

T.C
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞINDA
(KOAİ)
PSİKOSOSYAL UYUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SELMAN ÇELİK

İSTANBUL-2018

T.C
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞINDA
(KOAİ)
PSİKOSOSYAL UYUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
SELMAN ÇELİK

DANIŞMAN
Prof. Dr. HEDİYE ARSLAN ÖZKAN

İSTANBUL-2018

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Program : Hemşirelik

Tez Başlığı : **Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında (KOA) Psikososyal Uyumu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**

Tez Sahibi : Selman Çelik

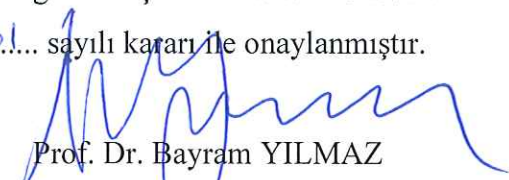
Sınav Tarihi : 06.02.2018

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)	İmza
Jüri Başkanı:	Prof.Dr.Şule ECEVİT ALPAR	
Tez danışmanı:	Prof.Dr.Hediye ARSLAN ÖZKAN	
Üye:	Doç.Dr.Filiz ARSLAN	

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun 08.02.2018 tarih ve 2018/02-01 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Bayram YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih: 06.02.2018

İmza: 

Selman ÇELİK

İTHAF

Bu tez çalışmamı, tüm eğitimim boyunca bana desteklerini esirgemeyen anne ve babama, eğitim hayatımda bana lider olan ve yol gösteren ağabeyim Sayın Doç. Dr. Aydın ÇELİK'e, ve ağabeyim Av. Mehmet Şah ÇELİK'e her zaman bana destek olan ablam Gülfem ÇELİK'e, ablam Aynur ÇELİK'e, ithaf ediyorum.

SELMA ÇELİK



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin süresince ve tez çalışmamın her aşamasında, bilgi ve deneyimleri ile bana her türlü desteği sağlayan, beni aydınlatan ve bana yol gösteren tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN'a;

Eğitim hayatım boyunca bana destek veren ve her zaman yanımda olan anneme;

Veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyen Sürreyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A.H, Göğüs hastalıkları kliniği asistan doktorlarına;

Sonsuz Teşekkürlerimi Sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

BEYAN.....	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
ABSTRACT	xiv
ÖZET	xvi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1 Çalışmanın Tanımı ve Önemi	1
1.2. Çalışmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. KOAH Tanımı.....	5
2.1.1. KOAH Sınıflaması	7
2.1.2. KOAH Fenotipleri.....	9
2.2. KOAH Epidemiyolojisi.....	13
2.3. KOAH Fizyopatolojisi	15
2.4. KOAH Risk Faktörleri	17
2.5. KOAH'ın Belirti ve Bulguları.....	18
2.6. KOAH Tanı Yöntemleri.....	19
2.7. KOAH'da Tedavi Yöntemleri.....	23
2.8. Psikososyal Uyum.....	25
2.8.1. KOAH ve Psikososyal Uyum	25
2.8.2. KOAH'da Psikososyal Uyumunu Etkileyen Faktörler	26
2.8.3. KOAH'lı Bireylerin Psikososyal Uyumunda Hemşirelik Yaklaşımları.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Türü ve Deseni	30
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	30
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	30
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	32
3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	32
3.6. Veri Toplama Araçları.....	32
3.7. Veri toplama araçlarının uygulanması.....	35
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	37
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	38

4. BULGULAR	39
4.1. Demografik Bulguların Dağılımı	39
4.2. Demografik Değişkenler İle Psikososyal Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	47
4.3. Demografik Değişkenlere İle Psikososyal Uyum Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
4.3.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
4.3.2. Hastaların Sigara Kullanım Alışkanlıkların ile Psikososyal Uyum ve PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ...	63
4.3.3. Hastaların Sağlık Durumu Özellikleri ile PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	65
4.3.4. Hastaların Tedaviye İlişkin Özellikleri İle PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	74
4.3.5. Hastaların Sosyal Aktivitelere Katılma Özellikleri İle Psikososyal Uyum ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	83
4.4. KOAH Değerlendirme Ölçeği (CAT) İle Psikososyal Uyum Ölçeği (PAIS-SR) Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ...	85
5. TARTIŞMA	87
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	101
7. KAYNAKLAR	106
8. EKLER	112
8.1. Ek-1: Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı...	114
8.2. Ek-2: İstanbul İli Güney Kamu Hastaneleri Birliği Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonu Onayı.....	115
8.3. Ek-3: Gönüllü Onam Formu	116
8.4. Ek-4: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerini ve Hastalıkla İlgili Özelliklerini İçeren Görüşme Formu	117
8.5. Ek-5: KOAH Değerlendirme Formu (COPD Assesment Test-CAT)..	121
8.6. Ek-6: Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale- Self Report-PAIS-SR).....	122
8.7. Ek-7: KOAH Değerlendirme Formunu (COPD Assesment Test-CAT) Kullanma İzni.....	132
8.8. Ek-8: Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğini (Psychosocial Adjustment to Illness Scale- Self Report-PAIS-SR) Kullanma İzni.....	133
9. ÖZGEÇMİŞ	134

TABLULAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 2.1: KAOH ve ASTİM arasındaki genel farklar.....	12
Tablo 2.2: Dünyada önde gelen hastalıkların “DALY” ve “DALY” açısından 2002-2030 yılları arasında yerlerinin değişimi.	15
Tablo 3.1: Kolmogorov-Smirnov Testi Sonucu.....	36
Tablo 4.1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	39
Tablo 4.2: Hastaların Sigara Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımları	41
Tablo 4.3: Hastaların Sağlık Durumu Özelliklerinin Dağılımı.....	42
Tablo 4.4: Hastaların Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	44
Tablo 4.5: Sosyal Aktivitelere Katılma Özelliklerinin Dağılımı	45
Tablo 4.6: Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Toplam ve Alt Boyutların Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Minimum ve Maksimum Değerleri.....	46
Tablo 4.7: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Psikososyal Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması	47
Tablo 4.8: Hastaların Sigara Kullanım Alışkanlıkları İle Psikososyal Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	48
Tablo 4.9: Hastaların Sağlık Durumu Özellikleri İle Psikososyal Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	49
Tablo 4.10: Hastaların Tedaviye İlişkin Özellikleri İle Psikososyal Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	51
Tablo 4.11: Hastaların Sosyal Aktivitelere Katılma Özellikleri İle Psikososyal Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	52
Tablo 4.12: Cinsiyete Göre Psikososyal Uyum ve PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	53

Tablo 4.13: Yaş Gruplarına Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54
Tablo 4.14: Medeni Duruma Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	55
Tablo 4.15: Çocuk Sayısına Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	56
Tablo 4.16: Eğitim Durumuna Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	57
Tablo 4.17: Çalışma Durumuna Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	58
Tablo 4.18: Yaşanan Yere Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	59
Tablo 4.19: Beraber Yaşanan Bireylere Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	60
Tablo 4.20: Sosyal Güvence Durumuna Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	61
Tablo 4.21: Gelir Düzeyine Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	62
Tablo 4.22: Sigara Kullanım Alışkanlıklarına Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	63
Tablo 4.23: Hastalığı İle İlgili Bilgi Alma Durumuna Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	65
Tablo 4.24: KOAH Tanısı alınan süreye Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	66
Tablo 4.25: KOAH Dışında Hastalık Olması Durumuna Göre Psikososyal Uyum ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	67
Tablo 4.26: KOAH'ın Yaşamı Etkileme Düzeyine Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	69

Tablo 4.27: Bireyin Sağlık Durumu Algısına Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	70
Tablo 4.28: Semptom Görülme Sıklığı İfadesine Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	71
Tablo 4.29: Fiziksel Güç Kaybı Düzeyine Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	72
Tablo 4.30: Uyku Durumuna Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	73
Tablo 4.31: Hastaneye Başvuru Sıklığına Göre Psikososyal Uyum ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	74
Tablo 4.32: Kontrol Sıklığına Göre Psikososyal Uyum ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	75
Tablo 4.33: Hastaların İlaç Kullanım Durumuna Göre Psikososyal Uyum ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	76
Tablo 4.34: Tedaviye Yardımcı Cihaz Kullanım Durumuna Göre Psikososyal Uyum ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	79
Tablo 4.35: Tedaviye Yardımcı Olan Kişiye Göre Psikososyal Uyum ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	82
Tablo 4.36: Sosyal Aktivitelere Katılımına Göre Psikososyal Uyum ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	83
Tablo 4.37: Evden Çıkma Konusunda Çekinme Durumuna Göre Psikososyal Uyum ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	84
Tablo 4.38: CAT Alt Grupları İle Psikososyal Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	85
Tablo 4.39: Psikososyal Uyum Gruplarına Göre CAT Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	85
Tablo 4.40: CAT Alt Gruplarına Göre Psikososyal Uyum ve PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	86

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil I: Amfizem ve Kronik Bronşit	7
Şekil II: Amfizem.....	7
Şekil III: Obstruktif ve Restriktif durumlarda Akım-Volüm Eğrisi	8
Şekil IV: KOAH Fenotipleri	9
Şekil V: Bronkodilatatör sonrası FEV1'e göre hava akımı kısıtlanmasının derecelendirilmesi	21
Şekil VI: Akciğerlerde havalanma grafisi.....	21

SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
COPD	: Chronic Obstructive Pulmonary Disease
WHO	: World Health Organisation
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GOLD	: Global Initiative for Obstructive Lung Disease
TTD	: Türk Toraks Derneği
GARD	: Global Alliance Against Respiratory Disorders
ATS	: Amerikan Toraks Derneği
ERS	: Avrupa Toraks Derneği (European Respiratory Society)
TÜSAD	: Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği
CAT	: COPD Assesment Test
MMRC	: Modifiye Medical Research Council dispne skalası
PAIS-SR	: Psychosocial Adjustment to Illness Scale- Self Report
FEV1	: Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim
FVC	: Zorlu vital kapasite
O2	: Oksijen
CO2	: Carbondioksit
PaCO2	: Arterial parsial karbondioksit basıncı
PaO2	: Arterial parsial oksijen basıncı
SpO2	: Oksijen saturasyonu
SFT	: Solunum Fonksiyon Testi
PAB	: Pulmoner Arter Basıncı
EKO	: Ekokardiografi
AKG	: Arterial kan gazları
AAT	: Alfa-1 Antitripsin
GYA	: Günlük Yaşam Aktivitesi
DALY	: İşlev kaybına uyarlanmış yaşam yılı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
p	: Anlamlılık Değeri
n	: Frekans
r	: Korelasyon Katsayısı
\bar{x}	: Aritmetik Ortalama
F	: F değeri
t	: t değeri
ss	: Standart Sapma
±	: Artı Eksi İşareti

ABSTRACT

ÇELİK S. Investigation Of The Factors Affecting Psychosocial Adjustment To Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Yeditepe University Health Sciences Institute, Department of Nursing, M.Sc. Thesis, İstanbul, 2018.

Introduction: COPD is a public health problem that has a significant mortality and morbidity rate with chronic cough, respiratory distress and sputum production associated with airway obstruction in the bronchi, a progressive and life-threatening severe pulmonary disease, starting with dyspnea, continues with exacerbations. COPD is not only physical but also a chronic taboo with biological, mental, social, familial and environmental effects. For this reason, individuals with COPD are experiencing difficulties in carrying out their daily life activities as well as experiencing many psychosocial problems.

Objective : In this study, we aimed to determine the factors affecting the psychosocial adjustment of individuals with COPD, health care adaptation, occupational environment, family environment, sexual relations, extended family relationships, social environment and psychological pressure.

Material and Method: The study was conducted with the participation of 230 patients between August-October 2017 in the COPD clinic, Surreyapaşa Chest Diseases and Chest Surgery Training and Research Hospital. The data were collected using the COPD Assessment Test (CAT), the Psychosocial Adaptation-Self-Report Scale (PAIS-SR) and the interview form containing the characteristics of the patients and the SPSS 21.0 package program in evaluating the data. Descriptive statistics; (number, percentage, mean, standard deviation) one way analysis of variance (ANOVA), Kolmogorov-Smirnov test, Independent samples T-test, Post-Hoc Tukey test, Chi-square independence test were used in the 95% confidence interval and the significance level was taken as 0,05 and $p < 0,05$ level was accepted as a sign of significant difference It was. Ethical committee approval was obtained from the research.

Results: The mean age was 66 ± 10 and 76.5% were male, 77% (n = 177) married, 52.2% (n = 120) primary school graduates and 64.3% (n = 148) (n = 118), and 67.8% (n = 156) did not participate in social activities, 88.3% of the patients (n = 203) were

found to have poor psychosocial adaptations and the worst harmonized psychosocial areas were found to be adaptable to health care and occupational environment and the best fit was wide family relationships.

Conclusions and Recommendations: In our study, female gender, being over 66-75 years old, being single, having no children, having 1 child, low education level, working status, poor living conditions, living alone, low socioeconomic status, quitting smoking due to COPD, getting information about the disease, being over 7-11 years and over COPD, presence and number of diseases accompanying COPD, physical loss of power, frequency of admission to the hospital, regular check-ups, use of ancillary devices for treatment, presence of ancillary person, participation in social activities and withdrawal from the home, high level of insomnia, level of COPD exposure to libido, level of symptom seen and frequency, were identified as factors that changed adjustment. In this study, it is suggested to provide education about illness to increase patient compliance, to control symptoms of COPD, to treat and care for accompanying diseases and symptoms, and to support patients' participation in social activity groups.

Key words: COPD, Chronic Pulmonary Disease, Psychosocial Adjustment, Factors, Nursing

ÖZET

ÇELİK S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında (KOAİ) Psikososyal Uyumu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.

Giriş: KOAİ nefes darlığı ile başlayan, alevlenmelerle seyreden, ilerleyici ve yaşamı tehdit eden ağır bir akciğer hastalığı, bronşlarda hava yolu tıkanması ile ilişkili kronik öksürük, solunum güçlüğü ve balgam çıkarma ile karakterize önemli mortalite ve morbidite oranına sahip bir halk sağlığı sorunudur. KOAİ sadece fiziksel değil aynı zamanda biyolojik, ruhsal, sosyal, ailesel ve çevresel etkileri olan kronik bir tablodur. Bu nedenle KOAİ'li bireyler günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte güçlük yaşamasının yanında birçok psikososyal sorunları da yaşamaktadır.

Amaç: Bu çalışmada KOAİ'li bireylerin psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlerin psikososyal uyumun alt boyutları olan; sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişki, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Sürreyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KOAİ kliniğinde Ağustos-Ekim 2017 tarihleri arasında 230 hastanın katılımı ile yürütülmüştür. Veriler, KOAİ Değerlendirme Anketi (CAT), Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) ve literatür doğrultusunda hazırlanan hastaları ve hastalıkla ilgili tanıtıcı özellikleri içeren görüşme formu kullanılarak toplanmıştır, verilerin değerlendirmesinde SPSS 21.0 paket program kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) tek yönlü varyans analizi (anova), Kolmogorov-Smirnov testi, Bağımsız Örnekler T-Testi, Post-Hoc Tukey testi, Ki-Kare Bağımsızlık Testi kullanılarak %95 güven aralığında, anlamlılık düzeyi için α değeri 0,05 olarak alınmış olup $p < 0,05$ seviyesi anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Yaş ortalaması 66±10 olup %76,5'i erkek, %77'si (n=177) evli, %52,2'i (n=120) ilkokul mezunu, %64,3'ü (n=148) gelir düzeyinin yetersiz olduğunu, %51,3'ü (n=118) KOAH nedeniyle sigarayı bıraktığını, %67,8'i (n=156) sosyal aktivitelere katılmadığını belirten hastaların %88,3'ü (n=203) psikososyal uyumlarının kötü olduğu ve uyumlarının en kötü olduğu psikososyal alanlar ise sağlık bakımına uyum ve mesleki çevreye uyumdur, uyumlarının en iyi olduğu alan ise geniş aile ilişkileri olduğu belirlenmiştir.

Sonuçlar ve Öneriler: Çalışmamızda, kadın cinsiyet, 66-75 yaş ve üzerinde olma, bekar olma, çocuk sahibi olmama yada 1 çocuğu olma, düşük eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelişmiş bir şehirde yaşama, yalnız yaşama, düşük sosyo ekonomik durum, KOAH nedeniyle sigarayı bırakma, hastalığı ile ilgili bilgi alma durumu, 7-11 yıl ve üzerinde süredir KOAH hastası olma, KOAH'a eşlik eden hastalık varlığı ve sayısı, kötü sağlık algısı, fiziksel güç kaybı, hastaneye yatış sıklığı, düzenli olarak kontrollere gitme, tedaviye yardımcı cihaz kullanma, tedaviye yardımcı kişi varlığı, sosyal aktivitelere katılma ve evden dışarı çıkma konusunda çekinme durumu, yüksek düzeyde uykusuzluk yaşama, KOAH'ın yaşamı etkileme düzeyi, görülen semptom düzeyi ve sıklığı, psikososyal uyumu değiştiren faktörler olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada hastaların uyumunu artırmak için hastalara hastalığı ile ilgili eğitim verilmesi, KOAH semptomlarının kontrolü, eşlik eden hastalıkların ve semptomlarının tedavi ve bakımı, hastaların sosyal aktivite gruplarına katılımlarının desteklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Kronik Akciğer hastalığı, Psikososyal Uyum, Faktörler, Hemşirelik

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Çalışmanın Tanımı ve Önemi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), zararlı gaz ve partiküllere uzun süre maruziyet sonucunda hava yollarında ya da alveollerde meydana gelen ilerleyici ve tam olarak geri dönüşü olmayan, buna karşılık önlenemez ve tedavi edilebilir yaygın bir akciğer hastalığıdır (Türk Torak Derneği, 2017). KOAH nefes darlığı ile başlayan, alevlenmelerle seyreden, ilerleyici ve yaşamı tehdit eden ağır bir akciğer hastalığı, bronşlarda hava yolu tıkanması ile ilişkili kronik öksürük, solunum güçlüğü ve balgam çıkarma ile karakterize önemli mortalite ve morbidite oranına sahip bir halk sağlığı sorunudur (DSÖ, 2016; TTD, 2017).

KOAH, nefes darlığı, kronik öksürük ve sekresyonların artması ile kendini belli eder, alevlenmelerle seyrederek. Zamanla KOAH'a eşlik eden hastalıkların oluşması, KOAH'ın ilerlemesine katkıda bulunarak hastalığın yönetimini güçleştirir ve bu durum mortalite oranını artırır (TTD, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, tüm dünyada yaklaşık 64 milyon KOAH hastası bulunmaktadır ve 2015 yılında üç milyon kişi KOAH nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Ölümlerin %90'ından fazlası düşük ve orta düzey geliri olan ülkelerde meydana gelmiştir. GARD 2015 verilerine göre KOAH en önemli ölüm nedenleri arasında, dördüncü sıradadır ve dünya genelinde tüm ölümlerin %5.5'inden sorumludur. Türkiye'de ise en sık görülen ölüm nedenleri arasında solunum sistemi hastalıkları üçüncü sırada yer almaktadır ve solunum sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen tüm ölümlerin %61.5'i KOAH nedeniyle meydana gelmektedir. Son yıllarda diğer önde gelen ölüm nedenlerinde ciddi bir düşüş olmasına karşın KOAH mortalitesinde %163'lük bir artış olduğu belirtilmektedir (GARD, 2015; TTD, 2014).

Genellikle sigara dumanı, zararlı gazlar, mesleki tozlara maruz kalma gibi çevresel durumlar ve alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliği gibi genetik durumlar KOAH için risk faktörlerini oluşturur, risk faktörlerinin artması hastalık oranını artırır

(Mutlu ve ark. 2012). KOAH'ın tanısı ve tedavisine yapılan harcamalar, sakatlığın ekonomik sonuçları, iş kaybı ve erken ölüm gibi durumlar hastalık yükünü artırmıştır (Kocabaş 2010). Türkiye'de Sağlık Bakanlığının ile Başkent Üniversitesinin birlikte 2004 yılında yaptıkları ‘‘Hastalık Yükü Çalışması’’sonuçlarına göre KOAH prevalansı binde 10.2 olarak saptanmıştır ve KOAH hastalık yükü sıralamasında sekizinci sıradadır (Astım ve KOAH eğitim reh. 2011). 2014 yılında Türkiye'deki KOAH prevelansı 19.2 olarak belirtilmiştir (TTD 2014).

Hastalık semptomlarının şiddeti ve komplikasyonların oluşması da maliyeti artırmakta ve tedaviyi zorlaştırmaktadır. Bu nedenle KOAH yönetiminde özellikle tedavi sırasında; semptomların şiddeti ve oluşabilecek komplikasyonların kontrolü açısından hastaların düzenli takip edilmesi gerekmektedir (Günen ve ark. 2004).

Farmakolojik ve nonfarmakolojik olarak iki tip tedaviye yöntemine başvurulur. Farmakolojik tedavide amaç obstrüksiyonu ve enflamasyonu gidermek olduğu için bronkodilatör ve antibiyotik kullanılır (Astım ve KOAH eğitim reh. 2011). Pulmoner rehabilitasyon, oksijen tedavisi, noninvaziv mekanik ventilasyon tedavisi, evde mekanik ventilasyon tedavisi, KOAH'ta kullanılan en yaygın nonfarmakolojik tedavi yöntemleridir (Astım ve KOAH eğitim reh. 2011). Bu tedavi yönteminde amaç çoğu zaman semptomların azaltılması, hastaların günlük yaşam aktivitelerini kolay bir şekilde gerçekleştirmesi, hastanın yaşam kalitesinin artırılması veya kronik alevlenme gibi istenmeyen durumları önlemeye yöneliktir (Yıldız ve Akyıldız 2009).

Tedavinin başarısı ve yaşam kalitesi üzerine etkisine baktığımızda, KOAH ilerleyici ve geri dönüşsüz bir hastalık olduğundan, bireylerde zamanla ilerleyici fiziksel güç kaybı, aile ve iş yaşantısında rol kaybı ve sosyal etkinlikleri yürütmede yetersizlik gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır (Kelly and Lynes 2008). Bu sorunların artması bireylerde stres ve anksiyete, depresyon, huzursuzluk, öfke, bağımlı olma endişesi, beden imajında değişme, özgüven eksikliği, kendine yetememe, suçluluk duygusu, sosyal izolasyon ve ölüm korkusu gibi psikososyal sorunları beraberinde getirmektedir (Kelly and Lynes 2008, Özdemir ve Taşçı 2013). Psikososyal sorunlar tedaviyi zorlaştırması ile birlikte bireyin yaşam kalitesini de düşürmektedir (Kumsar ve Yılmaz 2014, Özdemir ve Taşçı 2013). Psikososyal sorunların artması ya

da azalması hastanın hastalığı nasıl algıladığı ve hastalığa nasıl tepki verdiğine bağlı olarak değişmektedir.

KOAH'da tıbbi tedavi tam olarak gerçekleşmediği için, hastalığın şiddetini azaltmak, bireyin öz bakımında rol ve sorumluluklarını en üst düzeye taşımak yada bakımın kalitesini artırmak için hemşireler tarafından iyi bir periyodik izlem, destek ve bakım gerekmektedir(Kılıçkaya 2013, Yıldırım ve Gürkan 2010).

Bu çalışmada KOAH'lı bireylerde psikososyal uyumu etkileyen faktörlerin belirlenmesiyle, KOAH'lı bireylere bakım verme sırasında hemşirelere yol gösterecek hasta ve ailesinin hastalıktan dolayı meydana gelen yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlaması ve hastanın yaşam kalitesini artırma konusunda rehberlik etme düşüncesiyle planlanmıştır.

1.2. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmada KOAH'lı bireylerin psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlerin toplam psikoosyal uyum ve psikososyal uyumun alt boyutları olan; sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişki, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda çalışmamızda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. KOAH'da psikososyal uyumu etkileyen faktörler nelerdir?
2. KOAH'lı bireylerin psikososyal uyum düzeyleri nedir?
3. KOAH'da psikososyal uyumun en çok etkilenen alt boyutu hangisidir?
4. KOAH'lı bireylerin sağlık durumlarının hastalıktan etkilenme düzeyleri (CAT skorları) nedir?
5. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre psikososyal uyum ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında fark var mıdır?

6. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre toplam psikososyal uyum puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
7. Hastaların sigara kullanım alışkanlıkları ile psikososyal uyum alt grupları arasında fark var mıdır?
8. Hastaların sağlık durumu özelliklerine göre psikososyal uyum ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
9. Hastaların tedaviye ilişkin özelliklerine göre psikososyal uyum ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
10. Hastaların sosyal aktivitelere katılma özellikleri ile psikososyal uyum alt grupları arasında fark var mıdır?
11. Hastaların sağlık durumlarının hastalıktan etkilenme düzeyleri (CAT skorları) toplam puanı ile toplam psikososyal uyum puanı arasında ilişki var mıdır?
12. Hastaların sağlık durumlarının hastalıktan etkilenme düzeyleri (CAT skorları) ile psikososyal uyum ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KOAH Tanımı

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı- KOAH sigara dumanı gibi zararlı gaz ve partiküllere uzun süre maruziyet sonrası akciğerlerde bronşları, bronşioleri, alveolleri ve damar yatağını etkileyen, kronik inflamatuvar yanıtın artmasıyla karakterize, önlenebilir ve tedavi edilebilir sistemik bir akciğer hastalığıdır (Ceylan, 2012; TTD 2017). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) geri dönüşsüz hava yollarının tıkanması ve tahrip olması ile ilişkili bir hastalıktır, müzmin bronşit olarak da bilinmektedir.

KOAH, 1995 yılında ilk kez yayınlanan Amerikan Toraks Derneği (ATS) ve Avrupa Toraks Derneği (ERS) rehberlerinde ‘‘Kronik bronşit ve amfizeme bağlı hava akımı kısıtlaması ile karakterize bir hastalıktır. Hava akımı kısıtlaması genellikle ilerleyecidir, hava yolu hiperrektivitesi ile birlikte bulunabilir ve kısmen geri dönüşümlü olabilir’’ şeklinde tanımlanmış, zamanla yapılan çalışmalarla hastalık hakkında bilgi birikimi sonucunda KOAH tanımı son 20 yılda sürekli değişmiştir (TTD 2017). Kronik obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim Grubu GOLD (Global Initiative for Obstructive Lung Disease) 2001 yılında KOAH ‘‘ Tam olarak geri dönüşümlü olmayan hava akımı kısıtlaması ile karakterize bir hastalık’’ olarak tanımlamıştır.

2008 yılında yapılan "Evaluation of COPD Longitudinally to Identify Predictive Surrogate End-points (ECLIPSE)" çalışmasından sonra KOAH'ın kompleks ve heterojen bir hastalık olduğundan tam olarak anlaşılmadığı ve giderek daha iyi anlaşılmasının mümkün olduğu vurgulanmıştır.

GOLD 2013 raporuna göre KOAH tanısı, hastaların 40 yaşın üstünde olması ve spirometrik olarak bronkodilatör kullanımı sonrasında 1. Saniyedeki zorlu ekspiratuar hacimin (FEV1) , zorlu vital kapasite (FVC) oranı, FEV1 /FVC'nin <% 70 olması ile konulmaktadır.

