıp Derg. 2012; 34: 260-7.

Akbay S, Kurt B, Ertürk A, Gülhan M, Çapan N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesi ve solunum fonksiyon testi ile ilişkisi.Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2001;49(3):338-344.

Akın S, Durna Z. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(2):1-8.

Akın S.Kronik Hastalıklarda Primer ve Sekonder Korunma.İçinde: Durna Z (Ed). Kronik hastalıklar ve bakım. Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul; 2012, s:9-22.

Akoğlu L, Kaçmaz N, Çelik Başaran F, Özsöz A, Öngel K. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında aşılama oranlarını etkileyen faktörler. Smyrna Tıp Dergisi 2013;3:18-27

Akyıl-Çevik R ve Ergüney S. Roy’sadaptation model-guidededucationforadaptationtochronicobstructivepulmonarydisease. JAN. 2012;69(5):1063–75.

Akyıl R.Ç. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve bakım. İçinde: Durna Z (Ed). Kronik hastalıklar ve bakım. Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul; 2012, ss:75-93.

Arsava Ergan B, Çöplü L. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH). İçinde: Çöplü L, Kaya A (Eds). Solunum Hastalıkları. Poyraz Tıbbi Yayıncılık San. Tic. Ltd. Şti. Başak Matbaacılık: Ankara; 2007, s: 88-100.

Aştı N. Depresyon ve Bakım. İçinde: Durna Z (Ed). Kronik hastalıklar ve bakım. Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul; 2012, s:479-491

Başıyigit İ. KOAH patogenezi ve fizyopatolojisi.TTD Toraks Cerrahisi Bülteni. 2010;1(2):114-18.

Baykal Y. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı üzerinde epidemiyolojik bir araştırma, Türberküloz ve Toraks. 1976; 24: 3-18.

Birol L. Hemşirelik Süreci. Akademisyen Kitabevi:İzmir; 2016, ss: 296-416.

Bourbeau J, Bartlett SJ. Patient adherence in COPD. *Thorax* 2008;63:831–838. doi:10.1136/thx.2007.086041 831

Büyükoyuncu Pekel N, Turgut N, Altıay G, Demir M, Turgut B, Erbaş H, Süt N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalardaki kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2018;14:109-14

Çalıköğlü M. KOAH'ta tedaviye uyum. *KOAH Bülteni*. 2015;1:2-7.

Çetinkaya F, Gülmez İ, Aydın T, Öztürk Y, Özemsı M, Demir R. Prevalence of chronic bronchitis and associated risk factors in a rural area of Kayseri, Central Anatolia. *Monaldi Arch Chest Dis* 2000; 55: 189-93.

Çıray Gündüzoğlu N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve bakım yönetimi. İçinde: Özer S (Ed). *Olgu Senaryolarıyla İç Hastalıkları Hemşireliği*. 1. Baskı. İstanbul Kitabevleri: İstanbul; 2019, s:195-206.

Çörtük M, Kiraz K. Kronik akciğer hastalığı olan hastaların bronkodilatatör ilaçlara uyumu. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2014;11(2):92-7.

Demirkol ME, Tamam L. Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2016; 8(1):85-93.

Deniz S, Emre JÇ, Baysak A ve ark. Stabil kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda komorbidite sıklığı ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. 2014;1-4. DOI: 10.4328/JCAM.2956

Ekenler Ş, Arslan S. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;22(3):151-60.

Göçmen H, Ediger D, Uzaslan E, Ege E. Stabil KOAH'lı hastalarda Saint George Solunum Anketi (SGRQ) skorlarının hastalarının ağırlığı ve amfizem varlığı ile ilişkisi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2009;23(1):7-15.

Gökçek Ö, Huzmeli DE, Katayıfçı N. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında dispnenin yaşam kalitesi ve depresyona etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg* 2019;10(81):84-88.

Günen 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*. 2008; 19:499-504.

Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *DEUHYO ED*. 2014;7(2):98-108.

Güner A, Atak N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda sağlık eğitiminin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2001;54(4):321-32.



Hacievliyagil SS, Arıkan ÖÖ, Günen H. Hastaların inhaler ilaçları kullanma becerileri. Hacettepe Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi Dergisi. 2005;25(2):51-60.

Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. TAF PrevMedBull 2009; 8(2): 167-72.