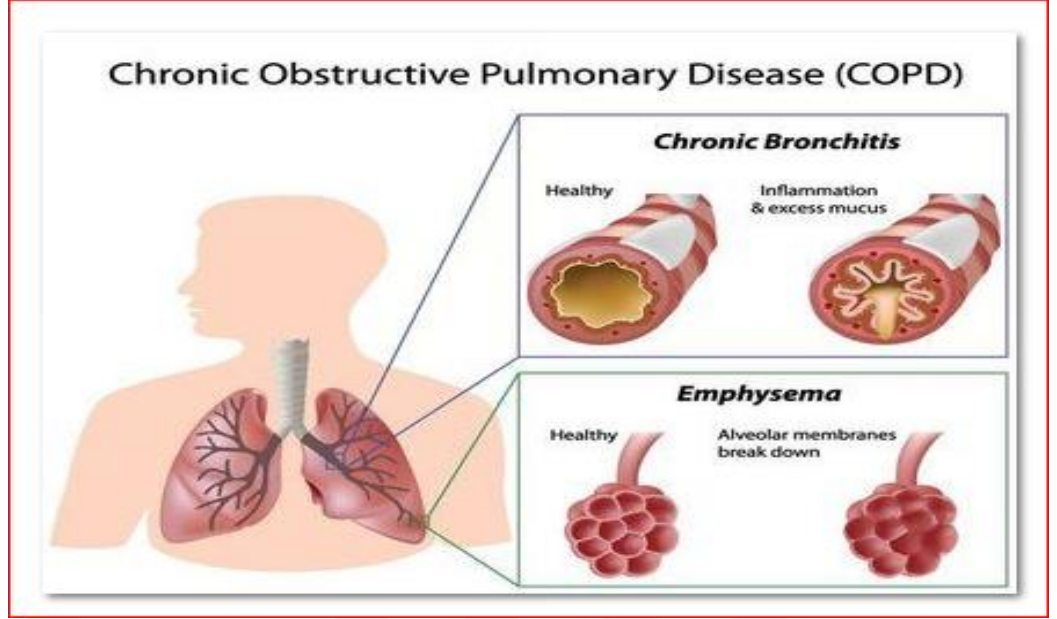
GOLD 2017 güncellemesine göre; “ KOAH genellikle zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyetin neden olduğu havayolu ve/veya alveoler anormalliklere bağlı kalıcı hava akımı kısıtlanması ve solunum ile ilgili semptomlarla karakterize, yaygın, önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır”. Şeklinde tanımlayarak; hastalığın teşhisinde solunum ile ilgili semptomlar ön plana çıkarmıştır.

KOAH’ın genetik, biyolojik, sosyal, çevresel gibi birçok bileşene bağlı olması ve bu bileşenlerin hastadan hastaya ve zamanla aynı hastada değişkenlik göstermesi nedeniyle çok çeşitlilik gösteren bir hastalık olduğu belirtilmiştir. (Vestbo and Lange 2016). Bu nedenle ne KOAH’ı tam hatlarıyla tanımlamak mümkün olabilir, ne de hastalığı tam olarak tedavi etmek başarılı olabilir (TTD 2017).

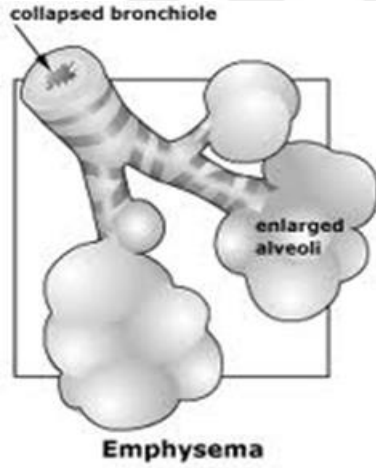
KOAH akciğerdeki hava yollarının kömür gibi mesleki zararlı tozlar, tütün ve tütün ürünlerinden çıkan tozlar, evlerde yakılan odun, tezek ve ağaç kökü gibi yakıtlardan çıkan dumanlar, etkin biçimde sigara kullanımı ve hava kirliliği nedeniyle tıkanması ile akciğerlerde iltihaplara yol açmasıyla oluşmaktadır. Bu iltihaplar havayollarını daraltıp ve tıkayarak solunum gücüne yol açar. Bu hava yolu tıkanıklığı ile karakterize enfalomatuvaz süreç genellikle geri dönüşümsüz olup, yavaş ve sinsi bir seyir izler ve bazen akciğerlerde sınırlı kalmayıp sistemik bir seyir izleyebilmektedir. Bronşlarda meydana gelen bu enfalomatuvaz zamanla kronikleşir bu durum zamanla küçük hava yollarında parankimal yıkım ve yapısal değişikliklere yol açar (Ceylan, 2012; TTD 2017; GOLD 2013).

KOAH; amfizem ve kronik bronşitten oluşan bir hastalık bütünü olarak da tanımlanabilmektedir.

Amfizem; sigara dumanı ve birçok çevresel zararlı gazlar, akciğerlerde kana oksijen taşıyan ve kanı temizleyen alveol denilen hava keseciklerinin içerisine dolarak onların genişleyip yırtılmasına neden olur. Bunun sonucunda ölü kesecikler oluşur, bunlar hiçbir zaman kanı temizlemeye katkıda bulunamazlar. Bu şekilde hava keseciklerinin yani alveollerin harabiyeti ve yıkılması sonucunda amfizem ortaya çıkar. Bununla beraber akciğerler elastikiyet kaybına uğrar ve hastalar nefes darlığı çeker.



(Şekil:I. Foto.internetara.com Erişim tarihi: 29.05.2017)



Kronik bronşit; sigara dumanı ve birçok çevresel zararlı gazlar hava yollarını tıkayarak daraltır. İçeride bol miktarda mukus denilen balgam birikir, hasta bu mukusu çıkarmak için sürekli öksürür ve göğüs ağrısı çeker, iki yıl içerisinde en az üç ay süren kronik öksürük ve balgam çıkarma semptomlarını yaşayabilmektedir.

(Şekil: II. Foto.internetara.com Erişim tarihi: 29.05.2017)

2.1.1. KOAH Sınıflaması

Sınıflama genellikle hava yolu obstrüksiyonun şiddetini gösteren spirometrik FEV1 değerlerine dayanarak GOLD kriterlerine göre yapılmaktadır.

a) Evre I; Hafif KOAH, ağır iş yapıldığında veya zorlu egzersiz yapıldığında bazen solunum güçlüğü yaşanabilir.

Spirometre: $FEV1/FVC < 0.7$ ve $FEV1 \geq 80\%$,

Balgam olabilir, birey solunum fonksiyonlarının bozuk olduğunu fark etmez.

b) Evre II; Orta dereceli KOAH, ağır iş yapma, merdiven çıkma, ağır egzersiz yapma, hızlı yürüme gibi durumlarda nefes darlığı hissedilir.

Spirometre: $FEV1/FVC < 0.7$ ve $\%50 \leq FEV1 \leq 80$

Belirgin hava akımı kısıtlaması mevcut. Kronik öksürük, egzersiz esnasında dispne ve balgam görülür (Vestbo, 2016).

c) Evre III; Şiddetli KOAH, günlük işler yapılırken dahi nefes darlığı hissedilir, ilerlemiş hava yolu obstrüksiyonu mevcuttur.

Spirometre: $FEV1/FVC < 0.7$ ve $\%30 \leq FEV1 \leq 50$ %

İleri nefes darlığı, egzersiz kapasitesinin azalması, halsizlik, tekrarlayan alevlenmeler ve nefes darlığı nedeniyle uyku düzeninde bozulma görülebilir, hastanın yaşam kalitesi azalır (Vestbo, 2016).

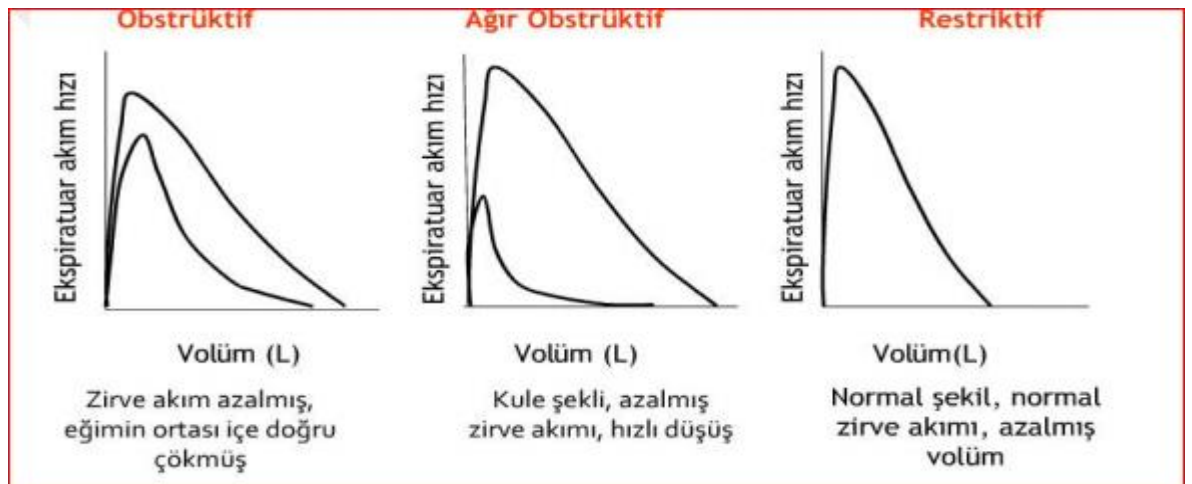
d) Evre IV; çok ağır KOAH, ağır ve ilerlemiş hava yolu obstrüksiyonu mevcuttur.

Spirometre: $FEV1/FVC < 0.7$ ve $FEV1 \leq 30$ % veya $FEV1 \leq 50$ ve respiratuar yetmezlik meydana gelir

$PaO_2 < 60$ mmHg ve /veya $PCO_2 > 50$ mmHg

Kronik öksürük ve balgam görülür, oturma esnasında bile solunum güçlüğü hissedilebilir, ve hasta günlük işlerini yerine getirmekte güçlük çeker. Şiddetli halsizlik, dilde ve parmaklarda morarma, şiddetli baş ağrısı ve cinsel güçte azalma görülebilir (GOLD, 2013; Astım ve KOAH eğitim reh. 2011; Çelik ve ark. 2010).

Obstruktif ve restriktif durumlarda Akım-volüm halkası değişiklikleri;

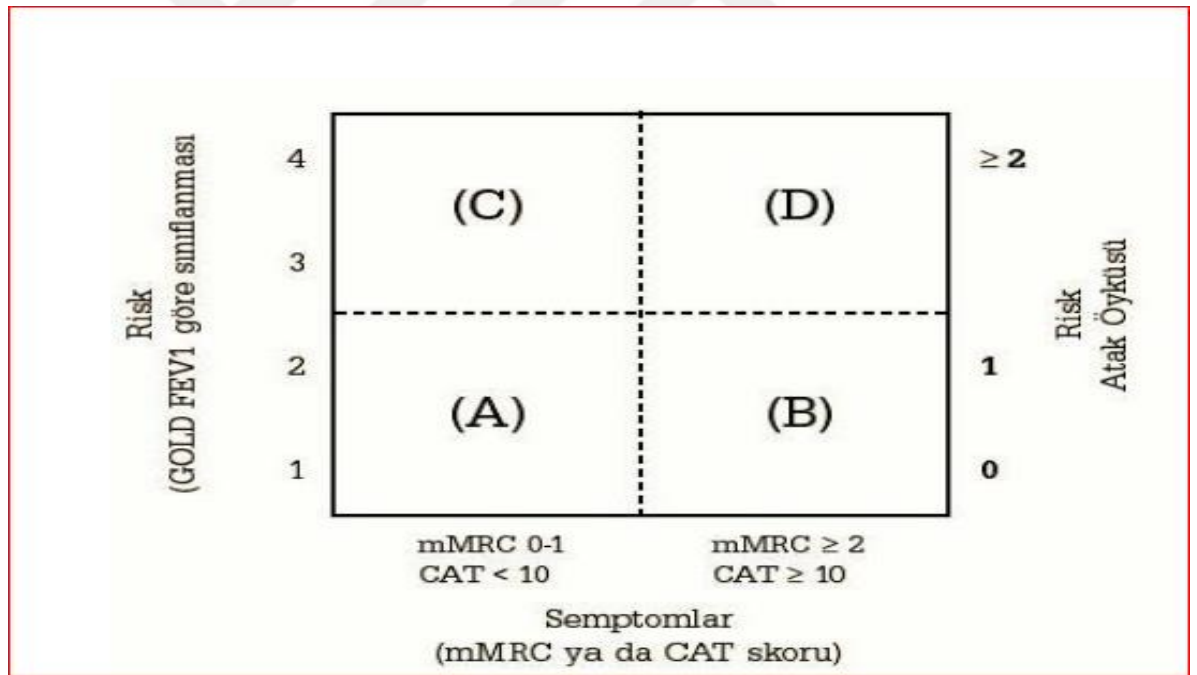


(Şekil: III Akım-Volüm Eğrisi, Kaya, 2015).

2.1.2. KOAH Fenotipleri

GOLD 2011 yılına kadar spirometreye dayalı KOAH sınıflandırılması ve bu sınıflamaya uygun tedavi şekli önermiştir. Ancak spirometrik FEV1 değerinin KOAH'da tanı koymada, değerlendirmede ve tedavi etme konusunda tek başına kullanılmasının yeterli olmayacağına ilişkin ortaya çıkan görüşler ve bulgular doğrultusunda, GOLD 2011 rehberinde KOAH'ın sınıflandırması değiştirilmiştir. GOLD 2011 yılından itibaren hastalık şiddeti, semptomları, yaşam kalitesi, bir yıl önceki alevlenme sayısı-sıklığı ve spirometrik evrelemeyi dikkate alarak, modifiye Medical Research Council dispne skalası (MMRC) veya KOAH Değerlendirme Testi (COPD Assesment Test, CAT) sonuçlarına göre tanımlanan, yeni bir evreleme sistemi önermiş ve bunların sonucunda dört yeni KOAH fenotipi belirlemiştir.

KOAH Fenotipleri



(Şekil: IV. Dört KOAH Fenotipi; GOLD 2011; TTD 2014, Erdem, 2013)

MMRC skoru 0-1 ve/veya CAT skoru <10 puan semptomların az olduğunu, MMRC skoru ≥ 2 ve/veya CAT skoru ≥ 10 ise semptom fazlalığını göstermektedir (Erdem,2013).

GOLDA'a göre atak sayısının yılda 0-1 olması düşük risk, yılda 2 ve üzerinde olması ise yüksek risk olarak kabul edilmektedir.

A ve B grubu, GOLD Evre 1 ve 2 ($FEV1 \geq \% 80$; $\% 50 \leq FEV1 < \% 80$) kapsamakta olup düşük riskli hastaları belirtmektedir.

A grubu; Düşük Risk, az Semptom

Hafif veya orta derecede hava akım kısıtlanması, yılda 0-1 alevlenme sayısı ve alevlenmeye bağlı hastaneye yatışın olmadığı, CAT <10 veya mMRC puanı: 0-1 olan hastaları göstermektedir.

B grubu; Düşük Risk, fazla Semptom

Hafif veya orta derecede hava akım kısıtlanması, yılda 0-1 alevlenme sayısı ve alevlenmeye bağlı hastaneye yatışın olmadığı, CAT ≥ 10 veya mMRC ≥ 2 olan hastaları göstermektedir.

C ve D grubu ise, GOLD Evre 3 ve 4'ü ($\%30 \leq FEV1 < \%50$; $FEV1 < \%30$) kapsamakta olup, yüksek riskli hastaları göstermektedir.

C grubu; Yüksek Risk, az Semptom

Ağır veya çok ağır hava akım kısıtlanması, yılda ≥ 2 alevlenme sayısı veya ≥ 1 hastaneye yatışa neden olan alevlenme, CAT <10 veya mMRC puanı 0-1 olan hastaları göstermektedir.

D grubu; Yüksek Risk, fazla Semptom

Ağır veya çok ağır hava akım kısıtlanması, yılda ≥ 2 alevlenme sayısı veya ≥ 1 hastaneye yatışa neden olan alevlenme, CAT ≥ 10 veya mMRC ≥ 2 olan hastaları göstermektedir (Dört KOAH Fenotipi; GOLD 2011; TTD 2014, Erdem, 2013).

KOAH bronşlarda tıkanmaya neden olan bir hastalıktır (Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD), 2013). Küçük hava yollarının akciğerlere bağlandığı bölgede meydana gelen ve solunum gücüne neden olan tıkanıklık, akciğerin elastik geri dönüş basıncında azalmaya yol açar ve hava yollarının ekspirasyon sırasında açık kalmasını engeller. KOAH'ta temel sorun ekspiratuar hava akımının tıkanmasıdır (Astım ve KOAH eğitim reh. 2011). Böylece KOAH hastalarında zamanla akciğer alveollerinde oksijen azalması ve hipoksi meydana gelebilmektedir. Hipoksi vasküler refleksi uyararak pulmoner vasokonstrüksiyona ve devamında pulmoner hipertansiyona yol açar (Tutluoğlu ve ark. 2000). Bu nedenle hasta özellikle kronik öksürük, nefes darlığı, dispne ve sık balgam çıkarma semptomlarını yaşayabilmektedir. KOAH' ta sık görülen semptomlardan özellikle nefes darlığı ve solunum gücü hastalarda ankiyete ve ölüm korkusuna neden olur (Anar ve ark. 2012). Hastalığın seyri yavaş ve sinsi olduğu için hastaların çoğu, hastalıklarının farkına varamamakta, genellikle çok ciddi öksürük ve nefes darlığı olduğu zaman hastaneye başvurumaktadırlar, bu gibi şikayetler ile başvuran hastalar KOAH tanısı aldıklarında akciğerlerinin önemli bir kısmını kaybetmiş durumdadırlar (TÜSAD 2013; Astım ve KOAH eğitim reh. 2011).

KOAH yavaş ilerleyen olmasına karşın, semptomlarının geç fark edilmesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Hastalığın ilerlemesi ile birlikte komorbid hastalıklar meydana gelebilir ya da varsa etkilerini artırabilir. KOAH' da görülen başlıca komorbid hastalıklar şunlardır; pulmoner hipertansiyon, beslenme bozukluğu, kalp yetmezliği gibi kardiovasküler hastalıklar, diabetes mellitus, anemi, depresyon ve akciğer kanseridir. Bu komorbid hastalıklar, KOAH'ın şiddetini ve prognozunu olumsuz yönde ve ciddi bir şekilde etkileyerek bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir. Komorbidit hastalıkların KOAH'ın prognozunu etkilemekte, hastaneye yatış sıklığında, sağlık harcamalarında ve mortalite oranını artışlara neden olmaktadır (Astım ve KOAH eğitim reh. 2011).

Ayrıca KOAH solunum kaslarının aktivitesinde değişikliklere yol açtığından uyku esnasında üst hava yolu kaslarının tonusunda kayıp oluşmaktadır ve bunun sonucunda üst hava yolu direnci artabilmektedir. Dolayısıyla KOAH hastalarında uyku düzeni ve kalitesi bozulmakta, hastalar sık kabus görmekte ve boğulma hissi ile uyanmaktadır (Öztürk, 2011).

KOAH için sigara dumanı ve çevresel zararlı tozlar başlıca risk faktörleridir bunlar akciğerde enflamasyona yol açmaktadır. Bu enflamasyon nedeniyle KOAH; hava yollarında meydana gelen diğer bir kronik eflamatuvar hastalık olan astım ile benzerlik göstermektedir. Bu nedenle birçok hasta bu iki hastalığı birbirinden ayırt edememektedir. Hava yollarındaki enflamasyon nedeniyle benzerlik göstermelerine karşın bu iki hastalığın enflamasyon ögeleri birbirinden farklıdır bu da semptomların fizyolojik etkilerini ve tedaviye cevaplarının farklı olmasına yol açar. Astım hastalarında meydana gelen hava akımı kısıtlılığı kendiliğinden ya da tedavi ile düzelirken, KOAH hastalarında meydana gelen obstrüksiyon kesin geri dönüşümlü olmayıp risk faktörlerine maruziyet devam ettikçe kronikleşir.

Tablo 1: KAOH ve ASTİM arasındaki genel farklar

	KOAH	ASTİM
Başlama yaşı	Genelde >40 yaş	Genelde <40 yaş
Ani başlangıç	Hemen hemen hiç yok	Genellikle var
Hastalık bölgesi	Küçük hava yolları, alveoller, akciğer parankimi, pulmoner damarlar	Büyük hava yolları
Sigara Öyküsü	Önemli risk faktörü	Az önemli
Allerjik Değişim	Sık görülmez	Sık görülür
Balgam	Çok sık ve kronik	Sık değil
Spirometrik değerlendirme	İyileşme olabilir ama normale dönmez (irreversibile)	Genelde düzelir ve normale döner (reversible)
Semptomlar	Sık ve kalıcıdır	Aralıklı ve değişkendir
Parankim hasarı	Genellikle var	Hemen hemen hiç yok
Nazal semptomlar	Hemen hemen hiç yok	Genellikle var
Difüzyon kapasitesinde azalma	Genellikle var	Hemen hemen hiç yok
Hastalığın seyri	Alevlenmelerle birlikte ilerleyicidir.	Alevlenmelerle birlikte stabildir.
Tedaviye Cevap	Bronkodilatatöre cevap Steroide olumsuz cevap	Bronkodilatatöre cevap Steroide olumlu cevap

(Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu “KOAH Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu” 2011).

KOAH'da tanı genellikle fizik muayene, spirometrik değerlendirme ve patoloji sonuçlarına göre konur. KOAH patogenezinde özellikle H. influenzae, S. pneumoniae, M. catarrhalis, Rhinovirus, Coronavirus, Parainfluenza görülür ve bu mikroorganizmalar hastalıkta alevlenmelere yol açar (GOLD 2011). KOAH yönetiminde hedef alevlenmeleri önlemek, hastayı eğitmek, semptomları gidermek, sağlık durumunu iyileştirmek, komplikasyonları önlenmek, mortaliteyi azaltmaktır. Tedavi sırasında sigarayı bırakmak hastalığın ilerlemesini önlemek için önemlidir. KOAH hastalığında iyi bir tedavi ve izlem uygulanması ile, tedaviye uyum kolaylaşmakta, bu uyumun oluşması morbiditeyi önlemek ve mortaliteyi azaltmak için oldukça önemlidir.

2.2. KOAH Epidemiyolojisi

KOAH hastalığının tam olarak tanımlanamaması ve bilinmemesi nedeniyle hastalık hakkında yeterli epidemiyolojik bilgi mevcut değildir.

Dünya'da KOAH prevalansı %5 -%20 arasında görülmektedir. Türkiye'de prevalansı ise %19.2'dir (TTD 2017). KOAH'ın prevalansı tütün ve tütün ürünlerini kullanmayla doğrudan bir ilişkisinin olduğu düşünülmektedir (TTD 2017). Ancak bazı ülkelerde KOAH'ın prevalansını temel risk faktörlerinden olan mesleki maruziyet, iç ve dış ortam hava kirliliği doğrudan etkilemektedir (GOLD 2017). Risk faktörlerine maruziyetin devam etmesi, dünya nüfusunun (özellikle gelişmiş ülkelerde) giderek yaşlanması, gelişmekte olan ülkelerde sigara tüketiminin yıldan yıla artması ile gelecekte KOAH prevalansının ve yükünün daha da artacağı düşünülmektedir. (GOLD 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre, tüm dünyada yaklaşık 65 milyon KOAH hastası bulunmaktadır. 2005 yılında KOAH nedeniyle 3 milyondan fazla kişinin yaşamını yitirdiği, her yıl yaklaşık olarak 3 milyon kişinin hayatını kaybedeceği, 2030 yılında bu oranın 4.5 milyon olacağı tahmin edilmektedir (GOLD 2017). Ölümlerin %90'nı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşanmaktadır (WHO 2016). KOAH dünyada en önemli ölüm nedenleri arasında, dördüncü, Türkiye'de ise üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye'de KOAH'ın görülme sıklığı 40 yaş üstü yetişkinlerde %20'dir, toplumumuzda 40 yaş üstü her beş kişiden birinde KOAH

hastalığı mevcuttur. DSÖ' ye göre 2002 yılında KOAH'ın tüm dünyada en önemli ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer alırken, 2030'da üçüncü sırada yer alacağı tahmin edilmektedir. Diğer nedenlerde ölüm oranlarında ciddi bir düşüş olmasına karşın, KOAH mortalite oranında %163'lük bir artış görülmektedir (WHO 2016).

Dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olan KOAH, halk tarafında tam olarak bilinmemesi ve doktora yeterince başvurumaması nedeniyle birçok KOAH hastasına tanı konulmamaktadır. Tanı konulan KOAH oranına bakıldığında, Dünyada KOAH'lı hastaların ancak %25-40'ı, ülkemizde ise %8.4'ünü oluşturmaktadır (TTD 2011). Ülkemizde üç milyonu aşan KOAH hastalarının sadece 300-500 bini doktora başvurmuş ve KOAH tanısı almıştır. Bu durum ülkemizde her 10 KOAH hastasından sadece birinin tanısının konulduğunu göstermektedir (GARD 2015).

Yine Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 yılı verilerine göre KOAH dünyada en sık sakat bırakan hastalıklar arasında 11. sırada yer alırken, 2030'da beşinci sırada yer alacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'de en sık sakat bırakan hastalıklar arasında KOAH sekizinci sırada yer almaktadır. Son yıllarda DSÖ tarafından morbiditeyi veya hastalık yükünü değerlendirmede Hastalık Nedeniyle Kaybedilen Yıllar (Year of healthy Life lost due to Disability-YLD) veya Erken Ölümler ve Sakatlık Nedeniyle Kaybedilen Yılların Toplamı (Disability Adjusted Life Years-“DALY”) ölçütleri kullanılmaktadır. YLD ve DALY açısından KOAH önemli bir hastalıktır, giderek yaygınlaşması nedeniyle önümüzdeki yıllarda KOAH'a bağlı YLD ve DALY oranında artış beklenmektedir.

Tablo 2: Dünyada önde gelen hastalıkların “DALY” ve “DALY” açısından 2002-2030 yılları arasında yerlerinin değişimi.

Hastalık	2002 sıralaması	2030 sıralaması
Perinatal nedenler	1	5
Alt solunum yolu enfeksiyonları	2	8
HIV/AIDS	3	1
Unipolar depresif hastalıklar	4	2
Diyare ile ilgili hastalıklar	5	12
İskemik kalp hastalıkları	6	3
Serebrovasküler hastalıklar	7	6
Trafik kazaları	8	4
Sıtma	9	15
Tüberküloz	10	25
KOAH	11	7

(Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu “KOAH Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu”, 2011).

2.3. KOAH Fizyopatolojisi

Etyolojisi: KOAH alevlenmeleri %40-50 oranında bakteriyel etkenlerle olmaktadır.

Bu bakteriler genellikle Haemophilus İnfluenzae, Streptococcus Pneumoniae, Moraxella Catarrhalis, Pseudomonas spp, Enterobacteriaceae, Haemophilus Parainfluenzae Haemophilus Hemolyticus, Staphylococcus Aureus gibi bakterilerdir.