Hasnaoui AE, Rashid N, Lahlou A, Salhi H, Doble A, Nejari C, on behalf of the BREATHE Study Group A. Chronic obstructive pulmonary disease in the adult population within the Middle East and North Africa region: rationale and design of the BREATHE study. Respiratory Medicine. 2012;106(S2):S3–S15.

İnal İnce D, Tunalı N, Savcı S, Hülya Arıkan H. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Solunum Hastalıkları 2000; 11: 333-7.

Kara M, Mirici A. Loneliness, depression, and social support of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. J NursScholarsh 2004; 36: 331-6.

Karakurt Z, Güngör N, Ertuğrul M ve ark. Ciddi KOAH olgularında evde uzun süreli oksijen tedavisine uyum ve mortaliteye etkisi. 2005; Göztepe Tıp Dergisi 20: 134-136.

Kelly C, Lynes D. Psychological effects of chronic lung disease. Nursing Times. 2008;104(47): 82-85.

Kocabaş A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni. 2010;1(2):105-13.

Kocabaş A, Atış S, Çöplü L ve ark. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) koruma, tanı ve tedavi raporu. Official J Turkish Thoracic Soc 2014; 5: 1-8.

Korkmaz T ve Tel H. KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13: 279-86.

Kuzulu A, Bilgin G, Arslan İ ve ark. KOAH hastalarında sosyal ilişkilerin değerlendirilmesi. Ankara Med J. 2017;4:204-15.

Lavorini F, Magnan A, Dubus JC, Voshaar T, Corbetta L, Broeders M, et al. Effect of incorrect use of dry powder inhalers on management of patients with asthma and COPD. RespirMed 2008;102(4):593-604

López-Campos JL, Gallego EQ, Hernández CL. Status of and strategies for improving adherence to COPD treatment. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2019;14 1503–1515.

Mert H, Özçakar N, Kuruoğlu E. Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. Turk Aile HekDerg2011;15(1):7-12.

Mollaoğlu M. Kronik Hastalıklarda Uyum Süreci.İçinde: Durna Z (Ed). Kronik hastalıklar ve bakım. Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul; 2012, s:51-63

Morishita-Katsu M, Nishimura K, Taniguchi H, et al. The COPD assessment test andStGeorge'sRespiratoryQuestionnaire:aretheyequivalent in subjectswith COPD ? . International Journal of COPD 2016;11: 1543-1551

Müllerova H, Gelhorn H, Wilson H, et al.StGeorge'sRespiratoryQuestionnairescorepredictsoutcomes in patientswithCOPD:Analysis of individualpatient data in the COPD biomarkersqualificationconsortiumdatabase. JCOPDF 2017;4(2):141-149.

Ninot G, Moullec G, Desplan J, Prefaut C, Varray A Daily functioning ofdyspnea, self-esteemandphysical self in patientswithmoderate COPD before,duringandafter a firstinpatientrehabilitation program. DisabilRehabil 2007;29: 1671-78.

Oğuzülgen İK, Köktürk N, Işıkdoğan Z. Astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalarında Morisky 8-maddeli ilaca uyum anketinin (MMAS-8) Türkçe geçerliliğinin kanıtlanması çalışması. TuberkToraks 2014;62(2):101-7.

Özkan S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;9(1):98-103.

Özmen M, Önen B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında psikiyatrik sorunlar. In Umut S, Erdiñç E eds. Toraks kitapları. İstanbul, Özgün Ofset TicLtd Şti, 2008: 333-52.

Polatlı M, Yorgancıoğlu A, Aydemir Ö ve ark. St. George solunum anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. TuberkToraks 2013; 61(2): 81-7.

Restrepo RD, Alvarez MT, Wittnebel LD, Sorenson H, Wettstein R, Vines DL, et al. Medicationadherenceissues in patientstreatedfor COPD. Int J ChronObstructPulmonDis 2008;3(3):371-84.

Sıdar Dilbaz A, Dedeli Ö, Yorgancıoğlu A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Solunum Hastalıkları. 2015; 25(2-3): 1-6.

Souza ML, Meneghini AC, Ferraz E, Vianna EO, Borges MC. Knowledge of andtechniqueforusinginhalationdevicesamongsthmapatientsand COPD patients. J BrasPneumol 2009;35(9):824-31.

Starkie HJ, Briggs AH, Chambers MG, Jones P. Predicting EQ-5D values using the SGRQ. Value Health. 14(2): 354-60

Tel H, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının sosyokültürel yansıması: Stigma. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2012;28(3):137-42.

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 2016; 11: 2001-2007.

Turan OM, Turan PA, Mirici A. göğüs hastalıkları uzmanlarına düzenli kontrole gitmeyen KOAH hastalarının değerlendirilmesi. İzmir Göğüs Hastalıkları Dergisi 2016;3(3):149-155.

Türk G, Üstün R. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerin bakım bağımlılığının değerlendirilmesi. DEUHFED 2018;11(1):19-25.

Türten Kaymaz T, Akdemir N. Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyum. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2016; 7(2):61-7.

Ulubay G, Sarınc Ulaşlı S, Akıncı B, Görek A, Akçay G. KOAH'lı olgularda depresyon durumu, solunum fonksiyon testi, egzersiz performansı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2009; 57(2): 169-176.

Umut S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında atak. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:61. 2008; s.117-28.

Uysal H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı. İçinde: Enç N(Ed). İç hastalıkları hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul; 2014;ss 138-51.

Uzun Ş. SisterCalistaRoy:Adaptasyon modeli. İçinde: Karadağ A, Çalışkan N, Baykara Göçmen Z (Eds). Hemşirelik teorileri ve modelleri. 1.Baskı.Akademi Basın ve Yayıncılık:İstanbul; 2017, s:370-437.

Velioglu P. Hemşirelikte kavram ve kuram. Alaş Ofset: İstanbul; 2012, ss: 364-389.

Weldam SW, Lammers JW, Heijmans MJ, Schuurmans MJ. Perceived quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients: a cross-sectional study in primary care on the role of illness perceptions. BMC Family Practice 2014;15: 140

Yenilmez Ö, Gürsoy S, Evyapan F, Kitiş A. KOAH'lı bireylerde aktivite katılımı ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi.2018;11(2):30-36.

Yorulmaz H, Keçeci N, Tatar A. Kronik böbrek yetmezliği hastalarında hastalık algısının yaşam kalitesine olan etkisi. Literatür Sempozyum Dergisi 2014; 1(1): 40-45.

Yücege M, Şencan N, Bayındır Ç, Yumrukız M, Fırat H, Levent E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda St. George Solunum Anketi–KOAİ Spesifik Formu (St George Respiratory Questionnaire-COPD; SGRQ-C) ile Bode İndeksi Arasındaki İlişki. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2014; XXVIII(3):141-46.



**EKLER**

**EK-1**



T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
29.11.2016	26	38

**Karar 22-h)** İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Arzu SIDAR DİLBAZ'ın Tez Konusunun, Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile " Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Hastalığa Uyumluluğu ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi" olarak belirlenmesine OY BİRLİĞİ ile karar verildi.

<b>imza</b> Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ Enstitü Müdürü		
<b>imza</b> Doç. Dr. Elgin TÜRKÖZ ULUER Müdür Yardımcısı	<b>imza</b> Doç. Dr. Özge YILMAZ Müdür Yardımcısı	<b>imza</b> Prof. Dr. Necip KUTLU Üye
<b>(Katılmadı)</b> Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ Üye	<b>imza</b> Özcan GERÇEKER Enstitü Sekreteri	<b>imza</b> Doç. Dr. Murat TAŞ Üye

Aşlı Gibidir.  
03/01/2020

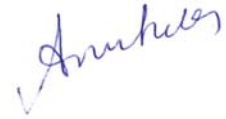
Aynur PALAMUTÇUOĞLU  
Enstitü Sekreteri

EK-2

T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
HAFSA SULTAN HASTANESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisiyim. Danışmanım Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ ile göğüs servisi ve göğüs hastalıkları polikliniklerinde yürütmeyi planladığımız “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Hastalığa Uyumluluğu ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi” konu başlıklı yüksek lisans tezimin etik kurul izninin alınabilmesi ve araştırmanın birimlerinizde yürütülebilmesi için ilgili izni alabilmem hususunda gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Hem. Arzu SIDAR DİLBAZ



15.05.2017

PROF. DR. AYLA YORRANCIOĞLU  
Manisa Celal Bayar Üniversitesi  
Göğüs Hastalıkları A.B.D.  
Tescil No: 099010.01.89

**EK-3**

Evrak Tarih ve Sayısı: 26/05/2017-E.43283



T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Sağlık Bilimleri Etik Kurulu