Viral etkenler %30-40, oranında etkili olmaktadır. Viral ajanlar genellikle; rhinovirus, influenza, adenovirus, parainfluenza, coronavirus, respiratuar sinsityal virüsdür. Atipik bakteriyel etkenler %5-10) oranında etkilemektedir. Bilinen en belirgin atipik etkenler chlamydia pneumoniae ve mycoplasma pneumoniae dir. Hava kirliliği ve diğer bilinmeyen etkenler %10 oranında etkili olmaktadır (Astım ve KOAH eğitim reh. 2011).

Patolojisi: KOAH'daki patolojik enflamasyon genellikle büyük hava yolları, küçük hava yolları, akciğer parankimi ve pulmoner damarlarda gelişir. Bu enflamasyon akciğerlerde gaz değişimini etkileyerek oksidan–antioksidan dengesizliğine yol açar. Enflamasyon zamanla sistemik bir yol izleyebilmektedir. Enflamasyonun yapmış olduğu patolojik değişim sonucunda sekresyonlarda artma, hava yollarında obstrüksiyon ve daralma, gaz değişim anormallikleri, pulmoner değişim, dokularda ve damarlarda hipoksi ile birlikte hasarlanma oluşabilmektedir.

KOAH'a neden olan enflamatuvar hücreler makrofajlar, nötrofiller, T-lenfositleri, B-lenfositleri ve eozinofillerdir.

Makrofajlar: Enflamasyonun temelini oluştururlar, hava yollarında, akciğer parankiminde, balgamda artış görülür, enflamasyonu artırma özelliğine sahiptirler.

Nötrofiller: Hava yollarında ve sekresyonlarda sayıları artar, sekresyonların miktarını artırır ve alveollerin yıkımında rol oynar.

T lenfositleri: Akciğer parankiminde ve hava yollarında total T lenfosit sayıları artmıştır. Bu lenfositler perforin, granzim B ve TNF- α salgılayarak alveollerin epitelyal hücrelerinin moleküler yapılarını bozarlar.

B lenfositler: Küçük hava yollarında ve lenfoid folliküllerde bulunurlar. Enfeksiyonu kronikleştirir ve otoimmün mekanizmada değişiklik yaparlar.

Eozinofiller: Balgam ve hava yolu duvarında görülür, özellikle alevlenmeler sırasında sayıları artar. Steroidlerden etkilenirler bu nedenle alevlenme sırasında steroid kullanımı etkili olabilir.

Sigara dumanı ve diğer zararlı gazlar inhale edildikten sonra makrofajları uyarır makrofajlar zararlı ajanlar salgılar (Astm ve KOAH eğitim reh. 2011).

2.4. KOAH Risk Faktörleri

KOAH için en önemli risk faktörü sigara kullanımıdır. Bunun dışında genetik olarak alfa-1 antitripsin eksikliği, çevresel zararlı toz ve gazlar da KOAH için risk faktörüdür.

Sigara kullanımı; sigara dumanı bilinen en belirgin KOAH nedenidir. Tüm vakaların %90'nına sigaranın neden olduğu belirtilmiştir. Sigara hava yollarında kalıcı enflamasyonlara neden olur, akciğerlerde oksidan/antsoksidan dengesizliklere yol açar ve pulmoner surfektanın işlevsel yapısını bozar. Bu nedenle sigara içen her beş kişiden biri, KOAH gelişmesi açısından risk altındadır (Ovayolu ve ark.2008; Wozniak et al. 2013).

Pasif olarak sigara dumanına maruz kalan kişiler, hiç sigara dumanına maruz kalmamış kişilere oranla daha fazla risk taşır. Ülkemizde 2003'te Sağlık Bakanlığı tarafından 13-15 yaş grubunda yapılan Küresel Gençlik Tütün Araştırması Çalışması'nda çalışmaya katılanların %89'u evde, %90'ı halka açık alanlarda pasif sigara dumanına maruz kaldığı belirtilmiştir (Astım ve KOAH eğitim reh. 2011). Bu durumun önümüzdeki yıllarda KOAH prevalansını artıracaklarını düşündürmektedir.

Genetik faktör; KOAH için 1963'ten beri bilinen en önemli genetik risk faktörü alfa-1 antitripsin eksikliğidir. Alfa-1 antitripsin, doku yıkıcı olan nötrofil elastazını inhibe ederek nötrofillerin akciğer dokusunu tahrip etmesini engeller. Alfa-1 antitripsin eksikliğinde allveoller hasara uğrar ve bunun sonucunda erken yaşta anfizem ve bronşiyektazi görülebilir (Mutlu ve ark.2012). KOAH sigara içmeyenlerde, 50 yaşından önce gelişmiş bazal amfizem ve tedaviye yanıt vermeyen astım durumlarında Alfa-1 antitripsin eksikliği değerlendirilmelidir (Ovayolu ve ark.2008). Alfa-1 antitripsin eksikliği dışında KOAH'a neden olan başka bir genetik risk faktörü saptanmamıştır (Mutlu ve ark.2012).

Çevresel tozlar ve hava kirliliği; İş ortamlarında özellikle fabrikalar, maden işçiliği, metal işçiliği, ulaşım sektörü, odun-kağıt üretim sanayisi, yem-saman sanayisi gibi yerlerde endüstriyel gazlar, dumanlar ve tozlar kolay bir şekilde inhale edilir ve uzun süreli maruziyet sonucunda KOAH gelişebilir. Kronik bronşit ve

amfizem hava kirliliğinin olduğu bölgelerde daha çabuk gelişir (Ovayolu ve ark. 2008).

Akciğer gelişimi ve büyümesi; Akciğer gelişimi gebelik döneminde başlayıp çocukluk dönemine kadar devam etmektedir. Bu süreçte anne veya çocuk risk faktörlerine maruz kalmışsa akciğer gelişimi olumsuz etkilenir ve akciğer fonksiyonlarında bozulma olur (Kocabaş 2010). Sigara içen gebelerde düşük doğum ağırlığı ve erken doğum görülebilir bu durum akciğer gelişimini olumsuz yönde etkiler. Yeterli gelişmeyen akciğerler KOAH gelişimi açısından risk altındadır (Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu “KOAH Tanı ve Tedavi Uzlaşma Raporu”, 2017).

Kötü beslenme, düşük sosyoekonomik durum ve cinsiyet KOAH gelişimi için dolaylı risk faktörleri arasında kabul edilmektedir.

2.5. KOAH’ın Belirti ve Bulguları

KOAH; kronik öksürük, solunum güçlüğü ve balgam gibi üç semptom ile karakterize bir hastalıktır, hastalık ilerledikçe ve komorbid hastalıklar ortaya çıktıkça semptomların şiddeti artmakta ve zamanla farklı semptomlar da meydana gelmektedir (TÜSAD KOAH Çalışma Grubu, 2016).

Kronik öksürük: KOAH hastalarında genellikle ilk semptomdur, aralıklı olabilir ama gün boyu devam eder, öksürük genelde tanıyı almadan iki yıl önce başlamıştır.

Solunum güçlüğü/ dispne: genellikle solunum yolları obstrüksiyonu nedeniyle boğulma hissi ve ölüm korkusuna yol açmasıyla hastayı hekime götüren en önemli semptomdur.

Balgam: Genellikle beyaz-gri renktedir, tanıyı almadan önce en az iki yıl, her bir yılda en az üç ay görülür (TÜSAD 2013; Özkan, 2010; TTD 2011; Tatlıcıoğlu, 2007)

KOAH'ın ilerleyen dönemlerinde; tolere edilemeyen dispne, çarpıntı, yetersiz beslenme ve iştahsızlık, bulantı-kusma, konstipasyon, sosyal izolasyon, anksiyete, depresyon, deliryum, yorgunluk-halsizlik, kilo kaybı, bol terleme, dil, dudak ve parmak uçlarında morarma, şiddetli baş ağrısı, uyku düzeninde bozulma, mental bozukluk, aşırı sinirlilik, cinsel güçte yetersizlik, eller ve ayaklarda uyuşma, karıncalanma ve yanma hissi, ayrıca ellerde titreme semptomlarını görmek mümkündür (TÜSAD 2013; Özkan, 2010; Tatlıcıoğlu, 2007).

2.6. KOAH Tanı Yöntemleri

Tanı konulmadan önce ilk olarak hastanın anamnezi alınır. Anamnezde KOAH'lı bireyin semptomlarını, alevlenme sayısı, hastanede yatış öyküsü, hastalığın hastanın yaşamına etkileri, eşlik eden hastalıkları, risk faktörlerine maruziyeti, sosyal faktörleri, özgeçmişi ve soygeçmişi sorgulanır (TTD 2017, GARD 2015).

KOAH hastasına tanıyı koymak için öykü önemlidir, öksürük, balgam, nefes darlığı ve sigara kullanma öyküsü sorulur ve gerekli tetkikler incelenir. Hastanın anamnezinde komorbid hastalıklar, semptomların gelişme şekli, astım, alerji gibi durumların varlığı önemlidir (Ovayolu ve ark. 2008).

Anamnezden sonra bireye fizik muayene yapılır, fizik muayenede akciğer sesleri dinlenir ve değerlendirilir, akciğer sesleri dinlenirken normal olmayan zorlu hışırtılı (ronkus, ral) solunum sesleri duyulur.

Solunum Fonksiyon Testleri (SFT): Solunum semptomlarının değerlendirilmesinde, erken tanı ve tedavi olanakları için önemli bir yer tutar (Ovayolu ve ark. 2008; Astım ve KOAH eğitim reh. 2011). Solunum Fonksiyon Testlerinin, hastalığın solunum işlevine etkisi, hava yollarında tıkanma ve restriktif tip bozukluğun ayırımı, preoperatif inceleme, hastalığın seyrini belirleme, tedavinin değerlendirilmesi ve hastanın günlük fonksiyonlarını yerine getirebilme derecesinin belirlenme gibi endikasyonları vardır (Astım ve KOAH eğitim reh. 2011).

1. Spirometri: Hava yollarında var olan her türlü obstrüksiyonu ölçmede uygun bir yöntemdir. Solunum fonksiyonlarını ölçen temel bir testtir (Kaya, 2015).

Genellikle nefes darlığı, öksürük ve balgam çıkarma semptomlarını yaşayan hastalara yapılır. İnvaziv bir yöntem olmadığı için pek çok endikasyona sahiptir (Kaya, 2015).

Spirometride kullanılan temel parametreler

TV (Tidal volüm): İstirahatte sakin solunum sırasında mililitre cinsinde alınan ya da verilen soluk hacmidir.

FVC: Tidal soluk hacminin sonunda yapılacak maksimum inspirasyondan sonra zorlu ekspiryum manevrası sırasında akciğerlerden litre cinsinde atılan hava miktarıdır. Sağlıklı kişilerde ekspiryum manevrası 2-3 saniyeyi alırken, KOAH hastalarında hava yolu kısıtlılığı nedeniyle 10-15 saniye uzayabilmektedir (Astım ve KOAH eğitim reh. 2011).

FEV1: FVC'nin zorlu ekspiryum manevrasında akciğerlerde litre cinsinden 1. saniyede atılan hava hacmidir. Sağlıklı bir insanda FEV1'in miktarı FVC'nin %80'i kadar iken KOAH ve astım gibi hava yolu obstrüksiyonu mevcut olan hastalıklarda 1. saniyesinde akciğerlerden atılan hava miktarı %80'in altındadır (Astım ve KOAH eğitim reh. 2011).

FEV1/FVC: Zorlu ekspiryum manevrasının 1. saniyesinde akciğerlerden atılan hava miktarının, zorlu ekspiryum manevrasının tamamında akciğerlerden atılan hava miktarına(zorlu vital kapasite) bölünmesi ile elde edilen ve hava yollarında meydana gelen her türlü obstrüksiyonu belirlemede önemli bir parametredir(Astım ve KOAH eğitim reh. 2011).

FEV1 /FVC'nin <% 70 olması KOAH varlığını göstermektedir (GOLD, 2016).

Spirometrik değerlendirme cinsiyete göre farklılık gösterebilmektedir. Kadınların sigara dumanı gibi zararlı gazlardan daha çok etkilenmesi nedeniyle KOAH'lı kadınlarda spirometrik değerler daha kötü saptanmaktadır (Göçmen ve ark. 2009).

2. Reverzibilite Testi (Bronkodilatörlü Test): SFT’de obstrüksiyon saptandıktan sonra KOAH’ın astımdan ayrı tanısını yapmak için kullanılan bir yöntemdir. Kısa süreli bronkodilatatör kullanılarak ikinci bir solunum fonksiyon testi yapılır. Bronkodilatör sonrası FEV₁ ve bronkodilatör öncesi FEV₁ karşılaştırılarak obstrüksiyonun reverzibilite özelliği belirlenir. Reverzibilite özelliğine göre KOAH ya da astım olduğu tespit edilir (Astım ve KOAH eğitim reh. 2011).

Şekil IV. Bronkodilatatör sonrası FEV₁’e göre hava akımı kısıtlanmasının derecelendirilmesi

GOLD	Spirometri (bronkodilatör sonrası)	
I: Hafif	FEV ₁ ≥%80 (beklenenin)	} FEV ₁ /FVC <%70
II: Orta	%50 ≤ FEV ₁ <%80 (beklenenin)	
III: Ağır	%30 ≤ FEV ₁ <%50 (beklenenin)	
IV: Çok ağır	FEV ₁ <%30 (beklenenin)	

(Şekil V. TTD 2014; GARD 2015).

3. Akciğer Grafisi; KOAH tanısını koymak için yeterli ve etkili değildir. Genellikle kalp yetersizliği, tüberküloz, bronşektazi, pulmoner hipertansiyon ve akciğer kanseri gibi komorbid hastalıklar ve komplikasyonların değerlendirilmesinde kullanılır. Amfizemin varlığı ile akciğer grafisinde akciğer hacmi büyük ve diyafram düzleşmiş görülür. Özellikle akciğerlerde havalanma görüntüsü artışı ve vasküler gölgelerde azalma görülür.



(Şekil VI. Akciğerlerde havalanma grafisi, Astım ve KOAH eğitim reh. 2011).

4. Hematokrit: KOAH hastalarında kronik hipoksemi ve kan viskozitesinin artması önemli komplikasyonları beraberinde getirebilmektedir. Hipoksemi, polisitemiye yol açması nedeniyle KOAH hastalarında anemi sık görülür. Uzun süreli oksijen tedavisi alan hastalarda hematokrit değerinin (Hematokrit<%35) düşmesi sonucunda hastaların yaşam kalitesinde düşme, hastaneye başvuru ve yatış sayısında ve mortalitede artma söz konusudur (Kıral, 2010; Astım ve KOAH eğitim reh. 2011).

5. Arteryal Kan Gazı: KOAH hastalarında hipoksiyi gösteren önemli bir tetkiktir. Oksimetre ile ölçülen oksijen saturasyonu SaO₂ ≤%92. PaO₂ azalma görülür ve PaCO₂ miktarında atma görülür. PaO₂ <55-60mmHg ve PaCO₂ >50mmHg dir (Kıral, 2010)

6. Elektrokardiyografi: Özellikle kardiovesküler komorbidlerin ve kor pulmoner olguların tanılmasında kullanılır (Kıral, 2010).

7. Ekokardiyografi: Özellikle pulmoner hipertansiyon şüphesi olan olgularda kullanılır. Havalanma da meydana gelen artış nedeniyle KOAH hastalarında yeterli ekokardiyografi görüntüsü alınmamaktadır. Bu nedenle KOAH olgularında pek tercih edilen bir yöntem değildir (Kıral, 2010).

8. Akciğer Bilgisayarlı Tomografisi (BT): KOAH'ın yanı sıra pulmoner tromboemboli, akciğer kanseri, bronşektazi şüphesi olan olgularda kullanılır (Astım ve KOAH eğitim reh. 2011).

9. Egzersiz Testi: Hastaların fonksiyonel kapasitelerini değerlendirmek için kullanılır. Altı dakika yürüyüş yapıldıktan sonra pulmoner, kardiyovasküler ve kas sistemlerinin işlev durumlarını değerlendirmeye yardımcı olur. Günlük aktiviteleri yapabilme kabiliyeti ve hastalığın seyrini değerlendirmede yararlıdır (Astım ve KOAH eğitim reh. 2011).

2.7. KOAH'da Tedavi Yöntemleri

KOAH yönetiminde hastalığı erken tanılmak tedavide başarılı olmak için önemlidir. Genellikle KOAH tedavisinin temel amaç; semptomları azaltmak, hastalığın kronikleşmesini önlemek, hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesine yardımcı olmak, komplikasyonları ve alevlenmeleri önlemek, hava yolu obstrüksiyonunu gidermek, öksürük ve balgamin azaltmak, biriken sekresyonların atılmasını sağlamak, sigara gibi zararlı faktörlerden kaçınmak, hastada oluşabilecek anksiyete ve depresyonu önlemek ve en önemlisi mortaliteyi azaltmaktır (Astım ve KOAH eğitim reh. 2011, Ovayolu, 2008. Kırıl, 2010).

Tedavi yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler mevcuttur. Farmakolojik tedavi yönteminde alevlenmeleri, komplikasyonları ve enfeksiyonları önlemek için özellikle kortikosteroidler, bronkodilatatörler ve antibiyotikler kullanılmaktadır (Leupoldt et al. 2013).

Farmakolojik tedavi yönteminde başlıca kullanılan ilaçlar; öncelikle **Kısa etkili β 2-agonistler** (Salbutamol, Terbutalin), **Uzun etkili β 2-agonistler** (Formoterol, Salmeterol), **Kısa etkili antikolinerjikler** (ipratropium bromid), **Uzun etkili antikolinerjikler** (Tiotropium), **Kısa etkili β 2-agonist ve antikolinerjik kombinasyonu** (Salbutamol/ipratropium), **Metilksantinler** (Teofilin, Aminofilin) bronkodilatatörleri kullanılmaktadır (Albert and Calverley 2008). Farmakolojik tedavi programında öncelikle kısa ve uzun süre etkili bronkodilatatör kullanımının amacı; hava yollarına ait düz kasların tonusunu azaltmak, ekspiratuvar akımı artırmak, aşırı inflamasyonu ve solunum güçlüğü azaltmaktır. Bu ilaçların kullanımında inhalasyon yöntemi etkili olduğu için genellikle inhalasyon yolu ile verilmektedir. Semptomların şiddetinin artması ve hastalığın seyrinin kötüye gitmesi durumunda Prednizolon ve Hidrokortizon gibi kortikosteroidler veya antibiyotikler verilir (Leupoldt et al. 2013; Albert and Calverley, 2008; Çelik ve ark. 2010).

KOAH'ta kullanılan başlıca nonfarmakolojik tedavi yöntemleri; Pulmoner rehabilitasyon, hasta eğitimi, risk faktörlerinden kaçınma, evde sağlık hizmeti, noninvaziv mekanik ventilasyon tedavisi, evde mekanik ventilasyon tedavisi, oksijen tedavisidir.

Pulmoner rehabilitasyon (PR); Pulmoner rehabilitasyona genel de hastalığı kronikleşmiş, yaşam kalitesi düşmüş, günlük yaşam fonksiyonlarını yerine getirmede oldukça yetersiz olan olgular tercih edilir. Pulmoner rehabilitasyonun amacı; egzersiz kapasitesinde ve yaşam kalitesinde artırma, semptomlarda azalma, ankiyete ve depresyonda azalma sağlamaktır. Evde veya hastanede uygulanabilen bir tedavi yöntemidir (Leupoldt et al. 2013).

Hasta Eğitimi; Hasta ve hasta yakınlarını hastalık hakkında bilgilendirmeyi ve tedaviye nasıl yardımcı olacaklarını kapsamaktadır. Hastanın kendi kendisini tedavi etmeyi ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede hastaya yardımcı olmayı içermektedir. Semptomların şiddetine ve hastalığın ilerlemesine göre eğitim verilebilir. Eğitimde temel hedef hastayı hastalık hakkında bilgilendirmek ve hastalıkla baş edebilme yöntemlerini öğretmektir. Hastalara solunum güçlüğü hissini azaltma yöntemleri, solunum egzersizi, diyafram ve büyük dudak solunumu öğretilir. Hastalar egzersizin yararları ve nasıl egzersiz yapmaları gerektiği konusunda ve oksijen ekipmanlarının nasıl kullanıldığı konusunda bilgilendirilir. (Astım ve KOAH eğitim reh. 2011; Leupold et al. 2013).

Risk Faktörlerinin Azaltılması; sigara dumanı, iş yerlerin de bulunan solunabilir zararlı duman, toz ve gazlardan kaçınmayı içermektedir. Sigara kullanımı semptomların şiddetini artırarak tedaviyi zorlaştırmaktadır. Sigaranın bırakılması hastalığın ilerleyen seyrini ve solunum yollarındaki yıkımı yavaşlatır ve devamında semptomların da şiddetini azaltır. Bu nedenle sigara en etkili risk azaltan yöntemdir ve tedavi sürecinde hastanın ilk kaçınması gereken risk faktörüdür. İş ortamların bulunan zararlı inhale edilebilir çeşitli toz, duman ve gazlara uzun süre maruz kalmaktan kaçınmak gerekir ve maruziyeti azaltmak için iş ortamlarında hava olumlu yönde konsantrasyonunu değiştirmek gerekmektedir (Astım ve KOAH eğitim reh. 2011).

Diğer; evde sağlık hizmeti, noninvaziv mekanik ventilasyon tedavisi ve evde mekanik ventilasyon tedavisi temel olarak; hastanın yaşam kalitesini ve egzersiz kapasitesini artırma, hastanın solunum güçlüğü giderme ve rahat solunum yapmasını sağlamayı amaçlamaktadır. (Astım ve KOAH eğitim reh. 2011)

2.8. Psikososyal Uyum

Psikososyal uyum, sağlık bakımına oryantasyon, meslek/iş çevresi, aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal evre, cinsel yaşam ve psikolojik baskıyı içeren, sağlıklı yaşamdan, hastalığa ve ölüm tehdidine kadar uzanan kapsamlı bir süreçtir. Birey bu süreçte karşılaştığı değişiklikleri kabul ederek, uygun davranışları göstererek ya da değişikliklere karşı etkili baş etme yöntemleri geliştirerek uyum sağlar (Karataş, 2014; Adaylar, 1995).

2.8.1. KOAH ve psikososyal uyum

KOAH bir çok fizyopatolojik süreci içeren ve tam olarak tedavisi olmayan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle KOAH sadece fiziksel değil aynı zamanda biyolojik, ruhsal, sosyal, ailesel ve çevresel bir durumdur. KOAH'lı bireyler günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte güçlük yaşamasının yanında birçok psikososyal sorunları da yaşamaktadır.

Ayrıca KOAH, sık hastaneye yatışlara, solunum güçlüğü nedeniyle ölüm korkusuna, iş gücü kaybına yol açarak bireysel ve toplumsal sorunları beraberinde getirmektedir. Böylece KOAH bireyin yaşam dengesini bozarak ve bireyde ruhsal, fiziksel ve sosyal güçlüklere yol açarak bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu nedenle KOAH'lı bireyin yaşam kalitesini artırmak için bireyin hastalığa uyumu çok önemlidir. Bu uyum bireyin hastalığı kabullenmesi, hastalıkla birlikte yaşamayı ve hastalığın ilerlemesine karşı etkili baş etme yöntemlerini geliştirmesini içermektedir. Bu açıdan bakım vericinin tedavi sürecinde KOAH'lı bireye bütüncül yaklaşması, periyodik olarak durumunu izlemesi ve sorgulaması, gerekli ölçümlerle değerlendirmesi gerekmektedir (Kılıçkaya, 2013; Kelly and Lynes, 2008).

2.8.2. KOAH'da psikososyal uyumu etkileyen faktörler

Literatürde hastalığa psikososyal uyumu etkileyen faktörler genel anlamda hastanın kişilik yapısı, sosyokültürel özellikleri, hastalıkla ilgili tutum ve davranışları, hastalığı nasıl algıladığı (hastalığı bir kayıp, yıkım veya tehdit olarak algılaması), psikososyal uyarılara karşı tepkisi, genetik özellikleri, yaşam biçimi, geçmiş deneyimleri ve baş etme yöntemleri olarak ele alınmıştır. (Karataş, 2014). Bu faktörlere ek olarak nasıl bir hastalık olduğu (kronik-akut), semptomların şiddeti, vücudun etkilenen bölümü, işlevsel kısıtlılık (hareket, duyuşsal ya da bilişsel kısıtlılık), hastalığın seyri, hastalığa eşlik eden diğer hastalıkların varlığı, ağrının varlığı, alerjinin varlığı, hastalığın dış görünüşü etkilemesi, ilaç yan etkileri, tedavinin şekli de hastalığa psikososyal uyumu etkilemektedir (Gündüz ve Karabulutlu, 2014; Akman, 2016). Aydın ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada, hastaların tamamının KOAH nedeniyle bağımlılık düzeylerinin arttığını, saygınlıklarını ve öz güvenlerini yitirdiklerini saptamıştır.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında bronşlarda meydana gelen hava yolu obstrüksiyonu sonucunda solunum yetmezliği gelişir ve devamında hipoksi, hiperkapni ve hiperventilasyon gibi durumlar görülür. Bu durumlar KOAH'lı bireyin direk olarak beyin işlevlerini olumsuz yönde etkilemekte ve bireyde kaygı, korku, öfke, bilişsel bozukluk, stress ve depresyon gibi psikolojik sorunlara yol açmaktadır (Özdemir ve Taşçı, 2013; Kocaman ve ark.2007). Söz konusu psikolojik sorunlar zamanla, bireyin aile ve iş hayatını, geniş aile ilişkilerini, sosyal çevresini, fiziksel durumunu, uyku düzenini, beden imajını ve cinsel yaşantısını olumsuz yönde etkileyerek bireyde uyum güçlüğüne neden olmaktadır (Kelly and Lynes, 2008; Kocaman ve ark.2007). Zavada ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada, astım ve KOAH hastalarının diğer hastalara oranla ruhsal ve bilişsel sorunları daha fazla yaşadıklarını, bununla birlikte sosyal, aile ve iş yaşantılarının da daha çok etkilendiğini saptamıştır.

Yapılan çalışmalarda kaygı ve depresyonun psikososyal uyum alanı olan psikolojik baskı ile doğrudan ilişkili olduğu, KOAH'lı bireylerde hastaneye yatış

sıklığını ve süresini artırdığı, uyku bozukluğuna neden olduğu ve yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır (Hynninen et.al 2007).

KOAH'lı bireylerde psikososyal uyumu etkileyen bir diğer faktör ise bireyin psikolojik özellikleridir. Bireyin psikolojik özellikleri fonksiyonel sınırlılıkla ilişkili olduğu ve semptomları artırdığı saptanmıştır (Hynninen et.al 2005).

Hasson ve ark'ın (2008) yapmış olduğu çalışmada, KOAH'lı bireylerin aile düzenlerinin değiştiğini, sosyal izolasyon yaşadıklarını, bağımlılık düzeylerinin arttığını ve yaşam kalitelerinin düştüğünü belirtmiştir. Bu bağlamda sosyal izolasyonun ve aile düzenlerinin psikososyal uyumu etkileyen faktörler olduğunu düşündürmektedir.