Sayı : 20478486-050.04.04-  
Konu : Etik Kurul Kararı - Kronik obstrüktif

Sayın Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ ÇAYDAM

"Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Hastalığa Uyumluluğu ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi" başlıklı dosyanız görüşülmüş olup, Etik Kurul Karar Formu ektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

**e-imzalıdır**  
Prof. Dr. Zeki ARI  
Kurul Başkanı

Ek: Özden Dedeli - 24.05.2017 karar tutanağı (1 sayfa)

T.C.  
Manisa Celal Bayar Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu  
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	24 / 05 / 2017 / 20.478.486 -					
ARAŞTIRMANIN ADI	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklı Bireylerin Hastahğa Uyumlulu ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi					
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Özden DEDELİ ÇAYDAM - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi					
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemş. Arzu SIDAR DİLBAZ					
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>		AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	25 / 04 / 2017 / Tarih ve 18715 sayılı; araştırma dosyası					
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir					
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvan /Adı /Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İhsan AVCI Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Serdar TOK BESYO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmamız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir</u>, Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p>						
<p>Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>						



Merhaba,

Sürekli tıkanan akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık uyumu ve yaşam kalitelerini değerlendiren çalışma yürütmekteyim. Aşağıda sizin bazı özellikleriniz, hastalığınız nedeni ile yaşadığınız fiziksel, sosyal, psikolojik güçlükler, günlük yaşamınızın etkilenme durumunu değerlendirmek için bazı sorular yer almaktadır. Bu soruların doğru veya yanlış yanıtı yoktur. Önemli olan sizin kişisel görüşlerinizdir. Lütfen, ifadeleri okuduktan sonra size uygun olan yanıtta yer alan kutucuğu veya ( )'i işaretleyiniz. Katılım ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

Hemş. Arzu SIDAR DİLBAZ

**SÜREKLİ TIKANAN AKCİĞER HASTALIKLI BİREYLERİN  
HASTALIĞA UYUMLARI VE YAŞAM KALİTELERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Hasta Tanıtım Formu**

1) Yaşınız:.....

2) Cinsiyetiniz:

- Kadın
- Erkek

3) Medeni durumunuz:

- Evli
- Bekar

4) Eğitim durumunuz:

- Okur yazar
- İlkokulu
- Orta okul
- Lise
- Fakülte/Yüksek okul
- Lisans üstü

5) Çalışıyor musunuz?

- Evet
- Hayır.

6) Çalışıyorsanız iş/mesleğiniz:.....

7) Sosyal güvenceniz:

- Var
- Yok

8) Size göre ailenizin gelir düzeyi nasıl?

- Gelir giderden az
- Gelir gidere denk
- Gelir giderden fazla

9) Kim/Kimlerle yaşıyorsunuz?

- Yalnız
- Eşim
- Eşim ve çocuklarım
- Çocuklarım
- Diğer

10) Ailenizde başka süregelen tıkanan akciğer hastalığı olan var mı?

- Evet
- Hayır

11) Sigara kullanıyor musunuz?

- Evet
- Hayır
- Bıraktım

12) Sigara kullanıyorsanız günde kaç tane içersiniz?

- 1-5 tane
- 6-10 tane
- 11-20 tane

13) Sigara kullanıyorsanız kaç yıldır içiyorsunuz?

- 1 yıldan az
- 1-5 yıl
- 6-10 yıl
- 11 yıl ve üzeri

14) Tanınız ne zaman konuldu?

- 6 ay 1 yıl
- 2-5 yıl
- 6-10 yıl

- 10 yıl ve üzeri

15) Hangi tedavi/tedavileri alıyorsunuz?

- Damardan ilaç tedavisi
- Ağızdan ilaç tedavisi
- Maske ile solunum yolundan ilaç tedavisi
- Diğer ise belirtiniz.....

16) Doktorunuzun önerdiği şekilde kontrollere gidiyor musunuz?

- Hayır
- Evet

17) Doktorunuzun önerdiği şekilde tedavilerinizi kullanıyor musunuz?

- Hayır
- Evet

### UYUM DEĞERLENDİRME FORMU

Hastalığınız aşağıdaki fonksiyonlarınızı ve algılarınızı değiştirdi mi?