KOAH'da psikososyal uyumu etkileyen bir başka faktör de hastalığa ilişkin özelliklerdir. Bu özellikler hastalığın evresi, şiddeti, semptom sıklığı ve şiddeti, hastalık süresi, hastalığın etki düzeyi, hastalıktan dolayı meydana gelen fiziksel güç kaybı, KOAH'a eşlik eden sistemik hastalık varlığı (depresyon, anksiyete, KKY vb.), tedavide kullanılan ilaçların yan etkisi gibi faktörleri kapsamaktadır. Yuet ve arkadaşlarının (2002) yapmış olduğu çalışmada, KOAH'ın şiddeti arttıkça bireyin aktivite durumunun azaldığı, solunum güçlüğüne ve halsizliğinin arttığı, bu durumun bireyin psikososyal uyumunu bozduğu saptanmıştır. Ünsal ve Yetkin (2005) yapmış oldukları çalışmada, çalışmaya dahil edilen tüm KOAH'lı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiğini, en çok etkilenen GYA alanlarının ise; solunum (%100), güvenli çevrenin sürdürülmesi (%96.4), çalışma hayatı (%95.6), hareket (%95.2) ve uyku (%80.4) alanları olduğu belirlenmiştir.

Aile desteği, sosyal destek, pulmoner rehabilitasyon, öz yeterlilik, etkili baş etme yöntemleri ve hasta eğitimi KOAH'lı bireylerde psikososyal uyumu artıran faktörler arasında yer almaktadır. McCathie et. al (2002) yapmış olduğu çalışmada sosyal desteğin depresyonu ve anksiyeteyi düşürdüğünü, psikososyal uyumu artırdığını saptamıştır. Marino et. al (2008) yapmış olduğu çalışmada sosyal desteğin yanı sıra öz yeterliliğin depresif KOAH'lı bireylerin genel işlevlerini artırdığını bildirmiştir.

Hastanın KOAH'a uyumunu etkileyen bir diğer faktörde hastanın sosyodemografik özellikleridir. Hastanın cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, çocuk

sahibi olması, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, mesleği, çalışma durumu, sosyal güvence varlığı ve gelir düzeyi hastalığa psikososyal uyumu etkileyebilmektedir (Gündüz ve Karabulutlu, 2016).

Ayrıca; KOAH'lı bireyin yaşam tarzı, sigara kullanım davranışları, yaşadığı yer, rutin kontrollere gitme durumu, ilaç kullanım süresi ve düzenli kullanımı, solunum cihazı kullanımı, hastanın dışarıya çıkmaya çekinmesi, sosyal aktivelere katılma sıklığı, sağlık algısı, bireyin hastalıkla ilgili bilgi alma durumu, tedaviye yardımcı kişinin varlığı ve yakınlık derecesi gibi faktörlerin de KOAH'lı bireylerde psikososyal uyumu etkileyebileceği düşünülmektedir.

KOAH'lı bireylerde; hastaya, hastalığa ve tedaviye ilişkin faktörlerin çoğu bireyin psikososyal uyumunu olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

2.8.3. KOAH'lı bireylerin psikososyal uyumunda hemşirelik yaklaşımları

KOAH tedavi sürecinin uzun olması ve tedavinin tam olarak sağlanamaması nedeniyle hasta tarafından bir yıkım olarak algılanır. Bu nedenle KOAH tıbbi-fiziksel bir hastalık olmasının yanı sıra ruhsal ve psikososyal açıdan birçok sorunu içeren kapsamlı bir olgudur (Kelly and Lynes, 2008). Tedavi sürecinde hastanın hastalığı kabullenmesi ve hastalıkla baş etme yöntemlerini geliştirmesi oldukça önemlidir. Hastanın tedavi sürecinde ve genel anlamda sosyal yaşantısında uyumu sağlayabilmek için hemşirenin hastayı bütüncül olarak ele alması gerekmektedir. Bu bağlamda hastanın hastalık algısını, hastalıkla ilgili inanç, tutum ve davranışlarını sorgulamak gerekir.

KOAH'lı bireylerde psikososyal uyumu artırmak için hemşireler, farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi yöntemlerini uygulamalıdır (Upton et.al. 2007).

KOAH'lı bireylerde solunum güçlüğü/dispne, korku, kaygı ve depresyona yol açtığı ve psikososyal uyumu önemli ölçüde bozduğu için başta bireyin solunum güçlüğünü kontrol altına almak KOAH'ın yönetiminde önemli bir adımdır, hemşire havayolu açıklığını sağlamalı, gaz değişimini ve egzersiz kapasitesini arttırmalıdır

(Fletcher et.al, 2013; Zakrisson, 2011). Ayrıca hemşire bireyin hastalığı ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için uygun bir ortam sağlamalı ve bireyle empatik, açıklayıcı, destekleyici, yol gösterici ve etik davranışlara uygun bir iletişim kurmalıdır (Ingadottir ve Jonsdottir, 2010; Zakrisson, 2011; Karataş, 2014).

Literatürde, öz yönetimi olan KOAH'lı bireylerin hastaneye yatış oranlarında azalma, egzersiz toleranslarında ve yaşam kalitelerinde artma olduğu belirtilmiştir (Kaptein,et. al, 2009; Fletcher et. al, 2013), bu bağlamda hemşire evde ve hastanede bakım modellerini kullanarak, hastaların öz-bakım gücü ve motivasyonunu arttırarak öz-etkililiklerinin gelişmesine katkı sağlamalıdır (Ingadottir ve Jonsdottir, 2010; Özkaplan, 2013). Wood-Baker ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada iyi KOAH'ın yönetiminde bir hemşirelik bakımının, hastaneye yatış sayısını azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığını saptamıştır.

KOAH'lı bireylerin akciğer işlevlerini sürdürmek, hastalığın seyrini yavaşlatmak, hastalığa eşlik eden diğer hastalıkların oluşmasını önlemek, hastanın günlük işlevlerine devam edebilmesi, tedaviye uyum sağlamak ve psikososyal uyumu artırmak için hasta ve ailesinin hastalık ve yönetimi ile ilgili bilgilendirilmesi ve tedaviye katılımlarının sağlanması oldukça önemlidir (Stoilkova et.al, 2013; Taylor et. al, 2005).

Ayrıca KOAH'da psikososyal uyumu artırmak için, pulmoner rehabilitasyonun sağlanması, hastanın aile ilişkileri ve diğer kişilerle ilişkilerini sürdürebilmesi için desteklenmesi, uyku düzenin sağlanması, yeterli beslenmenin sağlanması, solunumu rahatlatmak için büzük dudak solunumunun yapılması, postüral direnajın yapılması gibi hemşirelik girişimleri planlanmalı ve uygulanmalıdır (Özkaplan, 2013; Taylor et. al, 2005).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Deseni

Araştırma, KOAH'lı bireylerde psikososyal uyumu etkileyen faktörleri ortaya koymak amacıyla yapılmış, tanımlayıcı tipte, kesitsel desende bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı Sürreyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KOAH kliniğinde Ağustos-Ekim 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Sürreyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1800 dönümlük bir alana sahip, A, B, C ve D bloklarından oluşan, 21 alanda poliklinik hizmeti veren, 10 göğüs hastalıkları kliniğine sahip, 16 tıbbi birimden oluşan, toplam 686 yatak kapasiteli bir kurumdur. Çalışmamız C blokta bulunan ve KOAH Kliniği olarak da adlandırılan; 1., 4., 5., 7., 8., 10., 11., 12. göğüs hastalıkları kliniği ve erişkin 1. düzey yoğun bakım ünitesinde Ağustos-Ekim 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sürreyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde KOAH Kliniğinde son bir yılda yatarak tedavi gören 2578 KOAH'lı birey oluşturmaktadır. Evreni Oluşturan bireylerin %71 erkek ve %29 kadındır.

Çalışmanın örneklemini Sürreyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi KOAH kliniğinde Ağustos-Ekim 2017 tarihlerinde yatarak tedavi gören 230 hasta oluşturmuştur. Örneklem dahil edilen hastaların %75.9'u erkek, % 24.1 kadındır.

Örneklem büyüklüğünü belirlemek için “Evreni Bilinen Gruplarda Örneklem Büyüklüğünü Hesaplama” formülü kullanılarak çalışmaya dahil edilmesi gereken KOAH’lı birey sayısı 226-254 kişi olarak bulunmuştur.

Formül şu şekilde uygulanmıştır:

$$n = N \cdot t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q$$

Formüldeki değerler;

N: Hedef kitledeki birey sayısı (evren sayısı)

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülme sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmemeye olasılığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm örnekleme hatasıdır.

$$N = 2578$$

$$p = 0.76$$

$$q = 0.24$$

$$t = 1.96 \text{ ve } \alpha = 0.05$$

d = 0.05 değerleri formülde yerine konulduğunda;

$n = 2578 \times (1.96 \times 1.96) \times 0.77 \times 0.23 / [(0.05 \times 0.05) \times (2578 - 1)] + 1.96 \times 1.96 \times 0.77 \times 0.23$
denkleminde %95 güven aralığında örneklem büyüklüğü n=226-254 olarak bulunmuştur.

Ağustos- Ekim 2017 tarihlerinde KOAH kliniğinde yatarak tedavi alan araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalarla görüşülerek araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden KOAH’lı bireyler örnekleme dahil edilmiştir.

Görüşme sırasında görüşmeden vazgeçen, sıkılan ve sorulara cevap vermekten çekinen 23 bireyin görüşmeleri sonlandırılmış ve çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. KOAH tanısı almış olan ve yatarak tedavi alan
2. 18 yaşın üzerinde olan
3. Herhangi bir zihinsel engeli ya da iletişimi engelleyebilecek bir sorunu olmayan
4. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. KOAH tanısı almamış olan,
2. KOAH tanısı ile ayaktan tedavi almış olan
3. Görüşme sırasında sıkılan ve görüşmeden vazgeçen bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hastaların tanıtıcı özelliklerini ve hastalıkla ilgili özelliklerini içeren görüşme formu, KOAH Değerlendirme Formu (COPD Assesment Test-CAT) ve Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale- Self Report-PAIS-SR) kullanılarak toplanmıştır.

Hastaların Tanıtıcı ve Hastalıkla İlgili Özelliklerini İçeren Görüşme Formu :

Görüşme formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yaşadığı yer, gelir durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşadığı yer, kimlerle birlikte yaşadığı, nerede yaşadığı gibi hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalıkla ilgili özellikleri (sigara kullanımı ile ilgili davranışları, yardımcı cihaz varlığı, başka hastalık varlığı, solunum sıkıntısının sıklığı vb.) içeren 31 sorudan oluşmaktadır.

KOAH Değerlendirme Formu (COPD Assesmet Test-CAT)

KOAH'ın sağlık durumunu ve günlük yaşamı ne düzeyde etkilediğini belirleyen sekiz sorudan oluşan bir ölçektir. CAT; KOAH'lı bireylerin nefes darlığı, öksürük, balgam gibi temel semptomlarının yanı sıra yorgunluk ve uyku durumu gibi sistemik semptomlarını kapsayan bir ölçektir.

Ölçeğin birçok dilde güvenirliği ve geçerliliği yapılmıştır. Türkçe'ye güvenirlik ve geçerliliği 2012 yılında Yorgancıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik kat sayısı : 0.9116 olarak bulunmuştur. CAT'ın güvenilirlik analizinde madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.62-0.79 arasında saptanmış olup ve ölçeğin tamamı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.0001$), (Yorgancıoğlu ve ark. 2012).

Ölçek toplam 8 sorudan oluşmakta ve her bir soru 5 puan olup ölçekten alınan en düşük puan 0, en yüksek puan 40 dır. Yüksek skorlar fazla semptomları olan ve KOAH'tan dolayı sağlık durumu çok etkilenen hastaları, düşük skorlar az semptomları olan ve KOAH'tan dolayı sağlık durumu düşük düzeyde etkilenen hastaları belirtmektedir. Ölçekten alınan en düşük puan 0 mkemmел sağlık durumunu, 40 puan ise en kötü sağlık durumunu göstermektedir. CAT'ten alınan 0-10 arası puanlar hafif semptomları olan ve sağlık durumu etkilenmeyen yada az etkilenen, 11-20 arası puanlar orta düzeyde semptomları ve sağlık durumu orta düzeyde etkilenen, 21-30 arası puanlar ağır semptomları olan ve sağlık durumu çok etkilenen, 31-40 arası puanlar çok ağır semptomları olan ve sağlık durumu çok fazla bozulan KOAH hastalarını göstermektedir (Yorgancıoğlu ve ark. 2012).

Ayrıca genel anlamada CAT skorunun 10 puan ve üzerinde olması KOAH'ın hastanın hayatını etkilediğini ve KOAH'lı bireyin sağlık durumunun önemli ölçüde bozulduğunu göstermektedir (Yorgancıoğlu ve ark. 2012, TTD 2014).

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale- Self Report-PAIS-SR)

Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, hastaların diğer bireylerle ve sosyokültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçer. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik katsayıları 0.86 ve 0.83 arasında bulunmuştur. Ülkemizde 1995 yılında Adaylar tarafından Türkçe'ye uyarlanarak “Akut ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığındaki Uyum, Adaptasyon, Algı ve Öz Bakım Yönelimleri” adlı doktora tezinde geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Hastalığa Psikososyal Uyumu değerlendiren bu ölçek; Sağlık Bakımına Uyum, Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Seksüel İlişki, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre ve Psikolojik Baskı şeklinde hastalığa psikososyal uyumun yedi alt ana alanına ayrılmış olup 46 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır. Ölçekte her bir soru için uyumun değişen seviyelerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılmıştır. Birey kendi kişisel deneyimini en iyi tanımlayan ifadeyi seçebilmektedir. Bu dört tanımlayıcı ifade 0'dan 3'e kadar puanlandırılarak yanıtlar sayısal değerlere dönüştürülmektedir. Hastalıktan bu yana olumsuz değişiklik gösteren ifadeler için 3 puan, değişiklik olmaması veya olumlu değişiklikler için 0 puanla değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilen en düşük puan sıfır en yüksek puan 138 dir.

Ölçekte düşük puanlar iyi psikososyal uyumu, yüksek puanlar ise kötü psikososyal uyumu göstermektedir. PAIS-SR ile yapılan çalışmalarda 35'in altındaki puanlar “iyi psikososyal uyumu”, 35 ile 51 arası puanlar “orta derecede iyi psikososyal uyumu” ve 51'in üstündeki puanlar “kötü psikososyal uyumu” göstermektedir (Derogatis, 1986; Adaylar, 1995).

Ölçeğin 7 Alt Boyutu ve Minimum-Maksimum Puanları

- 1. Sağlık Bakımına Uyum;** 8 madden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan Minimum-Maksimum puan 0-24 arasındadır. Bu alt ölçek, hastaların hastalığı hakkında bilgi sahibi olma, hastalığa uyumunu ölçmektedir.
- 2. Mesleki Çevre;** 6 madden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan Minimum-Maksimum puan 0-18 arasındadır. Bu alt ölçek hastaların mesleki çevrelerine uyumu ölçmektedir.

3. **Aile Çevresi;** 8 madden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan alinan Minimum-Maksimum puan 0-24 arasındadır. Bu alt ölçek, hastaların ailevi sorunları fiziksel hastalığının hasta ile aile bireyleri arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğini ölçmektedir.

4. **Cinsel İlişkiler;** 6 madden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan Minimum-Maksimum puan 0-18 arasındadır. Bu alt ölçek, hastaların fiziksel hastalığı cinsel hayatını nasıl etkilediğini ölçmektedir.

5. **Geniş Aile ilişkileri;** 5 madden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan Minimum-Maksimum puan 0-15 arasındadır.. Bu alt ölçek, hastaların fiziksel hastalığının hasta ile akraba bireyleri arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğini ölçmektedir.

6. **Sosyal Çevre;** 6 madden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan Minimum-Maksimum puan 0-18 arasındadır. Bu alt ölçek, hastaların fiziksel hastalığının sosyal hayatını nasıl etkilediğini ölçmektedir.

7. **Psikolojik Baskı;** 7 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekten alınan Minimum-Maksimum puan 0-21 arasındadır. Bu alt ölçek, hastaların üzüntü, endişe ve stres durumunu nasıl etkilediğini ölçmektedir (Derogatis, 1986; Adaylar, 1995)

Adaylar 1995'te yapmış olduğu çalışmada, Sağlık Bakımına Uyum (8 madde); Mesleki Çevre (6 madde); Aile Çevresi (8 madde); Seksüel İlişki (6 madde); Geniş Aile İlişkileri (5 madde); Sosyal Çevre (6 madde); Psikolojik Baskı (7 madde) bu yedi alt boyutların güvenirlik katsayıları sırası ile 0.87, 0.85, 0.80, 0.95, 0.89, 0.93, 0.83, tüm ölçek için güvenirlik katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda tüm ölçek için güvenirlik katsayısı 0.806 olarak bulunmuştur.

3.7. Veri toplama araçlarının uygulanması

Veri toplama araçları Ağustos-Ekim 2017 tarihlerinde Sürreyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KOAH Kliniğinde yatarak tedavi alan, çalışma kriterlerini karşılayan 230 KOAH'lı bireye uygulanmıştır. Hastalarla yatmış oldukları kliniklerde görüşülmüş ve yazılı onamları alınmıştır. Veri toplama araçları hastaların yazılı onamı alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Veri toplama araçlarının doldurulması yaklaşık

20-25 dakika sürmüştür. Uygulama sırasında, sıkılan, soruları cevaplamaktan vazgeçen 23 kişinin görüşmesi sonlandırılmıştır ve çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen ölçüm değerlerinin istatistiksel analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve %, ölçümle belirlenen değişkenler için ortalama \pm standart sapma şeklinde gösterilmiştir. İstatistiksel kararlarda; anlamlılık düzeyi için α değeri 0,05 olarak alınmış olup $p < 0,05$ seviyesi anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edilmiştir. Karşılaştırmalı istatistiklerden önce örneklemin normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir. Grup içi normal dağılımı incelenen değişkenlere ait Kolmogorov-Smirnov test sonuçları aşağıdaki gibidir.

Tablo 3.1: Kolmogorov-Smirnov Testi Sonucu

KOAHSemptom Düzeyi	Hafif Semptom + Az Etkilenme		Orta Semptom + Orta Etkilenme		Ağır Semptom + Çok Etkilenme		Çok Ağır Semptom + Çok Fazla Etkilenme	
	Z	p	Z	p	Z	p	Z	p
CAT Puanı	,681	,743	1,027	,242	1,348	,053	1,096	,181
Sağlık Bakımına Uyum	1,159	,136	,796	,550	,970	,304	,851	,463
Mesleki Çevre	,630	,822	1,236	,094	1,966	,001	1,490	,024
Aile Çevresi	,938	,342	1,142	,147	,847	,470	1,037	,232
Cinsel İlişki	,987	,284	1,530	,019	2,733	,000	1,592	,013
Geniş Aile İlişkileri	1,493	,023	1,256	,085	1,171	,129	1,035	,234
Sosyal Çevre	,740	,644	1,369	,047	1,792	,003	1,610	,011
Psikolojik Baskı	,522	,948	,621	,835	,812	,526	,750	,627
Psikososyal Uyum (Toplam)	,641	,805	,565	,906	,706	,701	,671	,758

Tabloda yer alan bulgulara göre KOAH semptom grupları değişkenlerin çoğu açısından normal dağılıma uygunluk sergilemektedir. Buna ek olarak çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde -1 ve +1 aralığında olduğu görülmüştür. Buna göre değişkenlerin normal dağılımdan farklılaşmadığı gözlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılıkların ölçümüne yönelik analizlerde Bağımsız Örnekler T-Testi ile ve Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır. Psikososyal Uyum puanlarının cinsiyet,

medeni durum, yaşanan yer, beraber yaşanan bireyler, sosyal güvence sahibi olma durumu, bulunduğu ortamda sigara kullanan kişi olma durumu, hastalığı ile ilgili bilgi alma durumu, alerji sahibi olma durumu, tanı konan başka hastalık olması durumu, akciğer kanseri tanısı alma durumu, kontrol düzeni, ilaç kullanım düzeni, ilaç yan etkisi görme durumu, tedaviye yardımcı cihaz kullanma durumu, nebulizator kullanma durumu, cpap kullanma durumu, oksijen konsantratörleri kullanma durumu, buhar makinası kullanma durumu, tedaviye yardımcı olan kişi olma durum ve sosyal aktivitelere katılma durumu olmak üzere değişkenlere göre farklılaşması Bağımsız rnekler T-Testi ile ölçülmüştür. Katılımcıların CAT ve Psikososyal Uyum puanlarının yaş, ocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara kullanma durumu, sigara kullanma süresi, günlük kullanılan sigara adeti, sigarayı bırakma süresi, sigarayı bırakma nedeni, hastalık tanısı üzerinden geçen süre, tanı konan başka hastalık sayısı, hastalığın yaşamı etkileme düzeyi, sağlık durumu algısı, semptom sıklığı, fiziksel güç kaybı düzeyi, uyku durumu, koah semptom düzeyi, hastaneye başvuru sayısı, ilaç kullanımı süresi, tedaviye yardımcı olan kişi, sosyal aktivitelere katılım sıklığı, evden çıkma konusunda çekinme düzeyi ve psikososyal uyum grupları olmak üzere değişkenlere göre farklılaşması Tek Yönlü Varyans Analizi ile ölçülmüştür, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için post hoc Tukey testi kullanılmıştır. Ayrıca bu çalışmada kategorik değişkenler arasındaki bağımsızlık düzeyi ise Ki-Kare Bağımsızlık Testi uygulanarak tespit edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmayı yapabilmek için, Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan(Ek-1.) ve çalışmanın yapıldığı hastanenin bağlı olduğu İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneler Birliği Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonundan (Ek-2.) yazılı onam alınmıştır. Veri toplama araçları olan, KOAH Değerlendirme Anketi (CAT) (Ek-5.) ve Hastalığa Psikososyal Uyum-z Bildirim leği'nin (PAIS-SR) (Ek-6.) kullanımı için bu leklerin Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışmasını yapan yazarlardan yazılı izin alınmıştır. Örnekleme dahil edilen hastalara, çalışmanın amacı açıklanmış ve hastaların sözlü-yazlı onamları (Ek-3.) alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma; Ağustos-Ekim 2017 tarihlerinde Sürreyapaşa Gögüs Hastalıkları ve Gögüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KOAH Kliniğinde yatarak tedavi alan, 18 yaşın üstünde olan ve herhangi bir mental veya iletişim problemi olmayan bireylerle sınırlıdır.



4. BULGULAR

4.1. Demografik Bulguların Dağılımı

Tablo 4.1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=230)

Hastaların Tanıtıcı Özelliği		n	%
Cinsiyet	Kadın	54	23,5
	Erkek	176	76,5
Yaş (66±10)	36-55 Yaş	33	14,3
	56-65 Yaş	76	33,0
	66-75 Yaş	72	31,3
	76-91 Yaş	49	21,3
Medeni Durum	Bekar	53	23,0
	Evli	177	77
Çocuk Sayısı	Çocuk Sahibi Değil	14	6,10
	1-2 Çocuk Sahibi	61	26,5
	3-4 Çocuk Sahibi	93	40,4
	5 ve Üzeri Çocuk Sahibi	62	27,0
Eğitim Durumu	Okula Gitmeyen	50	21,7
	İlkokul	120	52,2
	Ortaokul	23	10,0
	Lise ve Üzeri	37	16,1
Meslek	Çiftçi	43	18,7
	Ev Hanımı	25	10,9
	İnşaat İşçisi	43	18,7
	Kaynakçı	11	4,8
	Maden İşçisi	8	3,5
	Marangoz	12	5,2
	Memur	18	7,8
	Pazarcı	12	5,2
	Şoför	11	4,8
	Hizmet Sektörü Çalışanı	20	8,7
	Sigara Fabrikası İşçisi	8	3,5
	Oto Sanayi İşçisi	6	2,6
	Tekstil İşçisi	10	4,3
	Tersane İşçisi	3	1,3

Tablo 4.1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (DEVAM)

Hastaların Tanıtıcı Özelliği		n	%
Çalışma Durumu	Çalışan	15	6,5
	İşsiz	43	18,7
	Emekli	104	45,2
	Erken Emekli	17	7,4
	Hastalık Sebebiyle İşi Bırakan	51	22,2
Yaşanan Yer	Büyük şehir	193	83,9
	Köy	37	16,1
Beraber Yaşanan Bireyler	Yalnız yaşayan	29	12,6
	Eş veya Çocuk ile yaşayan	201	87,4
Sosyal Güvence	Yok	29	12,6
	Var	201	87,4
Gelir Düzeyi	Yetersiz	148	64,3
	Yeterli	82	35,7

Tablo 4.1’de verilen bilgilere göre araştırmaya katılan 230 KOAH hastasının %76,5’i (n=176) erkek, %33’ü (n=76) 56-65 yaş aralığında, %77’si (n=177) evli, %40,4’ü (n=93) 3-4 çocuk sahibi, %52,2’si (n=120) ilkokul mezunu, %18,7’si (n=43) çiftçi, %10,9’u (n=25) ev hanımı, %18,7’si (n=43) inşaat işçisi, %45,2’si (n=104) emekli, %22,2’si (n=51) hastalık sebebiyle işi bıraktığını, %83,9’u (n=193) büyük şehirde yaşadığı, %87,4’ü (n=201) eşi veya çocuğu ile yaşadığı %87,4’ü (n=201) sosyal güvenceye sahip olduğu, %64,3’ü (n=148) gelir düzeyinin yetersiz, olduğu belirtmiştir.

Tablo 4.2: Hastaların Sigara Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımları (n=230)

		n	%
Sigara Kullanma Durumu	Hiç İçmedi	32	13,9
	Bırakan	163	70,9
	Sigara Kullanıyor	35	15,2
Sigara Kullanma Süresi	Hiç İçmedi	32	13,9
	15-24 Yıl	27	11,7
	25-34 Yıl	70	30,4
	35-44 Yıl	48	20,9
	45 Yıl ve Üzeri	53	23
Günlük Kullanılan Sigara Miktarı	Hiç İçmedi	31	13,5
	1 Paketin Altında	27	11,7
	1-2 Paket Arası	134	58,3
	2 Paketin Üzerinde	38	16,5
Sigarayı Bırakma Süresi	Hiç İçmedi	31	13,5
	1 Aydan Kısa Süredir	36	15,7
	1-12 Ay Arası	33	14,3
	1-6 Yıl Arası	44	19,1
	7-12 Yıl Arası	25	10,9
	13-18 Yıl Arası	27	11,7
	19 Yıl ve Üzeri	34	14,8
Sigarayı Bırakma Nedeni	Hiç İçmedi	20	8,7
	Bırakmadı	46	20
	KOAH Sebebiyle	118	51,3
	Diğer Sebeplerle	46	20
Pasif İçicilik	Hayır	134	58,3
	Evet/	96	41,7

Tablo 4.2.'de verilen bilgilere göre araştırmaya katılan 230 KOAH hastasının %70,9'unun (n=163) sigarayı bıraktığını, %51,3'ü (n=118) KOAH nedeniyle sigarayı bıraktığını, %30,4'ü (n=70) 25-34 yıl arası sigara kullandığını belirtmiştir. Sigara içen katılımcıların %58,3'ü (n=134) günde 1-2 paket arası sigara kullandığını belirtmiştir. Hastaların %15,7'si (n=36) 1 aydan kısa süre, (n=44) 1-6 yıl arası süredir sigarayı bıraktığı belirlenmiştir. Olguların %58,3'ü (n=134) pasif sigara içiciliğine maruz kalmadığı, %41,7'si (n=96) ise maruz kaldığı belirlenmiştir.