<b>Fizyolojik Uyum</b>	<b>Hiç</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sık</b>
18) Oturmak ya da yatma durumunuzu			
19) Soyunmayı ya da giyinmenizi			
20) Banyo yapma durumunuzu			
21) Ev içinde dolaşmanızı			
22) Merdiven çıkmanızı			
23) Yokuş çıkmanızı			

24) Yemek yemenizi			
25) Kişisel bakım (tıraş olmak makyaj yapmak, diş fırçalamak gibi) durumunuzu.			
26) Normal dışkılama alışkanlığınızı			
27) Uyku alışkanlığınızı			

<b>Benlik Kavramı Uyumu</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Biraz Katılıyorum</b>	<b>Tamamen Katılıyorum</b>
<i>Fiziksel Benlik Uyumu</i>			
28) Nefes alamamak beni korkutuyor			
29) Nefes darlığım kendimi ifade etmemde sıkıntı yaratıyor.			
30) Nefes darlığım ailem ve benim için sıkıntı yaratıyor.			
31) Hastalığımdan dolayı sosyal ilişkilerim bozuluyor.			
32) Öksürmelerim beni yoruyor			
33) Eskiye nazaran çok kolay yoruluyorum.			

34) Öksürmelerimden dolayı insanlar benden kaçıyor.			
35) Hastalığımdan dolayı kendimi yaşlanmış ve çirkin hissediyorum.			
36) Aileme ya da çevreme yük olduğumu hissediyorum.			
37) Kendimi güçsüz, hiçbir şeyin üstesinden gelemeyecekmiş gibi hissediyorum.			
<b><i>Kişisel Benlik Uyumu</i></b>			
38) Hastalığım dolayısı ile kendimi işe yaramaz hissediyorum			
39) Kendimi eskisi kadar yaşam karşısında güçlü hissetmiyorum			
40) Öksürük nefes darlığı gibi sorunlarım beni toplum içinde zor durumda bırakıyor			
41) Sıklıkla hastalığın neden benim başıma geldiğini sorguluyorum.			
42) Gelecek benim için belirsiz ve karanlık görünüyor.			
43) Kendimi üzgün sıkıntılı ilgisiz hissediyorum.			

44) İyileşeceğime dair umutlu değilim			
45) Bu hastalığı tanrının bana bir cezası olarak görüyorum			
46) Dini ibadetlerimi yerine getirmede zorlanıyorum.			

<b>Rol Fonksiyonu Uyum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Biraz Katılıyorum</b>	<b>Tamamen Katılıyorum</b>
47) Hastalığımın dolaylı olarak önceden yaptığım işleri yapamıyorum			
48) Eğlence ve sporda zorlanıyorum			
49) Ev işleri; yemek yapma, tamir yapma temizlik gibi faaliyetleri eskisi kadar rahat yapamıyorum.			
50) Fatura ödeme, alışveriş gibi işleri eskisi kadar kolay yapamıyorum			
51) Hastalık geçimimi sürdürecektir işleri yapmayı engelliyor.			
52) Çocuklarımla bakımını sürdürmede zorlanıyorum			

## **SOLUNUM SİSTEMİ ANKETİ**

### **SEMPTOMLAR**

**Bu bölümde son 1 sene içinde akciğer hastalığınızın ne durumda olduğunu tanımlayacak sorular yer almaktadır. Her soru için kutulardan birini işaretleyiniz.**

1- Son bir sene içindeki öksürme sıklığım:

- Haftanın hemen her günü
- Haftanın çoğu günü
- Ayda birkaç gün
- Sadece üşüttüğüm zaman
- Hiç

2-Son bir sene içindeki balgam çıkarma sıklığım:

- Haftanın hemen her günü
- Haftanın çoğu günü
- Ayda birkaç gün
- Sadece üşüttüğüm zaman
- Hiç

3-Son bir sene içindeki nefes darlığı durumum:

- Haftanın hemen her günü
- Haftanın çoğu günü
- Ayda birkaç gün
- Sadece üşüttüğüm zaman
- Hiç

4- Son bir sene içinde göğsümde hisettiğim hırıltı-hışıltı sıklığı:

- Haftanın hemen her günü
- Haftanın çoğu günü
- Ayda birkaç gün
- Sadece üşüttüğüm zaman
- Hiç

5-Son bir sene içinde kaç defa çok ciddi veya sizde sıkıntı yaratan göğüs hastalığı geçirdiniz ? (Atak sayısı)

- 3'den fazla
- 3 atak
- 2 defa
- 1 defa
- Hiç

6- En uzun atağınız ne kadar sürdü ? Eğer ciddi bir atak geçirmediyseniz 7. Soruya geçiniz.