Tablo 4.3: Hastaların Sağlık Durumu Özelliklerinin Dağılımı (n=230)

Hastaların Sağlık Durumu Özellikleri	n	%
Hastalığı İle İlgili Bilgi Alma Durumu	Hayır	118 51,3
	Evet	112 48,7
Alerji Durumu	Yok	202 87,8
	Var	28 12,2
KOAH Tanısı alınan süre	1 Yıl ve Altında	40 17,4
	2-6 Yıl Arası	78 33,9
	7-11 Yıl Arası	58 25,2
	12 Yıl ve Üzerinde	54 23,5
KOAH Dışında Hastalık Varlığı	Yok	81 35,2
	Var	149 64,8
Tanı Konan Diğer Hastalık Sayısı	1 Hastalık	52 22,6
	2 Hastalık	48 20,9
	3 ve Üzeri Hastalık	49 21,3
KOAH +Akciğer CA Olma Durumu	Yok	216 93,9
	Var	14 6,1
KOAH'ın Yaşamı Etkileme Düzeyi	Etkisi Düşük	15 6,5
	Etkisi Orta	46 20
	Etkisi Yüksek	169 73,5
Bireyin Sağlık Durumu İle İlgili İfadesi	Çok Kötü	32 13,9
	Kötü	71 30,9
	Orta	93 40,4
	İyi	34 14,8
Semptom Görülme Sıklığı ile ilgili İfadesi	Her gün	66 28,7
	Haftada 2-3 Kere	39 17
	Haftada 1 Kere	32 13,9
	Ayda Birkaç Kereden Az	40 17,4
	Nadiren	53 23
Fiziksel Güç Kaybı Düzeyi	Güç Kaybı Az	22 9,6
	Güç Kaybı Orta	65 28,3
	Güç Kaybı Çok	143 62,2
Uyku Durumu	Uykusuzluk Yaşamayan	83 36,1
	Bazen Yaşayan	73 31,7
	Çok Yaşayan	74 32,2
KOAH Semptom Düzeyi (CAT)	Hafif Düzeyde Semptom	23 10
	Orta Düzeyde Semptom	66 28,7
	Ağır Düzeyde Semptom	86 37,4
	Çok Ağır Düzeyde Semptom	55 23,9

Tablo 4.3.'te hastaların hastalık durumuna ilişkin bulguların dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan 230 KOAH hastasının %51,3'ü (n=118) hastalığı ile ilgili bilgi almadığı, %87,8'i (n=202) alerjilerinin olmadığı, %12,2'si (n=28) ise alerjilerinin olduğu, %33,9'ü (n=78) 2-6 yıl arası süredir KOAH tanısı aldığı, %64,8'i (n=149) KOAH dışında tanı konan başka hastalığı olduğu, %22,6'i (n=52) KOAH dışında tanı konan 1 hastalığı olduğu, %93,9'i (n=216) KOAH + Akciğer CA tanısı almadığını, %73,5'i (n=169) KOAH'ın hastanın yaşamını yüksek düzeyde etkilediği ifadesi,, %40,4'ü (n=93) sağlık durumunu orta düzey olarak ifadesi, %28,7'i (n=66) her gün semptom yaşadığı, %62,2'sinin (n=143) fiziksel güç kaybının çok olduğu, %36,1'i (n=83) uykusuzluk yaşamadığı, %32,2'si (n=74) çok uykusuzluk yaşadığı, %37,4'ü (n=86) ağır düzeyde semptom yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4: Hastaların Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=230)

Tedaviye İlişkin Özellikler	n	%	
Hastaneye Başvuru Sıklığı	Ayda 2 Kere	65	28,3
	Ayda 1 Kere	58	25,2
	3 Ayda 1 Kere	49	21,3
	6 Ayda 1 Kere	24	10,4
	Yılda 1 Kere	34	14,8
Kontrol Sıklığı	Düzenli Değil-Bazen	51	22,2
	Düzenli	179	77,8
İlaç Kullanım Süresi	1 Yıldan Az	33	14,3
	1-3 Yıl Arası	48	20,9
	4-6 Yıl Arası	46	20
	7-9 Yıl Arası	24	10,4
	10-12 Yıl Arası	39	17
	13 Yıl ve Üzeri	40	17,4
İlaç Kullanım Düzeni	Düzenli Değil-Bazen	33	14,3
	Düzenli	197	85,7
İlaçların Yan Etkisi	Yok	199	86,5
	Var	31	13,5
Tedaviye Yardımcı Cihaz Kullanımı	Yok	51	22,2
	Var	179	77,8
Nebülizator Kullanımı	Yok	58	25,2
	Var	172	74,8
CPAP Kullanımı	Yok	183	79,6
	Var	47	20,4
Oksijen Kondansantörü Kullanımı	Yok	109	47,4
	Var	121	52,6
Buhar Makinası Kullanımı	Yok	184	80
	Var	46	20
Tedaviye Yardımcı Olan Kişi	Yok	50	21,7
	Eş	133	57,8
	Çocuk	47	20,4

Tablo 4.4.'teki bilgilere göre araştırmaya katılan 230 KOAH hastasının %28,3'ü (n=65) ayda 2 kez, %25,2'si (n=58) ayda 1 kez hastaneye başvurduğu, %77,8'i (n=179) düzenli olarak kontrole gittiği, %20,9'u (n=48) 1-3 yıl arası, %20'i (n=46) 4-6 yıl arası, %17,4'ü (n=40) 13 yıl ve üzeri süredir ilaç kullandığı, %85,7'si (n=197) ilaçlarını düzenli kullandığı, %86,5'i (n=199) ilaç yan etkisi gördüğünü, %13,5'i (n=31) ise ilaç yan etkisi görmediğini belirlenmiştir.

Olguların %22,2'si (n=51) tedaviye yardımcı cihaz kullanmadığı, %77,8'i (n=179) ise kullandığını ifade etmiştir. Olguların %74,8'i (n=172) nebulizator kullandığı, %52,6'sı (n=121) oksijen kondansatörü kullandığı, %79,6'sı (n=183) CPAP cihazı ve %80'i (n=184) buhar makinası kullanmadığı tespit edilmiştir. Hastaların %80,4'ü (n=185) tedavisine yardımcı kişinin olduğu ve %57,8'i (n=133) tedaviye yardımcı kişinin eşi olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.5: Hastaların Sosyal Aktivitelere Katılma Özellikleri ve Psikososyal Uyum Düzeylerinin Dağılımı (230)

Özellik		n	%
Sosyal Aktivitelere Katılım Durumu	Yok	156	67,8
	Ayda 1-8 Kez	41	17,8
	6 Ayda Bir Kez	33	14,3
Evden Çıkma Konusunda Çekinme	Çekinmiyor	76	33
	Bazen Çekiniyor	54	23,5
	Çok Çekiniyor	100	43,5
Psikososyal Uyum Sağlama Düzeyi	İyi-Orta Psikososyal Uyum	27	11,7
	Kötü Psikososyal Uyum	203	88,3

Tablo 4.5.'te verilen bilgilere göre araştırmaya katılan 230 KOAH hastasının %67,8'i (n=156) sosyal aktivitelere katılmadığını, %32,2'si (n=74) katıldığını ifade etmiştir. Olguların %33'i (n=76) evden çıkma konusunda çekinmediğini, %43,5'i (n=100) ise çok çekindiğini ifade etmiştir. Hastaların %88,3'ü (n=203) psikososyal uyumlarının kötü olduğu görülmektedir.

Tablo 4.6: Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Toplam ve Alt Boyutların Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Minimum ve Maksimum Değerleri

PAIS-SR Alt Boyutları	Madde Sayısı	X±SD	Median (min-max)
Sağlık Bakımına Uyum	8	13±3.7	14 (4-24)
Mesleki Çevre	6	13±3.1	14 (1-18)
Aile Çevresi	8	11±4.7	11 (0-22)
Cinsel İlişki	6	11±3.4	12 (0-18)
Geniş Aile İlişkileri	5	4.3±3.4	4 (0-14)
Sosyal Çevre	6	9.8±4.3	9 (0-18)
Psikolojik Baskı	7	11±4.8	12 (0-21)
TOPLAM	46	73.1±27.4	76 (5-135)

Tablo 4.6.'da Psikososyal uyum ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. PAIS-SR ölçeğinden alınan toplam puan 35 altında "iyi", 35-51 "orta derecede" ve 51' ve üzerinde "kötü" psikososyal uyumu göstermektedir. Çalışmamızda olgularımızın toplam puan ortalaması 73.1±27.4 olduğu ve 51 puanın üzerinde olduğu için hastalarımızın puan ortalaması kötü psikososyal uyumu gösterdiği bulunmuştur.

Ortalamalara bakıldığında en çok etkilenen alan sağlık bakımına uyum (13±3.7) ve mesleki çevre (13±3.1) alt alanları olduğu görülmektedir. En az etkilenen alan ise geniş aile ilişkileri alt alanıdır (4.3±3.4).

4.2. Demografik Değişkenler İle Psikososyal Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 4.7: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle Psikososyal Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri		Psikososyal Uyum Düzeyleri		
		İyi-Orta Psikososyal Uyum n (%)	Kötü Psikososyal Uyum n (%)	Ki-Kare χ^2/p
Cinsiyet	Kadın	5 (18,5)	49 (24,1)	$\chi^2= .419$ p=.518
	Erkek	22 (81,5)	154 (75,9)	
Yaş	36-55 Yaş	6 (22,2)	27 (13,3)	$\chi^2=2.075$ p=.557
	56-65 Yaş	8 (29,6)	68 (33,5)	
	66-75 Yaş	9 (33,3)	63 (31,0)	
	76-91 Yaş	4 (14,8)	45 (22,2)	
Medeni Durum	Bekar	3 (11,1)	50 (24,6)	$\chi^2=2.456$ p=.117
	Evli	24 (88,9)	153 (75,4)	
Çocuk Sayısı	Çocuk Sahibi Değil	1 (3,7)	13 (6,4)	$\chi^2=.701$ p=.873
	1-2 Çocuk Sahibi	6 (22,2)	55 (27,1)	
	3-4 Çocuk Sahibi	12 (44,4)	81 (39,9)	
	5 ve Üzeri Çocuk Sahibi	8 (29,6)	54 (26,6)	
Eğitim Durumu	Okumamış	4 (14,8)	46 (22,7)	$\chi^2=1.038$ p=.792
	İlkokul	16 (59,3)	104 (51,2)	
	Ortaokul	3 (11,1)	20 (9,9)	
	Lise ve Üzeri	4 (14,8)	33 (16,3)	
Çalışma Durumu	Çalışan	3 (11,1)	12 (5,9)	$\chi^2=2.279$ p=.685
	İşsiz	4 (14,8)	39 (19,2)	
	Emekli	14 (51,9)	90 (44,3)	
	Erken Emekli	1 (3,7)	16 (7,9)	
	Hastalık Sebebiyle İşi Bırakan	5 (18,5)	46 (22,7)	
Yaşanan Yer	Büyük şehir	20 (74,1)	173 (85,2)	$\chi^2=2.194$ p=.139
	Köy	7 (25,9)	30 (14,8)	
Beraber Yaşanan Bireyler	Yalnız	1 (3,7)	28 (13,8)	$\chi^2=2.202$ p=.138
	Eş veya Çocuk	26 (96,3)	175 (86,2)	
Sosyal Güvence	Yok	4 (14,8)	25 (12,3)	$\chi^2=.135$ p=.713
	Var	23 (85,2)	178 (87,7)	
Gelir Düzeyi	Yetersiz	12 (44,4)	136 (67,0)	$\chi^2=5.282$ p=.022*
	Yeterli	15 (55,6)	67 (33,0)	

Tablo 4.7.'de yer alan ki kare bağımsızlık testi sonuçlarına göre; psikososyal uyum düzeyleri ile cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşanan yer, beraber yaşanan bireyler, sosyal güvence varlığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bulgularımıza göre psikososyal uyum düzeyleri ile gelir düzeyi ($\chi^2=5.282$, $p=.022^*$) arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre gelir durumu yetersiz olan bireylerin psikososyal uyum düzeylerinin kötü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.8: Hastaların Sigara Kullanım Alışkanlıkları İle Psikososyal Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Sigara Kullanım Alışkanlığı		İyi-Orta Psikososyal Uyum	Kötü Psikososyal Uyum	Ki-Kare
		n (%)	n (%)	χ^2/p
Sigara Kullanma Durumu	Hiç İçmeyen	6 (22,2)	26 (12,8)	$\chi^2=3.517$ $p=.172$
	Bırakan	15 (55,6)	148 (72,9)	
	Sigara Kullanan	6 (22,2)	29 (14,3)	
Sigara Kullanma Süresi	15-24 Yıl	4 (14,8)	23 (11,3)	$\chi^2=1.007$ $p=.909$
	25-34 Yıl	7 (25,9)	63 (31,0)	
	35-44 Yıl	5 (18,5)	43 (21,2)	
	45 Yıl ve Üzeri	6 (22,2)	47 (23,2)	
Günlük Kullanılan Sigara Miktarı	1 Paketin Altında	3 (11,1)	24 (11,8)	$\chi^2=3.227$ $p=.358$
	1-2 Paket Arası	12 (44,4)	122 (60,1)	
	2 Paketin Üzerinde	7 (25,9)	31 (15,3)	
Sigarayı Bırakma Süresi	1 Aydan Kısa Süre	7 (25,9)	29 (14,3)	$\chi^2=4.889$ $p=.558$
	1-12 Ay Arası	3 (11,1)	30 (14,8)	
	1-6 Yıl Arası	5 (18,5)	39 (19,2)	
	7-12 Yıl Arası	2 (7,4)	23 (11,3)	
	13-18 Yıl Arası	1 (3,7)	26 (12,8)	
	19 Yıl ve Üzeri	4 (14,8)	30 (14,8)	
Sigarayı Bırakma Nedeni	Bırakmayan	10 (37,0)	36 (17,7)	$\chi^2=7.779$ $p=.051$
	KOAH Sebebiyle	9 (33,3)	109 (53,7)	
	Diğer Sebeplerle	7 (25,9)	39 (19,2)	
Pasif İçicilik	Hayır	16 (59,3)	118 (58,1)	$\chi^2=.013$ $p=.911$
	Evet	11 (40,7)	85 (41,9)	

Tablo 4.8.'de yer alan ki kare bağımsızlık testi sonuçlarına göre; psikososyal uyum düzeyleri ile sigara kullanma durumu, sigara kullanma süresi, günlük kullanılan sigara miktarı, sigarayı bırakma süresi, sigarayı bırakma nedeni, pasif içicilik değişkenlerinin arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9: Hastaların Sağlık Durumu Özellikleri İle Psikososyal Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Hastaların Sağlık Durumu Özellikleri		İyi-Orta Psikososyal Uyum	Kötü Psikososyal Uyum	Ki-Kare
		n (%)	n (%)	χ^2/p
Hastalığı İle İlgili Bilgi Alma Durumu	Hayır	14 (51,9)	104 (51,2)	$\chi^2=.004$ p=.952
	Evet	13 (48,1)	99 (48,8)	
Alerji Durumu	Yok	23 (85,2)	179 (88,2)	$\chi^2=.200$ p=.655
	Var	4 (14,8)	24 (11,8)	
KOAH Tanısı alınan süre	1 Yıl ve Altında	8 (29,6)	32 (15,8)	$\chi^2=7.803$ p=.050
	2-6 Yıl Arası	12 (44,4)	66 (32,5)	
	7-11 Yıl Arası	2 (7,4)	56 (27,6)	
	12 Yıl ve Üzerinde	5 (18,5)	49 (24,1)	
KOAH Dışında Hastalık Varlığı	Yok	12 (44,4)	69 (34,0)	$\chi^2=1.142$ p=.285
	Var	15 (55,6)	134 (66,0)	
Tanı Konan Diğer Hastalık Sayısı	Yok	12 (44,4)	69 (34,0)	$\chi^2=2.150$ p=.542
	1 Hastalık	6 (22,2)	46 (22,7)	
	2 Hastalık	3 (11,1)	45 (22,2)	
	3 ve Üzeri Hastalık	6 (22,2)	43 (21,2)	
KOAH +Akciğer CA Olanlar	Yok	26 (96,3)	190 (93,6)	$\chi^2=.304$ p=.581
	Var	1 (3,7)	13 (6,4)	
KOAH'ın Yaşamı Etkileme Düzeyi	Etkisi Düşük	6 (22,2)	9 (4,4)	$\chi^2=31.686$ p=.000*
	Etkisi Orta	13 (48,1)	33 (16,3)	
	Etkisi Yüksek	8 (29,6)	161 (79,3)	
Bireyin Sağlık Durumu İfadesi	Çok Kötü	0 (0,0)	32 (15,8)	$\chi^2=51.029$ p=.000*
	Kötü	2 (7,4)	69 (34,0)	
	Orta	9 (33,3)	84 (41,4)	
	İyi	16 (59,3)	18 (8,9)	
Semptom Görülme Sıklığı İfadesi	Hergün	3 (11,1)	63 (31,0)	$\chi^2=6.200$ p=.185
	Haftada 2-3 Kere	5 (18,5)	34 (16,7)	
	Haftada 1 Kere	3 (11,1)	29 (14,3)	
	Ayda Birkaç Kereden Az	7 (25,9)	33 (16,3)	
	Nadiren	9 (33,3)	44 (21,7)	
Fiziksel Güç Kaybı	Güç Kaybı Az	11 (40,7)	11 (5,4)	$\chi^2=44.954$ p=.000*
	Güç Kaybı Orta	12 (44,4)	53 (26,1)	
	Güç Kaybı Çok	4 (14,8)	139 (68,5)	
Uyku Durumu	Uykusuzluk Yaşamıyor	20 (74,1)	63 (31,0)	$\chi^2=19.749$ p=.000*
	Bazen Yaşıyor	5 (18,5)	68 (33,5)	
	Çok Yaşıyor	2 (7,4)	72 (35,5)	

Tablo 4.9.'da yer alan ki kare bağımsızlık testi sonuçlarına göre; psikososyal uyum düzeyleri ile hastalığı ile ilgili bilgi alma durumu, alerji durumu, KOAH tanısı alınan süre, KOAH dışında başka hastalık varlığı, tanı konan, tanı konan diğer hastalık sayısı, KOAH +Akciğer CA varlığı, semptom görülme sıklığı ifadesi değişkenleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bulgularımıza göre psikososyal uyum düzeyleri ile KOAH'ın yaşamı etkileme düzeyi ($p=.000^*$), bireyin sağlık durumu ifadesi ($p=.000^*$), fiziksel güç kaybı düzeyi ($p=.000^*$) ve uyku durumu ($p=.000^*$) değişkenlerinin birbirinden bağımsız olmadığı belirlenmiştir ($p<0.05$). KOAH nedeniyle yaşamı yüksek derecede etkilenen, sağlık durumunu kötü algılayan, fiziksel güç kaybı çok olan ve uykusuzluk yaşayan bireylerin kötü psikososyal uyum düzeylerinin kötü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.10: Hastaların Tedaviye İlişkin Özellikleri İle Psikososyal Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Hastaların Tedaviye İlişkin Özellikler		İyi-Orta Psikososyal Uyum	Kötü Psikososyal Uyum	Ki-Kare
		n (%)	n (%)	χ^2/p
Hastaneye Başvuru Sıklığı	Ayda 2 Kere	5 (18,5)	60 (29,6)	$\chi^2=10.349$ p=.035*
	Ayda 1 Kere	3 (11,1)	55 (27,1)	
	3 Ayda 1 Kere	9 (33,3)	40 (19,7)	
	6 Ayda 1 Kere	2 (7,4)	22 (10,8)	
	Yılda 1 Kere	8 (29,6)	26 (12,8)	
Kontrol Sıklığı	Düzenli Değil-Bazen	7 (25,9)	44 (21,7)	$\chi^2=.250$ p=.617
	Düzenli	20 (74,1)	159 (78,3)	
İlaç Kullanımı Süresi	1 Yılda Az	8 (29,6)	25 (12,3)	$\chi^2=8.172$ p=.147
	1-3 Yıl Arası	6 (22,2)	42 (20,7)	
	4-6 Yıl Arası	6 (22,2)	40 (19,7)	
	7-9 Yıl Arası	1 (3,7)	23 (11,3)	
	10-12 Yıl Arası	2 (7,4)	37 (18,2)	
	13 Yıl ve Üzeri	4 (14,8)	36 (17,7)	
İlaç Kullanım Düzeni	Düzenli Değil-Bazen	2 (7,4)	31 (15,3)	$\chi^2=1.199$ p=.274
	Düzenli	25 (92,6)	172 (84,7)	
İlaç Yan Etkisi	Yok	26 (96,3)	173 (85,2)	$\chi^2=2.506$ p=.113
	Var	1 (3,7)	30 (14,8)	
Tedaviye Yardımcı Cihaz Kullanımı	Yok	12 (44,4)	39 (19,2)	$\chi^2=8.792$ p=.003*
	Var	15 (55,6)	164 (80,8)	
Nebülizator Kullanımı	Yok	13 (48,1)	45 (22,2)	$\chi^2=8.530$ p=.003*
	Var	14 (51,9)	158 (77,8)	
CPAP Kullanımı	Yok	24 (88,9)	159 (78,3)	$\chi^2=1.636$ p=.201
	Var	3 (11,1)	44 (21,7)	
Oksijen Kondansatörü Kullanımı	Yok	18 (66,7)	91 (44,8)	$\chi^2=4.559$ p=.033*
	Var	9 (33,3)	112 (55,2)	
Buhar Makinası Kullanımı	Yok	24 (88,9)	160 (78,8)	$\chi^2=1.511$ p=.219
	Var	3 (11,1)	43 (21,2)	
Tedaviye Yardımcı Olan Kişi	Yok	3 (11,1)	47 (23,2)	$\chi^2=2.477$ p=.290
	Eş	19 (70,4)	114 (56,2)	
	Çocuk	5 (18,5)	42 (20,7)	

Tablo 4.10.'da yer alan ki kare bağımsızlık testi sonuçlarına göre; psikososyal uyum düzeyleri ile kontrol sıklığı, ilaç kullanımı süresi, ilaç kullanım düzeni, ilaç yan

etkisi, CPAP kullanımı, buhar makinası kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bulgularımıza göre psikososyal uyum düzeyleri ile hastaneye başvuru sıklığı, tedaviye yardımcı cihaz kullanımı, nebulizator kullanımı, oksijen kondansatörü kullanımı değişkenleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Sonuç olarak hastaneye sık (ayda iki kez) başvuran, tedaviye yardımcı cihaz kullanan, nebulizator ve oksijen kondansatörü kullanan bireylerin kötü psikososyal uyum gösterdikleri belirlenmiştir.

Tablo 4.11: Hastaların Sosyal Aktivitelere Katılma Özellikleri İle Psikososyal Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Hastaların Sosyal Aktivitelere Katılma Özellikleri		İyi-Orta Psikososyal Uyum	Kötü Psikososyal Uyum	Ki-Kare
		n (%)	n (%)	χ^2/p
Sosyal Aktivitelere Katılım Durumu	Yok	10 (37,0)	146 (71,9)	$\chi^2=16.806$ p=.000*
	Ayda 1-8 Kez	12 (44,4)	29 (14,3)	
	6 Ayda Bir Kez	5 (18,5)	28 (13,8)	
Evden Çıkma Konusunda Çekinme Durumu	Çekinmiyor	19 (70,4)	57 (28,1)	$\chi^2=20.591$ p=.000*
	Bazen Çekiniyor	5 (18,5)	49 (24,1)	
	Çok Çekiniyor	3 (11,1)	97 (47,8)	

Tablo 4.11.'de yer alan ki kare bağımsızlık testi bulgularına göre; psikososyal uyum düzeyleri ile hastaların sosyal aktivitelere katılımı ($p=.000*$), ve evden çıkma konusunda çekinme durumu değişkenlerinin birbirinden bağımsız olmadığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Sonuçlarımıza göre kötü psikososyal uyum gösteren gruplar içerisinde sosyal aktivitelere katılmayan ve evden çıkma konusunda çekinen hasta oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir.

4.3. Demografik Değişkenler İle Psikososyal Uyum Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

4.3.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.12: Cinsiyete Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Cinsiyet		Bağımsız Örnekler T-Testi	
	Kadın (n=54)	Erkek (n=176)	t	p
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
Sağlık Bakımına Uyum	15±4	13±4	2.233	.027
Mesleki Çevre	13±3	13±3	-.727	.468
Aile Çevresi	12±4	11±5	.639	.524
Cinsel İlişki	12±3	11±4	1.075	.284
Geniş Aile İlişkileri	4±3	4±3	-.603	.547
Sosyal Çevre	10±4	10±4	.223	.824
Psikolojik Baskı	12±5	12±5	.767	.444
PAIS-SR (Toplam)	78±19	75±19	.803	.423

Tablo 4.12.'de verilen bilgilere göre; cinsiyetin; mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve PAIS-SR toplam puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımızda cinsiyete göre, sağlık bakımına uyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ortalama değerlere bakıldığında; kadınların sağlık bakımına uyum puanlarının, erkeklere göre daha yüksek olduğu ve kadınların sağlık bakımına uyumu, erkeklere oranla daha kötü olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.13: Yaş Gruplarına Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Yaş Grupları				Tek Yönlü Varyans Analizi	
	36-55 Yaş (n=33)	56-65 Yaş (n=76)	66-75 Yaş (n=72)	76-91 Yaş (n=49)		
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	F	p
Sağlık Bakımına Uyum	12±5	13±4	14±3	15±3	2.773	.042
Mesleki Çevre	12±4	13±3	14±3	14±3	4.602	.004
Aile Çevresi	12±5	11±5	12±5	11±4	.838	.474
Cinsel İlişki	10±5	11±4	12±3	13±3	7.828	.000
Geniş Aile İlişkileri	4±4	5±3	4±3	4±3	.304	.822
Sosyal Çevre	10±5	10±5	9±4	10±3	.767	.514
Psikolojik Baskı	12±5	12±5	12±5	11±4	.242	.867
PAIS-SR (Toplam)	72±24	75±19	77±20	78±15	.950	.417

Tablo 4.13.'te verilen bilgilere göre; yaş'ın, aile çevresine uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı PAIS-SR toplam puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımıza göre yaş gruplarına göre sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, cinsel ilişkide uyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır ($p<0.05$). Yapılan post hoc testi sonucunda; 66-75 yaş ve 76-91 yaş arasındaki hastaların sağlık bakımına, mesleki çevreye, cinsel ilişkiye uyum puanlarının, 65 yaş ve altındaki hastalara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Sonuç olarak 66-75 yaş ve 76-91 yaş arasındaki hastaların sağlık bakımına, mesleki çevreye, cinsel ilişkiye uyumu, 65 yaş ve altındaki hastaların oranla daha kötü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.14: Medeni Durumuna Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Medeni Durum		Bağımsız Örnekler T-Testi	
	Bekar (n=53)	Evli (n=177)	t	p
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
Sağlık Bakımına Uyum	14±4	14±4	.533	.595
Mesleki Çevre	14±2	13±3	1.224	.222
Aile Çevresi	13±5	11±5	3.104	.002
Cinsel İlişki	12±2	11±4	1.059	.291
Geniş Aile İlişkileri	5±3	4±3	1.094	.275
Sosyal Çevre	11±4	10±4	1.766	.079
Psikolojik Baskı	12±5	12±5	.122	.903
PAIS-SR (Toplam)	80±17	75±20	1.895	.059

Tablo 4.14. 'te verilen bilgilere göre, hastaların medeni durumuna ile sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve PAIS-SR toplam puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımıza göre medeni durumu ile aile çevresine uyumun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır ($p<0.05$). Tablo 17'de ortalamalara bakıldığında; bekârların aile çevresine uyum puan ortalamalarının evli olanlara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiş ve bekâr bireylerin aile çevresine uyumunun, evli bireylere oranla daha kötü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.15: Çocuk Sayısına Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Çocuk Sayısı				Tek Yönlü Varyans Analizi	
	Çocuk Sahibi Olmayan (n=14)	1-2 Çocuk Sahibi (n=61)	3-4 Çocuk Sahibi (n=93)	5 ve Üzeri Çocuk Sahibi (n=62)		
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	F	p
Sağlık Bakımına Uyum	14±4	13±4	14±4	14±4	1.834	.142
Mesleki Çevre	14±2	13±3	13±3	13±3	.421	.738
Aile Çevresi	13±5	12±5	11±4	11±5	1.805	.147
Cinsel İlişki	12±3	12±3	12±4	11±4	.765	.515
Geniş Aile İlişkileri	5±4	5±4	4±3	3±3	4.180	.007
Sosyal Çevre	11±5	11±5	9±4	9±4	4.139	.007
Psikolojik Baskı	11±4	13±5	12±5	11±4	1.313	.271
PAIS-SR (Toplam)	81±21	79±19	75±18	73±20	1.654	.178

Tablo 4.15.'te Çocuk sayısına göre sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, algılanan psikolojik baskı ve PAIS-SR toplam puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımıza göre çocuk sayısına göre geniş aile ilişkilerine uyum, sosyal çevreye uyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır ($p<0.05$). Yapılan post hoc testi sonucunda; çocuk sahibi olmayan ve 1-2 çocuk sahibi olan kişilerin geniş aile ilişkilerinde ve sosyal çevreye uyum puanlarının, 3 ve üzeri sayıda çocuk sahibi olan kişilere oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir, sonuca göre çocuk sahibi olmayan ve 1-2 çocuk sahibi olan hastaların, geniş aile ilişkilerinde ve sosyal çevreye uyumu, 3 ve üzeri sayıda çocuk sahibi olan hastalara oranla daha kötü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.16: Eğitim Durumuna Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Eğitim Durumu				Tek Yönlü Varyans Analizi	
	Okula gitmeyen (n=50)	İlkokul (n=120)	Ortaokul (n=23)	Lise ve Üzeri (n=37)	F	p
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
Sağlık Bakımına Uyum	15±3	14±4	12±4	13±4	3.691	.013
Mesleki Çevre	14±3	13±4	13±2	14±3	1.061	.366
Aile Çevresi	12±4	11±5	10±5	12±5	.953	.416
Cinsel İlişki	12±3	12±4	11±3	11±4	.807	.491
Geniş Aile İlişkileri	4±3	4±3	5±3	6±4	2.488	.061
Sosyal Çevre	10±4	9±4	10±5	12±5	5.427	.001
Psikolojik Baskı	13±4	12±5	11±5	13±5	.821	.484
PAIS-SR (Toplam)	78±17	74±20	72±19	81±20	1.591	.192

Tablo 4.16.'da hastaların eğitim durumuna göre mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, algılanan psikolojik baskı ve PAIS-SR toplam puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımıza göre eğitim durumuna göre sağlık bakımına uyum, sosyal çevreye uyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır ($p<0.05$). Yapılan post hoc testi sonucunda; okumamış ve ilkokul mezunu kişilerin sağlık bakımına uyum puanlarının, ortaokul ve üzeri eğitim kurumlarından mezun olan kişilere oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum okumamış ve ilkokul mezunu kişilerin sağlık bakımına uyumu, ortaokul ve üzeri eğitim kurumlarından mezun olan kişilere oranla daha kötüdür. Fakat lise ve üzeri eğitim kurumlarından mezun olan kişilerin sosyal çevreye uyum puanlarının, ortaokul ve altındaki eğitim kurumlarından mezun olan kişilere oranla daha yüksek olduğu göstermektedir. Sonuçlarımıza göre lise ve üzeri eğitim kurumlarından mezun olan kişilerin sosyal çevreye uyumu, ortaokul ve altındaki eğitim kurumlarından mezun olan kişilere oranla daha kötü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.17: Çalışma Durumu Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Çalışma Durumu					Tek Yönlü Varyans Analizi	
	Çalışan (n=15)	İşsiz (n=43)	Emekli (n=104)	Erken Emekli (n=17)	Hastalık Sebebiyle İşi Bırakan (n=51)		
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	F	p
Sağlık Bakımına Uyum	12±5	15±3	13±4	15±2	14±4	2.090	.083
Mesleki Çevre	8±4	13±3	13±3	15±2	14±2	12.983	.000
Aile Çevresi	9±4	12±4	10±5	14±4	12±5	3.230	.013
Cinsel İlişki	7±4	12±3	12±3	11±3	11±4	6.177	.000
Geniş Aile İlişkileri	3±4	4±3	4±3	5±3	5±4	1.973	.100
Sosyal Çevre	10±7	10±4	9±4	11±4	10±4	.851	.494
Psikolojik Baskı	9±4	12±5	11±5	16±4	13±5	5.006	.001
PAIS-SR (Toplam)	59±15	77±18	74±19	86±17	80±20	5.182	.001

Tablo 4.17.'de hastaların çalışma durumu ile sağlık bakımına uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Bulgularımıza göre çalışma durumuna ile mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, algılanan psikolojik baskı ve PAIS-SR toplam puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan post hoc testi sonucunda; işsiz, emekli, erken emekli ve hastalık nedeniyle işi bırakan kişilerin sağlık bakımına, cinsel ilişkide, psikolojik baskı ve PAIS-SR toplam puanlarının, çalışan kişilere oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir ve uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır. Bu durum işsiz, emekli, erken emekli ve hastalık nedeniyle işi bırakan kişilerin sağlık bakımına, cinsel ilişkide, psikolojik baskı ve psikososyal uyumu, çalışan kişilere oranla daha kötüdür. Ayrıca erken emekli ve hastalık nedeniyle işi bırakan kişilerin aile çevresine uyum puanlarının, çalışan işsiz ve emekli kişilere oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Sonuçlarımız doğrultusunda erken emekli ve hastalık nedeniyle işi bırakan kişilerin aile çevresine uyumu, çalışan işsiz ve emekli kişilere oranla daha kötü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.18: Yaşanan Yere Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Yaşanan Yer		Bağımsız Örnekler T-Testi	
	İstanbul (n=193)	Köy (n=37)	t	p
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
Sağlık Bakımına Uyum	14±4	14±3	.296	.767
Mesleki Çevre	13±3	13±3	-.242	.809
Aile Çevresi	12±5	10±4	2.400	.017
Cinsel İlişki	12±4	10±4	2.205	.028
Geniş Aile İlişkileri	5±3	3±3	3.405	.001
Sosyal Çevre	10±4	7±4	3.797	.000
Psikolojik Baskı	12±5	12±5	-.220	.826
PAIS-SR (Toplam)	77±19	69±18	2.402	.017

Tablo 4.18.'de Yaşanan yere göre karşılaştırıldığında hastaların; sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı, puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımıza göre hastaların yaşadığı yer ile aile çevresine uyum ($t=2.400$, $p=.017$), cinsel ilişkide uyum ($t=2.205$, $p=.028$), geniş aile ilişkilerinde uyum ($t=3.405$, $p=.001$), sosyal çevreye uyum ($t=3.797$, $p=.000$) ve PAIS-SR toplam ($t=2.402$, $p=.017$) puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır ($p<0.05$). Ortalamalara bakıldığında; İstanbul'da yaşayan hastaların; aile çevresine, cinsel ilişkide, sosyal çevreye ve PAIS-SR toplam puanlarının, köyde yaşayan kişilere oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum İstanbul'da yaşayan hastaların aile çevresine, cinsel ilişkide, sosyal çevreye ve PAIS-SR toplam, köyde yaşayan hastalara oranla daha kötü olduğu yansıtmaktadır.

Tablo 4.19: Beraber Yaşanan Bireylere Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Beraber Yaşanan Bireyler		Bağımsız Örnekler T-Testi	
	Yalnız (n=29)	Eş veya Çocuk (n=201)	t	p
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
Sağlık Bakımına Uyum	14±4	14±4	.477	.634
Mesleki Çevre	14±3	13±3	1.261	.209
Aile Çevresi	15±5	11±4	5.026	.000
Cinsel İlişki	12±3	11±4	1.390	.166
Geniş Aile İlişkileri	6±4	4±3	2.492	.013
Sosyal Çevre	12±5	10±4	3.092	.002
Psikolojik Baskı	13±4	12±5	.844	.400
PAIS-SR (Toplam)	86±19	74±19	3.142	.002

Tablo 4.19.'da Beraber yaşayan bireylere göre sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, cinsel ilişkide uyum, algılanan psikolojik baskı puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımıza göre beraber yaşayan bireylere göre aile çevresine uyum ($t=5.026$, $p=.000$), geniş aile ilişkilerinde uyum ($t=2.492$, $p=.013$), sosyal çevreye uyum ($t=3.092$, $p=.002$) ve PAIS-SR toplam ($t=3.142$, $p=.002$) puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır ($p<0.05$). Ortalamalara bakıldığında; yalnız yaşayan hastaların aile çevresine, geniş aile ilişkilerinde, sosyal çevreye ve tüm psikososyal uyum puanlarının, eşi veya çocukları ile yaşayan hastalara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Sonuçlarımıza göre yalnız yaşayan kişilerin aile çevresine, geniş aile ilişkilerinde, sosyal çevreye ve psikososyal uyumu, eşi veya çocukları ile yaşayan kişilere oranla daha kötü olduğu görülmektedir.

Tablo 4.20: Sosyal Güvence Durumuna Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Sosyal Güvence Durumu		Bağımsız Örnekler T-Testi	
	Yok (n=29)	Var (n=201)	t	p
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
Sağlık Bakımına Uyum	14±4	14±4	.637	.525
Mesleki Çevre	13±4	13±3	.027	.979
Aile Çevresi	13±5	11±5	1.537	.126
Cinsel İlişki	11±4	12±3	-.742	.459
Geniş Aile İlişkileri	5±3	4±3	.560	.576
Sosyal Çevre	10±5	10±4	.132	.895
Psikolojik Baskı	11±5	12±5	-1.215	.226
PAIS-SR (Toplam)	77±21	76±19	.194	.846

Tablo 4.20.'de Sosyal güvence durumuna göre sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve PAIS-SR toplam puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.21: Gelir Düzeyine Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Gelir Düzeyi		Bağımsız Örnekler T-Testi	
	Yetersiz (n=148)	Yeterli (n=82)	t	p
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
Sağlık Bakımına Uyum	14±4	13±4	1.990	.048
Mesleki Çevre	14±3	12±4	2.880	.004
Aile Çevresi	12±5	9±4	5.320	.000
Cinsel İlişki	12±4	11±4	1.374	.171
Geniş Aile İlişkileri	5±3	4±3	2.341	.020
Sosyal Çevre	10±4	9±4	2.413	.017
Psikolojik Baskı	13±5	11±5	3.071	.002
PAIS-SR (Toplam)	80±18	69±19	4.217	.000

Tablo 4.21. 'de Gelir düzeyine göre cinsel ilişkide uyum puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımıza göre gelir düzeyine göre sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve PAIS-SR toplam puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan post hoc testi sonucunda; gelir düzeyi yetersiz olan hastaların sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve toplam psikososyal uyum puanlarının gelir düzeyi yeterli olan hastalara oranla daha yüksek ve uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır.

4.3.2. Hastaların Sigara Kullanım Alışkanlıklarının ile Psikososyal Uyum ve PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.22: Sigara Kullanım Alışkanlıklarına Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sigara Kullanım Alışkanlığı	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişki	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Baskı	PAIS-SR (Toplam)
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$
Sigara Kullanma Durumu								
Hiç içmeyen	14±4	13±3	10±4	11±4	3±3	9±4	10±6	70±19
Bırakan	13±4	14±3	12±5	12±3	4±3	10±4	12±5	77±17
Sigara Kullanan	15±4	12±4	11±6	11±5	5±4	9±5	11±4	74±26
F	2.433	2.592	1.215	1.062	1.750	2.347	2.509	1.972
P	.090	.077	.299	.347	.176	.098	.084	.141
Sigara Kullanma Süresi								
15-24 Yıl	13±4	12±4	11±5	10±3	4±3	10±4	12±5	72±20
25-34 Yıl	13±4	13±3	11±5	11±3	5±3	11±5	13±5	77±20
35-44 Yıl	14±4	14±3	12±5	12±3	5±3	10±5	11±4	77±18
45 Yıl ve Üzeri	15±4	14±3	12±5	12±3	4±3	9±4	12±4	77±19
F	2.613	1.292	.159	2.164	.217	1.219	.908	.523
P	.053	.278	.924	.094	.884	.304	.438	.667
Günlük Kullanılan Sigara Miktarı								
1 Paketin Altında	13±4	13±3	11±5	12±3	4±3	11±4	12±4	75±19
1-2 Paket Arası	14±4	14±3	11±5	12±3	5±3	10±4	12±5	77±19
2 Paketin üzerinde	14±4	13±4	11±5	11±4	5±3	9±5	12±5	75±21
F	.549	1.157	.106	.013	.484	.870	.033	.085
P	.578	.317	.900	.987	.617	.421	.967	.918
Sigarayı Bırakma Süresi								
1 Aydan Kısa Süre	15±4	12±4	11±6	11±5	4±4	9±5	11±5	73±2
1-12 Ay Arası	13±4	13±3	11±5	11±3	5±4	11±5	12±4	77±17
1-6 Yıl Arası	13±4	14±3	12±5	12±3	4±3	10±4	12±5	76±17
7-12 Yıl Arası	14±3	13±4	13±4	12±3	5±3	10±5	14±5	81±20
13-18 Yıl Arası	13±3	14±3	11±4	12±3	4±3	10±4	12±4	75±14
19 Yıl ve Üzeri	14±3	14±3	11±5	12±3	5±3	10±4	13±5	78±18
F	1.286	1.018	.649	.522	.564	.765	1.043	.484
P	.271	.408	.663	.759	.727	.576	.394	.788
Sigarayı Bırakma Nedeni								
Bırakmayan	15±4	12±4	10±6	11±5	4±4	8±5	11±5	71±24
KOAH Sebebiyle	13±4	14±3	12±4	12±3	5±3	11±4	13±5	78±17
Diğer Sebeplerle	14±3	13±3	11±5	12±3	4±3	9±4	11±5	73±19
F	3.102	4.687	1.240	.577	.397	2.556	1.579	1.181
P	.047	.010	.292	.562	.673	.080	.209	.309
Pasif İçicilik								
Hayır	14±4	13±3	11±5	12±3	4±3	10±4	12±5	75±18
Evet	14±4	13±3	12±5	11±4	5±4	10±5	12±5	78±21
t	.504	1.081	-1.325	.194	-3.469	-1.160	-1.109	-1.147
P	.615	.281	.187	.846	.001	.247	.269	.252

F= tek yönlü varyans analizi (ANOVA) , t= bağımsız örnekler t testi

Tablo 4.22.'de Hastaların sigarayı kullanım alışkanlıklarına göre karşılaştırıldığında; hastaların sigara kullanma durumu, sigara kullanma süresi, günlük kullanılan sigara miktarı, sigarayı bırakma süresi ile sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve toplam psikososyal uyum puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı belirtilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.22.'de Sigarayı bırakma nedeni ile aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve toplam psikososyal uyum puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı belirtilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımıza göre sigarayı bırakmayan hastaların sağlık bakımına uyumu sigarayı KOAH veya diğer nedenlerle bırakan hastalara oranla daha kötü olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). KOAH sebebiyle sigara bırakma ile mesleki çevreye uyum puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan post hoc testi sonucunda; KOAH sebebiyle sigara kullanmayı bırakan hastaların mesleki çevreye uyum puanlarının, sigara kullanmayı bırakmayan ve diğer sebeplerle bırakan kişilere oranla daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.22.'de Pasif içicilik ile sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve toplam psikososyal uyum puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Sonuçlarımıza göre bulunduğu ortamda sigara kullanan kişi olma durumuna göre test edildiğinde kişilerin; geniş aile ilişkilerinde uyum ($t=-3.469$, $p=.001$) puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ortalamalara bakıldığında; bulunduğu ortamda sigara kullanan biri olan hastaların geniş aile ilişkilerinde uyum puanlarının, bulunduğu ortamda sigara kullanan biri olmayan hastalara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre bulunduğu ortamda sigara kullanan biri olan hastaların geniş aile ilişkilerinde uyumu, bulunduğu ortamda sigara kullanan biri olmayan hastalara oranla daha kötü olduğu belirlenmiştir.

4.3.3. Hastaların Sağlık Durumu Özellikleri ile PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.23: Hastalığı İle İlgili Bilgi Alma Durumuna Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Hastalığı İle İlgili Bilgi Alma Durumu		Bağımsız Örnekler T-Testi	
	Hayır (n=118)	Evet (n=112)	t	p
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
Sağlık Bakımına Uyum	15±3	13±4	5.298	.000
Mesleki Çevre	13±4	14±3	-1.138	.257
Aile Çevresi	11±5	11±4	.767	.444
Cinsel İlişki	12±4	11±3	.782	.435
Geniş Aile İlişkileri	4±3	4±3	-.074	.941
Sosyal Çevre	9±4	10±5	-2.036	.043
Psikolojik Baskı	12±5	12±5	.441	.660
PAIS-SR (Toplam)	77±20	75±19	.752	.453

Tablo 4.23.'te Hastalığı ile ilgili bilgi alma durumuna göre mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, algılanan psikolojik baskı ve toplam psikososyal uyum puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımıza göre hastalığı ile ilgili bilgi alma durumu ile sağlık bakımına uyum ($t=5.298$, $p=.000$), sosyal çevreye uyum ($t=-2.036$, $p=.043$) puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır ($p<0.05$). Ortalamalara bakıldığında; hastalığı ile ilgili bilgi almamış hastaların sağlık bakımına uyum puanlarının, bilgi almış hastalara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Hastalığı ile ilgili bilgi almamış bireylerin sağlık bakımına uyumu, bilgi almış hastalara oranla daha kötüdür. Fakat hastalığı ile ilgili bilgi almış kişilerin sosyal çevreye uyum puanlarının, bilgi almamış kişilere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4.24: KOAH Tanısı Alınan Süreye Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	KOAH Tanısı alınan süre				Tek Yönlü Varyans Analizi	
	1 Yıl ve Altında (n=40)	2-6 Yıl Arası (n=78)	7-11 Yıl Arası (n=58)	12 Yıl ve Üzerinde (n=54)	F	p
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
Sağlık Bakımına Uyum	13±4	14±4	15±3	13±4	2.674	.048
Mesleki Çevre	11±4	13±3	14±3	14±2	10.177	.000
Aile Çevresi	10±5	11±5	12±4	11±4	2.861	.038
Cinsel İlişki	11±4	11±4	12±3	12±3	1.615	.187
Geniş Aile İlişkileri	4±4	4±3	5±3	4±3	.861	.462
Sosyal Çevre	8±5	10±4	11±4	10±4	2.178	.091
Psikolojik Baskı	11±5	11±4	14±5	12±5	3.776	.011
PAIS-SR (Toplam)	68±22	74±19	83±18	77±17	5.191	.002

Tablo 4.24.'te KOAH Tanısı alınan süreye göre cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımıza göre KOAH Tanısı alınan süre ile sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, algılanan psikolojik baskı ve toplam psikososyal uyum puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan post hoc testi sonucunda; KOAH Tanısı alınan süre üzerinden 7-11 yıl geçen hastaların, 6 yıl ve altında süredir KOAH tanısı alan hastalara oranla sağlık bakımına, mesleki çevreye, aile çevresine, psikolojik baskıya ve toplam psikososyal uyum puanlarının daha yüksek ve uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.25: KOAH Dışında Hastalık Olması Durumuna Göre Psikososyal Uyum ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

KOAH Dışında Hastalık Olması Durumu	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişki	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Baskı	PAIS-SR (Toplam)
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$
KOAH Dışında Hastalık								
Yok	13±4	13±3	11±5	10±4	4±4	10±5	11±5	72±21
Var	14±3	14±3	11±5	12±3	4±3	10±4	12±5	78±18
t	-1.063	-1.944	-1.073	-3.503	-.080	-.822	-1.921	-2.128
P	.289	.053	.284	.001	.936	.412	.056	.034
Tanı Konan Diğer Hastalık Sayısı								
Yok	13±4	13±3	11±5	10±4	4±4	10±5	11±5	72±21
1 Hastalık	13±3	13±4	11±4	12±3	4±3	10±4	12±4	75±17
2 Hastalık	15±3	14±2	12±5	12±3	5±3	10±4	13±5	82±16
3 ve Üzeri Hast.	13±4	14±3	11±5	12±3	4±3	10±5	12±5	77±19
F	3.671	2.954	1.193	4.735	.604	.386	1.421	2.631
P	.013	.033	.313	.003	.613	.764	.238	.051
KOAH +Akciğer CA								
Yok	14±4	13±3	11±5	11±4	4±3	10±4	12±5	75±19
Var	15±3	14±5	11±4	13±3	6±3	12±4	12±4	82±15
t	-.841	-.457	-.146	-1.729	-1.395	-1.958	-.156	-1.322
P	.401	.648	.884	.085	.164	.051	.876	.187

F=tek yönlü varyans analizi, t= bağımsız örnekler t testi

Tablo 4.25.'te KOAH dışında hastalık olması durumuna göre sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı belirtilmiştir ($p>0.05$).

Sonuçlarımıza göre tanı konan başka hastalık olması durumu ile cinsel ilişkide uyum ($t=-3.503$, $p=.001$) ve toplam psikososyal uyum ($t=-2.128$, $p=.034$) puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). sonuçlarımız doğrultusunda ortalamalara bakıldığında; tanı konmuş başka bir hastalığı daha olan kişilerin, olmayan kişilere oranla cinsel ilişkide ve toplam psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu ve psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.25.'te Tanı konan diğer hastalık sayısı ile aile çevresine uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve toplam psikososyal uyum puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımıza göre tanı konan diğer hastalık sayısı ile sağlık bakımına uyum ($F=3.671$, $p=.013$), mesleki çevreye uyum ($F=2.954$, $p=.033$), cinsel ilişkide uyum ($F=4.735$, $p=.003$) puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan post hoc testi sonucunda; KOAH dışında tanı konan 2 ve üzerinde hastalığı olan hastaların, tanı konan diğer hastalığı olmayan ve 1 hastalığı olan hastalara oranla sağlık bakımına, mesleki çevreye uyum puanlarının daha yüksek olduğu ve uyumlarının daha kötü olduğu bulunmuştur. Ayrıca KOAH dışında tanı konan hastalığı olmayan bireylerin cinsel ilişkide uyumu daha iyi olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.25.'te Akciğer kanseri tanısı alma durumuna göre test edildiğinde hastaların; sağlık bakımına uyum ($t=-.841$, $p=.401$), mesleki çevreye uyum ($t=-.457$, $p=.648$), aile çevresine uyum ($t=-.146$, $p=.884$), cinsel ilişkide uyum ($t=-1.729$, $p=.085$), geniş aile ilişkilerinde uyum ($t=-1.395$, $p=.164$), sosyal çevreye uyum ($t=-1.958$, $p=.051$), algılanan psikolojik baskı ($t=-.156$, $p=.876$) ve psikososyal uyum ($t=-1.322$, $p=.187$) puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.26: KOAH'ın Yaşamı Etkileme Düzeyi Durumuna Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	KOAH'ın Yaşamı Etkileme Düzeyi			Tek Yönlü Varyans Analizi	
	Etkisi Düşük (n=15)	Etkisi Orta (n=46)	Etkisi Yüksek (n=169)	F	p
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
Sağlık Bakımına Uyum	13±5	13±4	14±4	3.553	.030
Mesleki Çevre	9±4	11±4	14±2	39.571	.000
Aile Çevresi	7±5	10±5	12±4	12.711	.000
Cinsel İlişki	10±6	10±4	12±3	5.681	.004
Geniş Aile İlişkileri	2±3	4±3	5±3	4.228	.016
Sosyal Çevre	5±4	8±5	11±4	15.578	.000
Psikolojik Baskı	8±4	10±5	13±5	11.249	.000
PAIS-SR (Toplam)	54±23	66±19	80±16	24.450	.000

Tablo 4.26.'da KOAH'ın yaşamı etkileme düzeyi ile sağlık bakımına uyum (F=3.553, p=.030), mesleki çevreye uyum (F=39.571, p=.000), aile çevresine uyum (F=12.711, p=.000), cinsel ilişkide uyum (F=5.681, p=.004), geniş aile ilişkilerinde uyum (F=4.228, p=.016), sosyal çevreye uyum (F=15.578, p=.000), algılanan psikolojik baskı (F=11.249, p=.000) ve toplam psikososyal uyum (F=24.450, p=.000) puanları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır (p<0.05). Yapılan post hoc testi sonucunda; hastalığın yaşamını yüksek düzeyde etkilediğini belirten hastaların, orta düzeyin altında etkilediğini belirten hastalara oranla sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve tüm psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu ve uyumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir. Sonuçlarımız doğrultusunda hastalığın yaşamını yüksek düzeyde etkilediğini belirten hastaların, tüm psikososyal uyum alt boyutlarının ve genel psikososyal uyumlarının kötü olduğunu görülmektedir.