- 1 hafta veya daha uzun
- 3 veya daha fazla gün
- 1 veya 2 gün
- 1 günden az

7- Son bir senede, haftada ortalama kaç gün göğüs hastalığınız ile ilgili hiç bir problem olmadan rahat gün geçirdiniz ?

- 0 gün (Haftanın her günü rahatsızdım)
- 1 veya 2 günü rahat geçirdim
- 3 veya 4 günü rahat geçirdim
- Hemen her günü rahat geçirdim
- Her gün rahattım

8- Göğsümde hırıltı-hıdıltı varsa bu daha ziyade sabahları oluyor.

- Evet
- Hayır

## **HASTALIĞIN ETKİLERİ**

### **BÖLÜM-1**

9- Akciğer hastalığınız ile ilgili durumu nasıl değerlendiriyorsunuz ? Lütfen uygun olan kutuyu işaretleyiniz.

- En önemli problemim
- Bana fazla problem yaratıyor
- Bana az problem yaratıyor
- Hiç problem yaratmıyor

10- Eğer bir işte çalışıyorsanız aşağıdakilerden birini işaretleyiniz.

- Akciğer hastalığım nedeni ile iş hayatım tamamen sona erdi
- Akciğer hastalığım nedeni ile işimi yapmam zorlaştı veya işimi değiştirdim
- Akciğer hastalığım işimi etkilemiyor

### **BÖLÜM-2**

11- Bugünlerde sizde nefes darlığı yapan hareketlerle ilgili sorulardır. Her madde için size uygun olan “Doğru” veya “Yanlış” kutusunu işaretleyiniz.



Otururken veya yatarken	<input type="checkbox"/> Doğru	<input type="checkbox"/> Yanlış
Yıkanırken veya giyinirken	<input type="checkbox"/> Doğru	<input type="checkbox"/> Yanlış
Ev içinde dolanırken	<input type="checkbox"/> Doğru	<input type="checkbox"/> Yanlış
Dışarıda düz yolda yürürken	<input type="checkbox"/> Doğru	<input type="checkbox"/> Yanlış
Merdiven çıkarken	<input type="checkbox"/> Doğru	<input type="checkbox"/> Yanlış
Yokuş yukarı çıkarken	<input type="checkbox"/> Doğru	<input type="checkbox"/> Yanlış
Spor yaparken	<input type="checkbox"/> Doğru	<input type="checkbox"/> Yanlış

### **BÖLÜM-3**

#### **12- Bugünlerde olan öksürük ve nefes darlığınızla ilgili soruları içermektedir.**

Öksürdüğümde canım acıyor	<input type="checkbox"/> Doğru	<input type="checkbox"/> Yanlış
Öksürmek beni yoruyor	<input type="checkbox"/> Doğru	<input type="checkbox"/> Yanlış
Konuşunca nefes nefese kalıyorum	<input type="checkbox"/> Doğru	<input type="checkbox"/> Yanlış
Öne eğilince nefes nefese kalıyorum	<input type="checkbox"/> Doğru	<input type="checkbox"/> Yanlış
Öksürük veya nefes darlığım nedeni ile uyku bölünüyor	<input type="checkbox"/> Doğru	<input type="checkbox"/> Yanlış
Çok çabuk yoruluyorum	<input type="checkbox"/> Doğru	<input type="checkbox"/> Yanlış

### **BÖLÜM-4**

#### **13- Bugünlerde akciğer hastalığınızın sizin üzerinizdeki etkileri ile ilgili sorulardır.**

Öksürüğüm veya solunum sıkıntım topluluk içinde utanmama neden oluyor  
 Doğru  Yanlış

Akciğerimle ilgili şikayetlerim yakın çevremi, ailemi, arkadaşlarımı, komşularımı rahatsız ediyor  
 Doğru  Yanlış

Nefes alamadığım zaman paniğe kapılıyorum veya çok korkuyorum  
 Doğru  Yanlış

Akciğer hastalığımı kontrol altında tutamadığımı düşünüyorum  
 Doğru  Yanlış

Akciğerlerimin daha iyi olacağını ummuyorum  
 Doğru  Yanlış

Akciğer hastalığım nedeni ile zayıf , halsiz ve güçsüz biri oldum  
 Doğru  Yanlış

Egzersiz yapmaktan kaçınıyorum (Benim için tehlikeli olacağını düşünüyorum)

Doğru  Yanlış

Kolumu kaldıracak halim olmadığını hissediyorum

Doğru  Yanlış

## **BÖLÜM-5**

**14- Tedaviniz ile ilgili soruları içermektedir. Eğer herhangi bir tedavi almıyorsanız bu bölümü atlayınız ve 6. Bölüme geçiniz.**

Tedavimin faydasını görmüyorum  Doğru  Yanlış

İlaçlarımı başkalarının yanında kullanmaktan çekiniyorum  Doğru  Yanlış

Tedavimin bazı hoş olmayan yan etkilerini hissediyorum  Doğru  Yanlış

Tedavim yaşantımı çok fazla etkiliyor  Doğru  Yanlış

## **AKTİVİTELER**

**15- Bu bölüm; nefes darlığınız nedeni ile hareketlerinizin ne şekilde kısıtlandığı konusundaki soruları içermektedir. Her bir soruda sizin için geçerli olan kutuyu işaretleyiniz.**

Yıkamak veya giyinmek uzun zamanımı alıyor  Doğru  Yanlış

Banyo yapamıyorum veya duş alamıyorum, ya da bunlar uzun zamanımı alıyor  Doğru  Yanlış

Diğer insanlardan daha yavaş yürüyorum veya dinlenmek için durmak zorunda kalıyorum  Doğru  Yanlış

Ev işi gibi faaliyetler uzun zamanımı alıyor veya dinlenmek için durmak zorunda kalıyorum  Doğru  Yanlış

Bir kat merdiven çıkarken yavaş çıkmak veya dinlenmek zorunda kalıyorum  Doğru  Yanlış

Eğer acele edersem veya hızlı yürürsem durup dinlenmek veya yavaşlamak zorunda kalıyorum  Doğru  Yanlış

Nefes darlığım nedeni ile yokuş yukarı çıkarken, merdivenden yukarı yük taşırken, çiçek, ekmek gibi kolay bahçe işleriyle uğraşırken, dans ederken, veya golf oynarken zorlanıyorum  Doğru  Yanlış

Nefes darlığım nedeni ile ağır yük taşırken, bahçe kazarken, saatte 5-6 km hızla yürürken, yavaş tempoda koşarken, tenis oynarken veya yüzerken zorlanıyorum  Doğru  Yanlış

Nefes darlığım nedeni ile ağır işler yaparken, koşarken bisiklete binerken, hızlı yüzerken veya spor yaparken zorlanıyorum  Doğru  Yanlış

## **BÖLÜM-7**

**16- Akciğer hastalığınızın günlük yaşamınız üzerinde nasıl etki yaptığını öğrenmek istiyoruz. “Doğru” veya “Yanlış” kutusunu işaretleyiniz. “Doğru” yanıtı verdiğiniz durumların, nefes darlığınız nedeni ile sizi etkileyen faaliyetler olduğunu unutmayınız.**

Spor yapamıyorum  Doğru  Yanlış

Sosyal etkinliklere katılamıyorum  Doğru  Yanlış

Alışveriş için dışarıya çıkamıyorum  Doğru  Yanlış

Ev işi yapamıyorum  Doğru  Yanlış

Yatağımdan, koltuğımdan daha uzak bir yere gidemiyorum  Doğru  Yanlış

**17- Şimdi, akciğer hastalığınızın sizi nasıl etkilediğini en iyi ifade eden cümleyi işaretleyiniz. Sadece bir seçeneğı işaretleyiniz.**

Hastalığıma rağmen yapmak istediğim her şeyi yapabiliyorum

Hastalığım nedeni ile yapmak istediğim bir iki şeyi yapamıyorum

Hastalığım nedeni ile yapmak istediklerimin çoğunu yapamıyorum

Hastalığım nedeni ile yapmak istediğim hiçbir şeyi yapamıyorum

The screenshot shows a web browser window displaying the Yahoo! Mail interface. The address bar shows the URL: <https://mg.mail.yahoo.com/neo/launch?.rand=82r>. The browser tab is titled "ozdedeli - Yahoo Mail". The navigation bar includes links for Home, Mail, News, Sport, Finance, Celebrity, Style, Weather, Answers, Flickr, Mobile, and More. The Yahoo! Mail logo is visible, along with a search bar containing the text "özden, search your mailbox" and buttons for "Search Mail" and "Search web".