Tablo 4.27: Bireyin Sağlık Durumu Algısı Durumuna Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Sağlık Durumu Algısı				Tek Yönlü Varyans Analizi	
	Çok Kötü (n=32)	Kötü (n=71)	Orta (n=93)	İyi (n=34)		
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	F	p
Sağlık Bakımına Uyum	16±3	13±3	14±3	11±4	9.402	.000
Mesleki Çevre	16±2	14±2	13±3	11±4	19.638	.000
Aile Çevresi	16±4	12±4	11±5	6±3	34.054	.000
Cinsel İlişki	14±3	12±3	11±3	9±4	11.856	.000
Geniş Aile İlişkileri	7±3	5±3	4±3	2±2	14.758	.000
Sosyal Çevre	13±3	11±4	9±4	6±5	20.970	.000
Psikolojik Baskı	16±4	13±4	11±5	8±4	17.981	.000
PAIS-SR (Toplam)	96±12	80±12	74±17	53±18	47.054	.000

Tablo 4.27 'de Bireyin sağlık durumu algısı ile sağlık bakımına uyum (F=9.402, p=.000), mesleki çevreye uyum (F=19.638, p=.000), aile çevresine uyum (F=34.054, p=.000), cinsel ilişkide uyum (F=11.856, p=.000), geniş aile ilişkilerinde uyum (F=14.758, p=.000), sosyal çevreye uyum (F=20.970, p=.000), algılanan psikolojik baskı (F=17.981, p=.000) ve psikososyal uyum (F=47.054, p=.000) puanları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirtilmiştir (p<0.05). Yapılan post hoc testi sonucunda; sağlık durumunu kötü ve çok kötü algıladığını belirten hastaların, orta ve iyi algıladığını belirten hastalara oranla; sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve toplam psikososyal uyum puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır. Bu durum sağlık durumu kötü ve çok kötü algıladığını belirten hastaların, tüm psikososyal uyum alt boyutlarının ve genel psikososyal uyumlarının kötü olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.28: Semptom Görülme Sıklığı İfadesine Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Semptom Sıklığı İfadesi					Tek Yönlü Varyans Analizi	
	Hergün (n=66)	Haftada 2-3 Kere (n=39)	Haftada 1 Kere (n=32)	Ayda Birkaç Kereden Az (n=40)	Nadiren (n=53)		
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	F	p
Sağlık Bakımına Uyum	14±4	13±4	14±3	14±4	14±4	.218	.928
Mesleki Çevre	14±3	13±4	14±3	13±3	12±3	3.254	.013
Aile Çevresi	12±5	11±5	12±5	11±5	10±5	2.687	.032
Cinsel İlişki	12±4	12±4	12±4	11±4	11±3	.898	.466
Geniş Aile İlişkileri	5±4	4±3	4±3	4±3	4±3	2.313	.059
Sosyal Çevre	11±5	9±4	11±3	9±5	9±4	3.099	.016
Psikolojik Baskı	12±5	11±5	13±5	13±5	11±4	1.450	.219
PAIS-SR (Toplam)	81±17	73±20	80±19	76±22	70±18	3.137	.015

Tablo 4.28.'de Hastaların semptom görme sıklığını ifadesi ile sağlık bakımına uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, algılanan psikolojik baskı puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımıza göre hastaların semptom görme sıklığını ifadesi ile mesleki çevreye uyum ($F=3.254$, $p=.013$), aile çevresine uyum ($F=2.687$, $p=.032$), sosyal çevreye uyum ($F=3.099$, $p=.016$) ve psikososyal uyum ($F=3.137$, $p=.015$) puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan post hoc testi sonucunda; semptom sıklığı haftada 1 kereden fazla olan hastaların, ayda birkaç kereden az semptom yaşayan hastalara oranla mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, sosyal çevreye uyum ve toplam psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu ve genel psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.29: Fiziksel Güç Kaybı Düzeyine Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Fiziksel Güç Kaybı Düzeyi			Tek Yönlü Varyans Analizi	
	Güç Kaybı Az (n=22)	Güç Kaybı Orta (n=65)	Güç Kaybı Çok (n=143)		
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	F	p
Sağlık Bakımına Uyum	11±4	13±4	14±4	9.441	.000
Mesleki Çevre	10±3	12±3	15±2	47.793	.000
Aile Çevresi	6±4	10±4	13±4	35.990	.000
Cinsel İlişki	8±4	11±4	12±3	15.769	.000
Geniş Aile İlişkileri	2±3	3±3	5±3	10.873	.000
Sosyal Çevre	7±5	8±4	11±4	18.508	.000
Psikolojik Baskı	10±5	11±5	13±5	7.028	.001
PAIS-SR (Toplam)	54±19	67±19	83±15	43.005	.000

Tablo 4.29’da Fiziksel güç kaybı düzeyine göre sağlık bakımına uyum (F=9.441, p=.000), mesleki çevreye uyum (F=47.793, p=.000), aile çevresine uyum (F=35.990, p=.000), cinsel ilişkide uyum (F=15.769, p=.000), geniş aile ilişkilerinde uyum (F=10.873, p=.000), sosyal çevreye uyum (F=18.508, p=.000), algılanan psikolojik baskı (F=7.028, p=.001) ve psikososyal uyum (F=43.005, p=.000) puanları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır (p<0.05). Bulgularımıza göre yapılan post hoc testi sonucunda; fiziksel güç kaybının orta ve üzerinde olduğunu belirten hastaların, az olduğunu belirten hastalara oranla; fiziksel güç kaybının çok olduğunu belirten hastaların, orta olduğunu belirten hastalara oranla sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve toplam psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum fiziksel güç kaybının orta ve üzerinde olduğunu belirten kişilerin, az olduğunu belirten kişilere oranla; fiziksel güç kaybının çok olduğunu belirten kişilerin, orta olduğunu belirten kişilere oranla sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve tüm psikososyal uyumu daha kötü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.30: Uyku Durumuna Göre PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Uyku Durumu			Tek Yönlü Varyans Analizi	
	Uykusuzluk Yaşamıyor (n=83)	Bazen Yaşiyor (n=73)	Çok Yaşiyor (n=74)	F	p
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
Sağlık Bakımına Uyum	13±4	14±3	14±4	1.961	.143
Mesleki Çevre	12±4	13±3	15±2	19.663	.000
Aile Çevresi	9±4	12±5	13±4	19.118	.000
Cinsel İlişki	10±3	12±4	13±3	13.347	.000
Geniş Aile İlişkileri	3±3	5±3	5±3	10.930	.000
Sosyal Çevre	8±4	10±4	12±4	11.558	.000
Psikolojik Baskı	11±5	12±5	14±4	7.980	.000
PAIS-SR (Toplam)	66±18	79±19	84±15	23.327	.000

Tablo 4.30.'da Uyku durumuna göre sağlık bakımına uyum ($F=1.961$, $p=.143$) ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımıza göre uyku durumu ile mesleki çevreye uyum ($F=19.663$, $p=.000$), aile çevresine uyum ($F=19.118$, $p=.000$), cinsel ilişkide uyum ($F=13.347$, $p=.000$), geniş aile ilişkilerinde uyum ($F=10.930$, $p=.000$), sosyal çevreye uyum ($F=11.558$, $p=.000$), algılanan psikolojik baskı ($F=7.980$, $p=.000$) ve toplam psikososyal uyum ($F=23.327$, $p=.000$) puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan post hoc testi sonucunda; çok uykusuzluk yaşadığını belirten hastaların, yaşamadığını belirten ve bazen uykusuzluk yaşadığını belirten hastalara oranla mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve genel psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu ve bu alanlarda uyumlarının daha kötü olduğu bulunmuştur.

4.3.4. Hastaların Tedaviye İlişkin Özellikleri İle PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.31: Hastaneye Başvuru Sıklığına Göre Psikososyal Uyum ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Hastaneye Başvuru Sıklığı					Tek Yönlü Varyans Analizi	
	Ayda 2 Kere (n=65)	Ayda 1 Kere (n=58)	3 Ayda 1 Kere (n=49)	6 Ayda 1 Kere (n=24)	Yılda 1 Kere (n=34)	F	p
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
Sağlık Bakımına Uyum	14±4	14±3	13±4	14±4	14±4	.234	.919
Mesleki Çevre	14±3	14±3	13±3	12±3	13±3	1.855	.119
Aile Çevresi	12±5	13±5	10±5	11±4	9±5	4.593	.001
Cinsel İlişki	11±4	12±3	11±4	12±3	11±3	1.709	.149
Geniş Aile İlişkileri	4±3	6±4	4±3	4±3	4±3	2.633	.035
Sosyal Çevre	10±4	11±4	9±4	10±5	9±5	2.044	.089
Psikolojik Baskı	12±5	13±5	12±5	10±4	11±4	1.473	.211
PAIS-SR (Toplam)	77±18	82±20	72±20	72±15	71±19	3.130	.016

Tablo 4.31.'de Hastaneye başvuru sıklığına göre test edildiğinde hastaların; sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, cinsel ilişkide uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımız; hastaneye başvuru sıklığına göre test edildiğinde hastaların; aile çevresine uyum ($F=4.593$, $p=.001$), geniş aile ilişkilerinde uyum ($F=2.633$, $p=.035$) ve toplam psikososyal uyum ($F=3.130$, $p=.016$) puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan post hoc testi sonucunda; hastaneye başvurma sayısı ayda 1-2 kez hastaneye başvuran hastaların, 3 ayda bir kez ve altında başvuran hastalara oranla aile çevresine, geniş aile ilişkilerinde ve genel psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu ve psikososyal uyumu daha kötü olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.32: Kontrol Sıklığına Göre Psikososyal Uyum ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Kontrol Sıklığı		Bağımsız Örnekler T-Testi	
	Düzenli Değil-Bazen (n=51)	Düzenli (n=179)	t	p
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
Sağlık Bakımına Uyum	14±4	14±4	-.119	.905
Mesleki Çevre	12±4	14±3	-3.870	.000
Aile Çevresi	11±5	11±5	-.420	.675
Cinsel İlişki	11±5	12±3	-1.940	.054
Geniş Aile İlişkileri	4±3	4±3	-.099	.922
Sosyal Çevre	10±5	10±4	-.330	.742
Psikolojik Baskı	10±5	12±5	-2.575	.011
PAIS-SR (Toplam)	71±20	77±19	-1.858	.064

Tablo 4.32.'de Hastaların kontrollere gitme sıklığına göre test edildiğinde hastaların; sağlık bakımına uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum , sosyal çevreye uyum ve psikososyal uyum puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımız; hastaların kontrollere gitme sıklığına göre test edildiğinde hastaların; mesleki çevreye uyum ($t=-3.870$, $p=.000$), algılanan psikolojik baskı ($t=-2.575$, $p=.011$) puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır ($p<0.05$). Ortalamalara bakıldığında; düzenli olarak kontrole giden hastaların, düzensiz ve bazen kontrollere giden hastalara oranla; mesleki çevreye, algılanan psikolojik baskıya uyum puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum düzenli olarak kontrole giden hastaların, düzensiz ve bazen kontrole giden hastalara oranla mesleki çevreye, algılanan psikolojik baskıya uyumu daha kötüdür.

Tablo 4.33: Hastaların İlaç Kullanım Durumuna Göre Psikososyal Uyum ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İlaç Kullanım Durumu	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişki	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Baskı	PAIS-SR (Toplam)
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$
İlaç Kullanım Süresi								
1 Yıldan Az	13±4	11±4	9±6	11±5	4±4	8±5	11±5	67±23
1-3 Yıl Arası	14±3	13±3	11±4	11±3	4±4	10±3	11±5	73±16
4-6 Yıl Arası	14±4	13±3	12±5	12±3	4±3	11±5	12±4	76±19
7-9 Yıl Arası	15±3	14±3	13±4	12±3	5±3	11±5	13±5	82±17
10-12 Yıl Arası	15±4	15±2	12±4	12±3	5±3	11±4	14±5	84±19
13 Yıl ve Üzeri	13±4	14±2	11±4	11±3	4±4	10±4	12±5	75±18
F	2.013	6.501	2.277	1.669	.824	1.854	2.833	3.909
P	.078	.000	.048	.143	.534	.104	.017	.002
İlaç Kullanım Düzeni								
Düzenli Değil	15±4	14±3	12±5	12±4	6±4	11±4	13±6	82±19
Düzenli	14±4	13±3	11±5	11±3	4±3	10±4	12±5	75±19
t	2.554	.547	1.495	.095	2.874	1.137	1.12	2.016
P	.011	.585	.136	.925	.004	.257	.264	.045
İlaçların Yan Etkisi								
Yok	14±4	13±3	11±5	11±4	4±3	10±4	12±5	76±19
Var	13±4	13±3	12±5	12±3	5±4	10±4	13±5	78±20
t	1.646	-.353	-.578	-.695	-2.087	-.140	-.824	-.614
P	.101	.724	.564	.488	.038	.889	.411	.540

F=tek yönlü varyans analizi, t= bağımsız örnekler t testi

Tablo 4.33.'te İlaç kullanımı süresine göre test edildiğinde hastaların; sağlık bakımına uyum (F=2.013, p=.078), cinsel ilişkide uyum (F=1.669, p=.143), geniş aile ilişkilerinde uyum (F=.824, p=.534), sosyal çevreye uyum (F=1.854, p=.104) puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05).

Bulgularımıza göre ilaç kullanım süresi ile mesleki çevreye uyum (F=6.501, p=.000), aile çevresine uyum (F=2.277, p=.048), algılanan psikolojik baskı (F=2.833, p=.017) ve psikososyal uyum (F=3.909, p=.002) puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır (p<0.05). Yapılan post hoc testi

sonucunda; 10-12 yıl arasında süre ile ilaç kullanan kişilerin, 9 yılın altında süredir ilaç kullanan kişilere oranla mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, algılanan psikolojik baskı ve toplam psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Buna göre 10-12 yıl arasında süre ile ilaç kullanan kişilerin, 9 yılın altında süredir ilaç kullanan kişilere oranla mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, algılanan psikolojik baskı ve psikososyal uyumu daha kötüdür. Ayrıca 1 yıl ve üzerinde süre ile ilaç kullanan kişilerin, 1 yılın altında süredir ilaç kullanan kişilere oranla mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, algılanan psikolojik baskı ve toplam psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Buna göre 1 yıl ve üzerinde süre ile ilaç kullanan kişilerin, 1 yılın altında süredir ilaç kullanan kişilere oranla mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, algılanan psikolojik baskı ve psikososyal uyumu daha kötü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.33.'te İlaç kullanım düzenine göre test edildiğinde hastaların; mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımız; ilaç kullanım düzenine göre test edildiğinde hastaların; sağlık bakımına uyum ($t=2.554$, $p=.011$), geniş aile ilişkilerinde uyum ($t=2.874$, $p=.004$) ve psikososyal uyum ($t=2.016$, $p=.045$) puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır ($p<0.05$). Ortalamalara bakıldığında; düzenli olarak ilaç kullanmayan hastaların, düzenli olarak ilaç kullanan hastalara oranla sağlık bakımına uyum, aile çevresine uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum ve toplam psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Buna göre, düzenli olarak ilaç kullanmayan hastaların, düzenli olarak ilaç kullanan hastalara oranla sağlık bakımına uyumu, aile çevresine uyumu, geniş aile ilişkilerinde uyumu ve toplam psikososyal uyumu daha kötü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.33.'te İlaç yan etkisi görme durumuna göre test edildiğinde kişilerin; sağlık bakımına uyum ($t=1.646$, $p=.101$), mesleki çevreye uyum ($t=-.353$, $p=.724$), aile çevresine uyum ($t=-.578$, $p=.564$), cinsel ilişkide uyum ($t=-.695$, $p=.488$), sosyal çevreye uyum ($t=-.140$, $p=.889$), algılanan psikolojik baskı ($t=-.824$, $p=.411$) ve

psikososyal uyum ($t=-.614$, $p=.540$) puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımızın; ilaç yan etkisi görme durumuna göre test edildiğinde kişilerin; geniş aile ilişkilerinde uyum ($t=-2.087$, $p=.038$) puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır ($p<0.05$). Ortalamalara bakıldığında; kullandığı ilacın yan etkilerini gören kişilerin, görmeyen kişilere oranla geniş aile ilişkilerinde uyum puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir ve psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir.



Tablo 4.34: Tedaviye Yardımcı Cihaz Kullanımı İle Psikososyal Uyum ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tedaviye Yardımcı Cihaz Kullanım Durumu	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişki	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Baskı	PAIS-SR (Toplam)
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$
Tedaviye Yardımcı Cihaz Kullanımı								
Yok	13±4	11±4	10±5	11±5	4±4	9±6	10±5	69±22
Var	14±4	14±3	12±5	12±3	4±3	10±4	12±5	78±18
t	-1.016	-4.697	-1.861	-1.258	-.621	-.983	-3.163	-2.799
P	.311	.000	.064	.210	.535	.326	.002	.006
Nebülizator Kullanımı								
Yok	13±5	12±4	10±6	11±4	4±4	9±5	10±5	70±22
Var	14±3	14±3	12±4	12±3	4±3	10±4	12±5	78±18
t	-1.108	-3.940	-1.965	-.921	-.779	-.943	-2.909	-2.616
P	.269	.000	.051	.358	.437	.347	.004	.009
CPAP Kullanımı								
Yok	14±4	13±3	11±5	11±4	4±3	10±5	12±5	75±20
Var	13±3	15±2	12±4	12±3	4±3	11±4	14±5	80±16
t	-.560	-3.194	-1.559	-.872	-.386	-1.209	-2.730	-1.861
P	.576	.002	.120	.384	.700	.228	.007	.064
Oksijen Kondansatörü Kullanımı								
Yok	14±4	12±4	11±5	11±4	4±3	10±5	11±5	73±21
Var	14±4	14±3	12±4	12±3	4±3	10±4	13±5	78±17
t	-.712	-4.683	-1.219	-.541	-.680	-1.096	-3.190	-2.192
P	.477	.000	.224	.589	.497	.274	.002	.029
Buhar Makinası Kullanımı								
Yok	14±4	13±3	11±5	11±4	4±3	10±4	12±5	75±19
Var	13±3	14±3	12±5	11±3	5±3	10±4	12±5	78±20
t	-.576	-.766	-1.092	-.028	-.809	-.647	-.525	-.704
P	.566	.444	.276	.978	.419	.518	.600	.482
t= bağımsız örnekler t testi								

Tablo 4.34.'te Tedaviye yardımcı cihaz kullanımına göre test edildiğinde hastaların; sağlık bakımına uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımız; tedaviye yardımcı cihaz kullanma durumuna göre test edildiğinde hastaların; mesleki çevreye uyum ($t=-4.697$, $p=.000$), algılanan psikolojik baskı ($t=-3.163$, $p=.002$) ve psikososyal uyum ($t=-2.799$, $p=.006$) puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır ($p<0.05$). Ortalamalara bakıldığında; tedaviye yardımcı bir cihaz kullanan kişilerin, kullanmayan kişilere oranla mesleki çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum; tedaviye yardımcı bir cihaz kullanan hastaların, kullanmayan hastalara oranla mesleki çevreye uyumunun, algılanan psikolojik baskıya uyumunun ve toplam psikososyal uyumunun daha kötü olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.34.'te Nebülizator kullanımına göre test edildiğinde hastaların; sağlık bakımına uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımız; Nebülizator kullanımına göre test edildiğinde hastaların; mesleki çevreye uyum ($t=-3.940$, $p=.000$), algılanan psikolojik baskı ($t=-2.909$, $p=.004$) ve psikososyal uyum ($t=-2.616$, $p=.009$) puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır ($p<0.05$). Ortalamalara bakıldığında; Nebülizator kullanan hastaların, kullanmayan hastalara oranla mesleki çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu ve bu alanlarda uyumu daha kötü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.34.'te CPAP kullanımına göre test edildiğinde hastaların; sağlık bakımına uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum ve toplam psikososyal uyum puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımız CPAP kullanma durumuna göre test edildiğinde hastaların; mesleki çevreye uyum ($t=-3.194$, $p=.002$), algılanan psikolojik baskı ($t=-2.730$, $p=.007$) puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır ($p<0.05$). Ortalamalara bakıldığında; CPAP kullanan hastaların, kullanmayan hastalara oranla mesleki çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve toplam psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. CPAP kullanan kişilerin, kullanmayan kişilere oranla mesleki çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve psikososyal uyumu daha kötü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.34.'te Oksijen kondansatörü kullanımına göre test edildiğinde hastaların; sağlık bakımına uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımız Oksijen kondansatörü kullanımına göre test edildiğinde hastaların; mesleki çevreye uyum ($t=-4.683$, $p=.000$), mesleki çevreye uyum ($t=-4.683$, $p=.000$), algılanan psikolojik baskı ($t=-3.190$, $p=.002$) ve psikososyal uyum ($t=-2.192$, $p=.029$) puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır ($p<0.05$). Ortalamalara bakıldığında; Oksijen konsantratörleri kullanan kişilerin, kullanmayan kişilere oranla mesleki çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Yani Oksijen konsantratörleri kullanan kişilerin, kullanmayan kişilere oranla mesleki çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve psikososyal uyumu daha kötü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.34.'te Buhar makinası kullanma durumuna göre test edildiğinde kişilerin; sağlık bakımına uyum ($t=.576$, $p=.566$), mesleki çevreye uyum ($t=-.766$, $p=.444$), aile çevresine uyum ($t=-1.092$, $p=.276$), cinsel ilişkide uyum ($t=.028$, $p=.978$), geniş aile ilişkilerinde uyum ($t=-.809$, $p=.419$), sosyal çevreye uyum ($t=-.647$, $p=.518$), algılanan psikolojik baskı ($t=-.525$, $p=.600$) ve psikososyal uyum ($t=-.704$, $p=.482$) puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.35: Tedaviye Yardımcı Olan Kişiyeye Göre Psikososyal Uyum ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Tedaviye Yardımcı Olan Kişi		Bağımsız Örnekler T-Testi	
	Yok (n=45)	Var (n=185)	t	p
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
Sağlık Bakımına Uyum	14±4	14±4	.525	.600
Mesleki Çevre	14±3	13±3	.786	.433
Aile Çevresi	15±5	10±4	5.506	.000
Cinsel İlişki	12±4	11±3	.886	.377
Geniş Aile İlişkileri	6±4	4±3	2.866	.005
Sosyal Çevre	11±5	9±4	2.776	.006
Psikolojik Baskı	13±5	12±5	2.236	.026
Psikososyal Uyum (Toplam)	84±18	74±19	3.439	.001

Tablo 4.35.'te Tedaviye yardımcı olan kişiyeye göre test edildiğinde hastaların; sağlık bakımına uyum, mesleki çevreyeye uyum, cinsel ilişkide uyum puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımız; tedaviye yardımcı olan kişiyeye olma durumuna göre test edildiğinde hastaların; aile çevresine uyum ($t=5.506$, $p=.000$), geniş aile ilişkilerinde uyum ($t=2.866$, $p=.005$), sosyal çevreyeye uyum ($t=2.776$, $p=.006$), algılanan psikolojik baskı ($t=2.236$, $p=.026$) ve psikososyal uyum ($t=3.439$, $p=.001$) puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır ($p<0.05$). Ortalamalara bakıldığında; tedaviye yardımcısı olmayan hastaların, tedaviye yardımcısı olan hastalara oranla; aile çevresine uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreyeye uyum, algılanan psikolojik baskı ve psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Tedaviye yardımcısı olmayan hastaların, tedaviye yardımcısı olan hastalara oranla aile çevresine uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreyeye uyum, algılanan psikolojik baskı ve psikososyal uyumu daha kötü olduğu saptanmıştır.

4.3.5. Hastaların Sosyal Aktivitelere Katılma Özellikleri İle Psikososyal Uyum ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.36: Sosyal Aktivitelere Katılımına Göre Psikososyal Uyum ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Sosyal Aktivitelere Katılma Durumu		Bağımsız Örnekler T-Testi	
	Yok (n=156)	Var (n=74)	t	p
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
Sağlık Bakımına Uyum	14±3	13±4	3.186	.002
Mesleki Çevre	14±3	12±4	5.187	.000
Aile Çevresi	12±4	9±5	4.541	.000
Cinsel İlişki	12±3	11±4	2.554	.011
Geniş Aile İlişkileri	5±3	3±3	3.410	.001
Sosyal Çevre	11±4	8±5	5.018	.000
Psikolojik Baskı	13±5	11±5	2.641	.009
Psikososyal Uyum (Toplam)	80±17	66±20	5.655	.000

Tablo 4.36.'da Sosyal aktivitelere katılma durumuna göre test edildiğinde hastaların; sağlık bakımına uyum ($t=3.186$, $p=.002$), mesleki çevreye uyum ($t=5.187$, $p=.000$), aile çevresine uyum ($t=4.541$, $p=.000$), cinsel ilişkide uyum ($t=2.554$, $p=.011$), geniş aile ilişkilerinde uyum ($t=3.410$, $p=.001$), sosyal çevreye uyum ($t=5.018$, $p=.000$), algılanan psikolojik baskı ($t=2.641$, $p=.009$) ve psikososyal uyum ($t=5.655$, $p=.000$) puanları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır ($p<0.05$). Bulgularımız doğrultusunda yapılan post hoc testi sonucunda; sosyal aktivitelere katılmadığını belirten hastaların, katıldığını belirten hastalara oranla, sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve toplam psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Sonuç olarak sosyal aktivitelere katılmadığını belirten hastaların, katıldığını belirten hastalara oranla sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve psikososyal uyumu daha kötü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.37: Evden Çıkmaktan Çekinme Durumuna Göre Psikososyal Uyum ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	Evden Çıkmaktan Çekinme Düzeyi			Tek Yönlü Varyans Analizi	
	Çekinmiyor (n=76)	Bazen Çekiniyor (n=54)	Çok Çekiniyor (n=100)	F	p
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
Sağlık Bakımına Uyum	13±4	14±3	14±4	.769	.465
Mesleki Çevre	11±4	13±3	15±2	27.983	.000
Aile Çevresi	9±5	11±5	13±4	14.406	.000
Cinsel İlişki	10±4	11±3	13±3	11.664	.000
Geniş Aile İlişkileri	3±3	4±3	5±3	6.532	.002
Sosyal Çevre	8±5	9±4	12±4	18.268	.000
Psikolojik Baskı	10±5	11±5	14±4	12.040	.000
Psikososyal Uyum (Toplam)	66±20	74±18	85±14	26.119	.000

Tablo 4.37.'de Evden çıkma konusunda çekinme durumuna göre test edildiğinde hastaların; sağlık bakımına uyum puanları ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bulgularımız; evden çıkma konusunda çekinme durumuna göre test edildiğinde hastaların; mesleki çevreye uyum ($F=27.983$, $p=.000$), aile çevresine uyum ($F=14.406$, $p=.000$), cinsel ilişkide uyum ($F=11.664$, $p=.000$), geniş aile ilişkilerinde uyum ($F=6.532$, $p=.002$), sosyal çevreye uyum ($F=18.268$, $p=.000$), algılanan psikolojik baskı ($F=12.040$, $p=.000$) ve psikososyal uyum ($F=26.119$, $p=.000$) puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptamıştır ($p<0.05$). Yapılan post hoc testi sonucunda; evden çıkma konusunda bazen ve çok çekindiğini belirten hastaların, çekinmediğini belirten hastalara oranla; çok çekindiğini belirten hastaların, bazen çekindiğini belirten hastalara oranla mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

4.4 KOAH Değerlendirme Ölçeği (CAT) İle Psikososyal Uyum Ölçeği (PAIS-SR) Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 4.38: CAT Alt Grupları İle Psikososyal Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

CAT Alt Grupları	İyi-Orta Psikososyal Uyum	Kötü Psikososyal Uyum	Ki-Kare
	n (%)	n (%)	χ^2/p
Hafif Semptom+Az Etkilenme	9 (33,3%)	14 (6,9%)	$\chi^2=41.12$ $p=.000$ *
Orta Semptom + Orta Etkilenme	16 (59,3%)	50 (24,6%)	
Ağır Semptom + Çok Etkilenme	1 (3,7%)	85 (41,9%)	
Çok Ağır Semptom + Çok Fazla Etkilenme	1 (3,7%)	54 (26,6%)	

Tablo 4.38.'de yer alan ki kare bağımsızlık testi sonuçlarına göre; CAT alt grupları ile psikososyal uyum düzeyleri ($\chi^2=41.12$, $p=.000$ *) değişkenlerinin birbirinden bağımsız olmadığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Ağır semptomları olan ve KOAH'tan çok etkilenen gruplar içerisinde kötü psikososyal uyum gösteren hasta oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak semptom düzeyi ağır-çok ağır olan ve KOAH'tan çok etkilenen hastaların kötü psikososyal uyum gösterdikleri belirlenmiştir.