A notification box at the top center reads "Conversation deleted. Undo". Below this, the email management toolbar includes "Compose", "Archive", "Move", "Delete", "Spam", and "More" options. The left sidebar shows the email folders: Inbox, Drafts, Sent, Archive, Spam, Trash (1), Smart views (Important, Unread, Starred, People, Social, Shopping, Travel, Finance), Folders, and Recent. A Unicef logo is visible at the bottom of the sidebar.

The main content area displays an email from "özden dedeli" received on "25 Oct at 11:22 AM". The email header shows it is from "Raşan ÇEVİK AKYIL <rahsanakyil@hotmail.com>" received "Today at 22:25". The email body contains the following text:

Sayın Özden Dedeli,

Kullanmanızda hiç bir sakınca yoktur.  
Tez çalışmasında size ve öğrencinize kolaylıklar dilerim.

Doç. Dr. Raşan ÇEVİK AKYIL  
Adnan Menderes Üniversitesi  
Söke Sağlık Yüksekokulu  
Aydın/Türkiye

Assoc. Prof. Dr. Raşan ÇEVİK AKYIL  
Adnan Menderes University  
Söke Health High School  
Aydın/Turkey

The Windows taskbar at the bottom shows icons for Internet Explorer, Firefox, and Google Chrome.

## EK-6

The screenshot displays a Yahoo Mail interface. The browser address bar shows the URL <https://mg.mail.yahoo.com/neo/launch?rand=58rfs47tr5l>. The page title is "özden dedeli - Yahoo Mail". The navigation bar includes links for Home, Mail, News, Sport, Finance, Celebrity, Style, Weather, Answers, Flickr, Mobile, and More. The search bar contains the text "özden, search your mailbox". The left sidebar shows the mailbox structure with folders like Inbox, Drafts, Sent, Archive, Spam (4), and Trash (3). The main content area shows a search result for "olcekricasi (3)". The selected email is from "mpolatli@ttmail.com" dated "27 Oct at 10:25 AM". The email body reads: "Sayın Özden Dedeli, Ekte SGRQ ile ilgili anket formu ve hesaplamada kullanabileceğiniz excel dosyasını iletiyorum. Araştırmamızda başarılar dilerim. Saygı ve sevgilerimle. Prof. Dr. Mehmet Polatlı". Below the text, it says "Windows 10 için [Posta](#) ile gönderildi". The email details at the bottom are: "Kimden: [özden dedeli](#)", "Gönderilme: 25 Ekim 2016 Salı 11:27", "Kime: [mpolatli@ttmail.com](mailto:mpolatli@ttmail.com)", and "Konu: olcekricasi". There is a "Show original message" link and a "2 Attachments" section at the bottom.

T.C.  
**MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA**

**Tez Adı KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIKLI BİREYLERİN  
HASTALIĞA UYUMLARI VE YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Tezime ilişkin 04/02/2020 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 29'dur.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza

**Adı Soyadı** : Arzu SIDAR DİLBAZ  
**Öğrenci No** : 161380013  
**Anabilim Dalı** : Hemşirelik Anabilim Dalı  
**Programı** : İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

04.02.2020  


**DANIŞMAN ONAYI**  
UYGUNDUR.  
(Unvan, Ad Soyad, İmza)

  
Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ G. AYDAM

**Açıklamalar**

- 1-Tez Çalışması Orjinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.  
Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimededen daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-*İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir;* aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- *Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.*
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

## ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	ARZU	<b>Soyadı</b>	SIDAR DİLBAZ
<b>Doğum Yeri</b>	İSTANBUL	<b>Doğum Tarih</b>	02.04.1982
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>Telefon</b>	05309248396
<b>E-mail</b>	arzusidardilbaz@hotmail.com		

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>LİSANS</b>	Ege Üniversitesi AtatürkSağlık Yüksekokulu Hemşirelik	2004
<b>LİSE</b>	Balıkesir Ticaret Odası Lisesi	1998

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre(Yıl)</b>
Hemşire	MCBÜ Hafsa Sultan Hastanesi	2004-Halen

### Yabancı Diller

<b>Yabancı Dil</b>	<b>Okuduğunu Anlama</b>	<b>Konuşma</b>	<b>Yazma</b>
İngilizce	Orta	Orta	Orta

### Sınav

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES Puanı</b>	62	62	61

### Bilgisayar Programı

<b>Program Adı</b>	<b>Kullanım Becerisi</b>
Word	İyi
Excel	İyi
Power Point	İyi