Tablo 4.39: Psikososyal Uyum Gruplarına Göre CAT Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Psikososyal Uyum Grupları		Bağımsız Örnekler T-Testi	
	İyi-Orta Psikososyal Uyum (n=27)	Kötü Psikososyal Uyum (n=203)	t	p
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$		
CAT Puanı	13±7	24±8	-6.663	.000

Tablo 4.39.'da Psikososyal uyum gruplarına göre test edildiğinde kişilerin; CAT ($t=-6.663$, $p=.000$) puanı ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak geçerli düzeyde anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ortalamalara bakıldığında; kötü psikososyal uyum gösteren hastaların, CAT puan ortalamalarının daha yüksek ve KOAH'tan daha fazla etkilenen hastalara olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.40: CAT Alt Gruplarına Göre Psikososyal Uyum ve PAIS-SR Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PAIS-SR Alt Boyutları	CAT Alt Grupları				Tek Yönlü Varyans Analizi	
	Hafif Semptom + Az Etkilenme (n=23)	Orta Semptom + Orta Etkilenme (n=66)	Ağır Semptom + Çok Etkilenme (n=86)	Çok Ağır Semptom + Çok Fazla Etkilenme (n=55)		
	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	F	p
Sağlık Bakımına Uyum	12±4	13±4	15±3	14±4	3.419	.018
Mesleki Çevre	10±3	12±3	14±3	15±2	28.123	.000
Aile Çevresi	7±5	9±5	12±4	14±4	20.737	.000
Cinsel İlişki	10±4	11±4	12±3	12±2	5.621	.001
Geniş Aile İlişkileri	2±2	3±3	5±3	5±3	12.540	.000
Sosyal Çevre	6±4	8±4	11±4	12±4	20.434	.000
Psikolojik Baskı	10±4	11±5	12±5	14±4	7.064	.000
Psikososyal Uyum (Toplam)	55±18	68±20	81±14	87±14	27.977	.000

Tablo 4.40.'da CAT Alt Gruplarına göre test edildiğinde hastaların; sağlık bakımına uyum (F=3.419, p=.018), mesleki çevreye uyum (F=28.123, p=.000), aile çevresine uyum (F=20.737, p=.000), cinsel ilişkide uyum (F=5.621, p=.001), geniş aile ilişkilerinde uyum (F=12.540, p=.000), sosyal çevreye uyum (F=20.434, p=.000), algılanan psikolojik baskı (F=7.064, p=.000) ve psikososyal uyum (F=27.977, p=.000) puanları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır (p<0.05). Yapılan post hoc testi sonucunda; KOAH semptom düzeyi ağır ve çok ağır olan ve KOAH'tan çok ve çok fazla etkilenen hastaların, hafif ve orta düzeyde semptom yaşayan hastalara oranla sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. KOAH semptom düzeyi ağır ve çok ağır olan, KOAH'tan çok ve çok fazla etkilenen hastaların tüm psikososyal uyum alanlarının olumsuz etkilendiği belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

KOAH bireylerin sağlık bakımını, sosyal çevresini, aile çevresini, akraba ilişkilerini, cinsel ilişkisini, mesleki çevresini ve psikolojik durumunu olumsuz etkileyen, birçok psikososyal sorunları yaşamasına yol açan bir halk sağlığı sorunudur. Kronik hastalık bireyin uyum kapasitesini değiştiren ilk etkendir (Özdemir ve Taşçı, 2013). KOAH genel psikososyal uyumu bozan kronik bir hastalıktır.

Bulgularımız doğrultusunda çalışmamıza katılan 230 KOAH'lı hastanın %88,3'ü (n=203) psikososyal uyumlarının kötü olduğu ve uyumlarının en kötü olduğu psikososyal alanların sağlık bakımına uyum ve mesleki çevreye uyum alanları olduğu, uyumlarının en iyi olduğu alanın ise geniş aile ilişkileri alanı olduğu bulunmuştur. Yuet ve ark. (2002) KOAH'lı bireylerle yapmış oldukları çalışmada, hastalıktan en çok olumsuz etkilenen psikososyal alanı mesleki evre ve cinsel ilişki alanı olarak bulmuştur. Akman (2016) KOAH'lı hastalarla yaptığı çalışmada en çok olumsuz etkilenen psikososyal alanı sağlık bakımına uyum, cinsel ilişki, mesleki ve sosyal evre alanları olarak bulmuştur. Toğluk (2017) alışmasında psikososyal uyumun en kötü olduğu alanlar mesleki evre, sosyal evre ve cinsel ilişki olarak belirtmiştir. KOAH bireyin psikososyal uyumunu bozan, iş günü ve iş gücü kayıplarına neden olan, günlük yaşamını sürdürme konusundan yetersizliğe yol açan kronik bir sağlık sorunudur. Hastalıkla birlikte KOAH'lı bireyin sağlığa uyumunu, aile/sosyal/mesleki çevresine uyumunu, cinsel yaşamını ve algıladığı psikolojik baskıyı etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. KOAH'lı bireylerin psikososyal uyumunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın amaca yönelik bulguları aşağıdaki altı başlık altında tartışılmıştır.

1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması
2. Hastaların Sigara Kullanım Alışkanlıklarının Tartışılması
3. Hastaların Sağlık Durumu Özelliklerinin Tartışılması
4. Hastaların Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Tartışılması
5. Hastaların Sosyal Aktivitelere Katılma Özelliklerinin Tartışılması
6. KOAH Semptom Grupları ile Psikososyal Uyum Arasındaki İlişkinin Tartışılması

1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamıza katılan 230 KOAH hastasının 54'ü kadın ve 176'sı erkektir, sonuçlarımıza göre kadınların sağlık bakımına uyumunun erkeklere oranla daha kötü düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12). Çalışmamızdan farklı olarak Akman (2016) ise 57 kadın ve 147 erkeğin katılımı ile cinsiyet dağılımı açısından yakın bir örneklemede düzenlediği çalışmasında cinsiyetin psikososyal uyum faktörlerinden herhangi birine etki etmediğini, belirlemiştir. Çalışmamız ve Akman'ın (2016) çalışmasından farklı olarak, Toğluk (2017) ise 40 kadın ve 110 erkeğin katıldığı araştırmasında sağlık bakımına uyumun kadın ve erkekler arasında farklılaşmadığı fakat KOAH tanısı alan kadın bireylerin mesleki çevreye, aile çevresine, cinsel ilişkiye, geniş aile ilişkilerine uyumunun ve genel psikososyal uyumunun erkeklere oranla daha kötü olduğu dolayısıyla farklılaştığı belirtilmiştir. Hynninen ve ark. (2007), yapmış olduğu çalışmada KOAH tanısı almış kadın hastaların KOAH tanısı almış erkek hastalara oranla daha fazla psikolojik baskı algıladıklarını ve hastalığa uyumlarının daha kötü olduğunu saptamıştır. Çelik ve ark.'nın (2015) yapmış olduğu çalışmada kadınların sağlık bakımına uyumunun daha kötü olduğu belirlenmiştir, kadınların erkeklere oranla psikososyal uyumunun daha kötü olduğu sonuçları çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan olguların yaş ortalaması 66 ± 10 olup, %33'ü ($n=76$) 56-65 yaş aralığındadır. Yaş ortalaması ile yaş grupları ile psikososyal uyum düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yaş grupları ile psikososyal alt boyutları arasındaki ilişkiye baktığımızda 66-75 yaş ve 76-91 yaş arasındaki hastaların sağlık bakımına, mesleki çevreye, cinsel ilişkiye uyum puanlarının, 65 yaş ve altındaki hastalara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.13). Akman (2016) tarafından kronik obstrüktif akciğer hastalarının hastalığa psikososyal uyumlarının ve bakım verenlerin yaşadığı güçlüklerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmaya göğüs hastalıkları servisinde yatarak tedavi gören, kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı almış 204 hasta ve yakını katılım sağlamıştır. Akman'ın çalışmasına göre, 38-54 yaş grubundaki hastaların sağlık bakımına ve sosyal çevreye uyumlarının 55-65 ve 75-84 yaş grubundaki hastalara göre anlamlı düzeyde daha iyi olduğu belirlenmiştir. Toğluk (2017) da çalışmasında 50-65 yaş arasındaki bireylerin, 34-49 yaş arasındaki bireylere oranla cinsel ilişkilerde uyum ve sosyal çevreye uyumunun

daha kötü olduğunu saptamıştır. Doğru ve Karadakovan (2016), Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Psikososyal Uyum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi Çalışmasında, 65-74 yaş grubundaki hastalarda cinsel ilişki ve sosyal çevre alanlarına uyumlarını kötü bulmuştur. Çalışmamızda 66-75 yaş ve üzerinde olan hastaların sağlık bakımına, mesleki çevreye ve cinsel ilişkiye uyumunun 65 yaş ve altındaki hastalara oranla daha kötü olduğu sonucuna ulaşılması literatürü desteklemektedir. Buradan hareketle KOAH tanısı alan bireylerin yaşları ilerledikçe sağlık bakımına, cinsel ilişkiye ve mesleki çevreye olan uyumlarının anlamlı düzeyde azaldığı söylenebilir.

Çalışmamıza katılan KOAH'lı bireylerin %77'si (n=177) evli, %23'ü (n=53) bekarıdır. Araştırmamızda bekâr hastaların aile çevresine uyumunun evli hastalara oranla daha kötü seviyede olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14). İlişkilendirilebilir nitelikte olarak Akman'nın (2016) yapmış olduğu çalışmada bekar hastaların geniş aile ilişkilerine olan uyumlarının evli hastalara oranla daha kötü olduğu sonucuna ulaşmıştır. Toğluk (2017) tarafından yapılan çalışmada örneklemin büyük çoğunluğunun eşi vefat etmiş ve evli bireylerden oluştuğu, analizler sonucunda eşi vefat etmiş olan hastaların sağlık bakımına uyum, aile çevresi, geniş aile ilişkileri ve genel psikososyal uyumlarının evli olan hastalara oranla daha kötü durumda olduğu bulgusuna ulaşmıştır. Literatür bigileri ışığında bekar olan KOAH'lı hastaların evli olan KOAH'lı hastalara oranla aile ilişkilerine uyumu daha kötü olduğu söylenebilir.

Çalışmamıza katılan KOAH'lı hastaların %40,4'ü (n=93) 3-4 çocuk sahibidir. Çocuk sayısına göre PAIS-SR alt boyutları karşılaştırıldığında, çocuk sahibi olmayan ve 1-2 çocuk sahibi olan hastaların geniş aile ilişkilerine ve sosyal çevreye uyumunun, 3 ve üzeri sayıda çocuk sahibi olan hastalara oranla daha kötü olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.15). Çalışmamıza benzer nitelikte Çam ve ark.'nın (2009) meme kanserli hatalarda yapmış oldukları çalışmada, tek çocuğu olan hastaların hastalığa psikososyal uyumu daha kötü bulunmuştur. Kocaman ve ark. (2007) yaptığı çalışmada, çocuk sahibi olan olguların daha iyi, psikoosyal uyum gösterdikleri saptanmıştır. Bu bilgiler doğrultusunda; çocuk sahibi olan, özellikle çocuk sayısının 2 ve üzerinde olan KOAH'lı hastaların çocuklarından destek aldıkları için aile ilişkilerine ve sosyal çevrelerine uyumu daha iyi olduğu söylenebilir.

Olgularımızın yarısından fazlası %52,2'i (n=120) ilkokul mezunu olan çalışmamızda okumamış ve ilkokul mezunu hastaların sağlık bakımına uyumunun, ortaokul ve üzeri eğitim kurumlarından mezun olan hastalara oranla daha kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16). Bizim çalışma bulgularımız ile uyumlu olarak Akman (2016) çalışmasında ortaokul ve üzeri eğitime sahip hastaların sağlık bakımına uyumlarının okuryazar/okuryazar olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde iyi olduğu saptanmıştır. Toğluk (2017) da araştırmasında okuryazar olan bireylerin, ilkokul ve üzerinde eğitim düzeyine sahip bireylere oranla mesleki çevreye, aile çevresine, cinsel ilişkiye, sosyal çevreye uyumunun ve genel psikososyal uyumunun daha düşük olduğunu bulmuştur. Çelik ve akr.'nın (2015) "Tip 1 Diyabetli Genç Yetişkinlerin Hastalığa Psikososyal Uyumları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları" adlı çalışmalarında eğitim düzeyi düşük olan hastaların cinsel ilişkiye ve algılanan psikolojik baskıya uyumlarını daha kötü olarak belirlemiştir. Yuet ve ark. (2002) eğitim seviyesi düşük olan KOAH'lı hastaların hastalığa kötü psikososyal uyum gösterdiklerini saptamıştır. Dikkat çekici olarak çalışmamızda sağlık bakımına uyum eğitim düzeyi yükseldikçe artarken, sosyal çevreye uyumunun eğitim düzeyinin yükselmesiyle düştüğü belirlenmiştir (Tablo 4.16). Eğitim düzeyi yükseldikçe hastalıkla ilgili bilgi ve farkındalık arttığı için, hasta bireylerin kendilerini sosyal çevreden daha fazla kısıtladıklarının yansımaları olarak kabul edilebilir

Araştırmamıza katılan 230 KOAH'lı hastanın 15'i çalışan, 43'ü işsiz, 104'ü emekli, 17'si erken emekli olduğunu, 51'i hastalık sebebiyle işi bıraktığını belirtmiştir. Olgularımızın meslek gruplarına baktığımızdan 43'ü çiftçi, 25'i ev hanımı, 43'ü inşaat işçisi ve 8'i maden işçisi 18'i memur, 20'si hizmet sektörü çalışanı ve 63'ü diğer meslek grupları olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1). Araştırmamızda işsiz, emekli, erken emekli ve hastalık nedeniyle işi bırakan hastaların sağlık bakımına, cinsel ilişkiye, psikolojik baskı ve genel psikososyal uyumunun çalışan hastalara oranla daha kötü olduğu gözlenmiştir. Ayrıca erken emekli ve hastalık nedeniyle işi bırakan hastaların aile çevresine uyumunun çalışan, işsiz ve emekli hastalara oranla daha kötü olduğu bulunmuştur (Tablo 4.17). Akman'ın (2016) 204 KOAH'lı bireyle yaptığı çalışmasında hastaların 57'si ev hanımı, 127'si maden işçisi ve 20'si diğer meslek gruplarına mensup olduğunu bildirilmiştir. Akman'ın (2016) çalışmasında ise çalışma yaşamı özelliklerine göre KOAH hastalarının psikososyal uyumlarının anlamlı düzeyde bir farklılık

göstermediğini belirtmiştir. Çalışmamız ile Akman'nın (2016) araştırma bulgularında çalışma değişkenine göre farklılık görülmesinin nedeni iki çalışma arasında meslek açısından örneklem dağılımındaki belirgin farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda olguların %83,9'u (n=193) büyük şehirde yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4.1). Büyük şehirde yaşayan hastaların; aile çevresine, cinsel ilişkiye, sosyal çevreye ve PAIS-SR toplam puanlarının, köyde yaşayan hastalara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.18). Akman (2016) ise çalışmamızdan farklı olarak il, ilçe ve köylerde yaşayan kişilerin psikososyal uyumlarının birbirinden farklılaşmadığı sonucuna ulaşmıştır. Çalışmamızda büyük şehirde yaşayan hastaların aile çevresine, cinsel ilişkiye, sosyal çevreye ve genel anlamda tüm psikososyal uyumlarının, köyde yaşayan hastalara oranla daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar köyde yaşayan bireylerin kültürel açıdan aile ve sosyal ilişkilerinin daha iyi olduğunu düşündürmektedir.

Olgularımızın %87,4'ü (n=201) eşi veya çocuğu ile birlikte yaşadığını, %12,6'sı (n=29) yalnız yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4.1). Yalnız yaşayan hastaların aile çevresine, geniş aile ilişkilerine, sosyal çevreye ve tüm psikososyal uyumu eşi veya çocukları ile yaşayan hastalara oranla daha kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.19). Çam ve ark. (2009) yalnız yaşayan olguların hastalığa genel psikososyal uyumu daha kötü düzeyde olduğunu saptamıştır. Karataş (2014) Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve Psikososyal Uyum adlı çalışmasında, yalnız yaşayan olguların tüm psikososyal alt boyutlarına uyumun kötü olduğunu bildirmiştir. Akman (2016) yapmış olduğu çalışmada evli bireylerin geniş aile ilişkilerine uyumlarının bekar hastalara oranla daha iyi olduğunu saptamıştır, çalışmamız bu açıdan benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, hastaların %87,4'ü (n=201) sosyal güvenceye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Hastaların sosyal güvenceye sahip olma durumu ile psikososyal uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.20). Akman (2016) ile Akın ve Durna (2006) çalışmalarında sosyal güvence durumuna göre psikososyal uyum düzeyleri ve

alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptamamıştır, çalışmamız bu sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan olguların %64,3'ü (n=148) gelir düzeyinin yetersiz ve %35,7'si (n=82) gelir düzeyinin yeterli olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.1). Gelir düzeyi yetersiz olan olguların %67,0'sinin (n=136) kötü psikososyal uyum gösterdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.7). Gelir düzeyi yetersiz olan hastaların sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, geniş aile ilişkilerine uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve toplam psikososyal uyum puanlarının gelir düzeyi yeterli olan hastalara oranla daha yüksek ve psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.21). Çalışmamıza benzer olarak Çam ve ark.'nın (2009) meme kanserli hastalarda yapmış oldukları çalışmada gelir durumu yetersiz olan bireylerin mesleki çevreye, aile çevresine, geniş aile ilişkilerine, sosyal çevreye uyumları daha kötü ve algıladıkları psikolojik baskıları daha yüksek düzeyde olduğunu belirtmiştir. Bu durum gelir düzeyi yeterli olan hastaların, sağlık bakımına gerekli maddiyatı sağladığı; aile ve sosyal ilişkilerinin daha iyi olduğunu ve psikolojik baskı açısından daha rahat olduğunu düşündürmektedir. Hastaların maddi yetersizliklerinin psikososyal uyumlarını azaltması çalışmamızda beklenen bir sonuç özelliği taşımaktadır. Akman (2016) KOAH'lı hastalarda yaptığı çalışmada hastaların %70,1'inin (n=143) geliri giderinden az ve % 29,9'u (n=61) geliri giderine eşit olarak belirtmiştir. Fakat Akman (2016) gelir durumunun herhangi bir psikososyal uyum faktörü üzerinde farklılık yaratmadığını saptamıştır. Bu konuda iki araştırmanın gelir düzeyi açısından örneklem dağılımlarının farklılık göstermesi göz önünde bulundurulabilir.

2. Hastaların Sigara Kullanım Alışkanlıklarının Tartışılması

Çalışmamıza dahil olan 230 KOAH'lı olgunun %30,4'ü (n=70) 25-34 yıl arası sigara kullandığını, %58,3'ü (n=134) günde 1-2 paket arası sigara içtiğini, %70,9'unun (n=163) sigarayı bıraktığını, %51,3'ü (n=118) KOAH nedeniyle sigarayı bıraktığını, %15,7'si (n=36) 1 aydan kısa süredir, (n=44) 1-6 yıl arası süredir sigarayı bıraktığı belirlenmiştir. Olgularımızın %58,3'ü (n=134) pasif içiciliğe maruz kalmadığı, %41,7'si (n=96) ise maruz kaldığını ifade etmiştir (Tablo 4.2). Sigara kullanma durumu ve süresi, günlük kullanılan sigara miktarı ve sigarayı bırakma

süresine göre psikososyal uyum ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.22). Akman'nın (2016) çalışmasında bulgularımıza paralellik gösteren KOAH'lı hastaların sigara kullanım alışkanlıklarına göre psikososyal uyum düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulmamasıdır.

Sonuçlarımıza göre, KOAH nedeniyle sigara kullanmayı bırakan hastaların sağlık bakımına uyumunun, sigara kullanan ve diğer nedenlerle sigarayı bırakan hastalara oranla daha iyi olduğu, sigarayı bırakan KOAH'lı bireylerin sağlık bakımına uyum gösterdikleri görülmektedir. KOAH nedeniyle sigara kullanmayı bırakan hastaların mesleki çevreye uyum puanları, sigara kullanmayı bırakmayan ve diğer sebeplerle bırakan kişilere oranla daha yüksek çıkmıştır (Tablo 4.22). Hastalık nedeniyle sigarayı bırakan hastaların mesleki çevreye uyumlarının olumsuz etkilenmesi, iş çevresinde hastalığın fark edilmesini artırması, işe konsantrasyonu etkilemesi, sosyalleşme aracı olarak eksikliğini hissetme duygularından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda pasif sigara içiciliği ile geniş aile ilişkilerinde uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır (Tablo 4.22). Bulunduğu ortamda sigara kullanan biri olan hastaların geniş aile ilişkilerinde uyumu, bulunduğu ortamda sigara kullanan biri olmayan hastalara oranla daha kötü olduğu saptanmıştır. Bu durum birçok hastanın “ yanımda sigara içilmemesi gerektiğini söylediğimde akrabalar kızıyorlar ve bir daha ziyarete gelmiyorlar” ifadesi ile pasif içiciliğe maruz kalan hastaların yanında sigara içilmemesi uyarısı yapıldığında geniş aile ilişkilerinin olumsuz yönde etkilendiğini ve hastaların geniş aile ilişkilerine uyumu bozduğunu düşündürmektedir.

3. Hastaların Sağlık Durumu Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamızda olguların %51,3'ü (n=118) hastalığı ile ilgili bilgi almadığını belirtmiştir (Tablo 4.3). Hastalığı ile ilgili bilgi almamış bireylerin sağlık bakımına uyum puanlarının, bilgi almış hastalara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Hastalığı ile ilgili bilgi almamış bireylerin sağlık bakımına uyumunun, bilgi almış hastalara oranla daha kötü olduğu; fakat hastalığı ile ilgili bilgi almış hastaların sosyal çevreye uyum puanlarının, bilgi almamış hastalara oranla daha yüksek olduğu

saptanmıştır. Kocaman ve ark. (2007) çalışmalarında hastalığı ile ilgili bilgi almayan olguların genel psikososyal uyumunun daha kötü olduğunu saptamıştır. Hastaların hastalığı ile ilgili bilgi almasının, hastaların sağlık bakımlarına olan tutum ve davranışlarını geliştirdiği ve sosyal çevreye olan uyumlarını olumsuz yönde etkilediğini düşündürmektedir. Hastalığı ile ilgili bilgi alan bireylerin sağlık bakımına dikkat etmesi gerektiğini öğrendiği için kendini sosyal çevreden soyutladığı söylenebilir.

Çalışmamızda, KOAH tanısı üzerinden 7-11 yıl ve üzerinde süre geçen hastaların; 6 yıl ve altında süredir KOAH tanısı alan hastalara oranla KOAH'tan dolayı sağlık durumunun kötü yönde daha çok etkilenmekte olduğu belirlenmiştir. Bulgulara göre KOAH tanısı üzerinden 7-11 yıl ve üzerinde süre geçen hastaların; 6 yıl ve altında süredir KOAH tanısı alan hastalara oranla sağlık bakımına, mesleki çevreye, aile çevresine, psikolojik baskıya ve toplam psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.24). Benzer şekilde Akman (2016) da çalışmasında 0-5 yıldır KOAH olan hastaların 6-10 yıldır KOAH olan hastalara göre genel psikososyal uyumlarının, 11 ve üzeri yıldır KOAH olan hastalara göre aile çevresine uyumlarının ve 6-10 yıldır KOAH olan hastalara göre ise sosyal çevreye uyumlarının anlamlı düzeyde iyi olduğu sonucuna ulaşmıştır. Çelik ve ark.'nın Tip I diyabetli hastalarda yaptığı çalışmada 10 yıl ve üzerinde süredir diyabet tanısı alan hastaların aile çevresine uyumu daha kötü olduğunu saptamıştır. Ayrıca bu çalışmada tanı üzerinden 2-6 yıl ve 7-11 yıl arasında süre geçen hastaların, 2 yıl ve altında süredir hastalık tanısı alan hastalara oranla mesleki çevreye uyumunun daha kötü olduğu saptanmıştır. Toğluk (2017) da çalışmasında hastalık tanısı üzerinden 1 yılın üzerinde zaman geçen hastaların mesleki çevreye uyumlarının daha kötü olduğunu belirtmiştir. Sonuçlarımız hastalık süresi konusunda paralellik göstermektedir. Sonuç olarak hastalık süresi uzadıkça hastaların sağlık bakımına, mesleki çevreye, aile çevresine ve tüm psikososyal uyumlarının bozulduğunu, algılanan psikolojik baskının arttığını göstermektedir. Buna göre hastaların hastalık tanısı aldıkları dönem üzerinden geçen süre ilerledikçe KOAH'ın sağlık durumlarına olan kötüleştirici etkisi artmaktadır. Bu doğrultuda hastaların sağlık bakımına uyumlarının, aile çevresine uyumların ve genel psikososyal uyumlarının anlamlı düzeyde azaldığı sonucuna varılabilir.

Çalışmamızda olguların %64,8'inin (n=149) KOAH dışında tanı konan başka hastalığı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). KOAH dışında tanı konan başka hastalığı olan bireylerin, başka hastalığı olmayan bireylere oranla cinsel ilişkide ve toplam psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu ve psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.25). Korkmaz ve Tel (2010) KOAH'lı hastalarda yapmış oldukları çalışmada olguların çoğunluğunun (%61.1) KOAH'a eşlik eden başka bir fiziksel hastalıklarının olduğunu ve KOAH'ın ruh sağlığını olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Ayrıca çalışmamızda KOAH'a eşlik eden hastalık sayısına baktığımızda, KOAH dışında tanı konan 2 ve üzerinde hastalığı olan hastaların, tanı konan diğer hastalığı olmayan ve 1 hastalığı olan hastalara oranla sağlık bakımına, mesleki çevreye uyum puanlarının daha yüksek olduğu ve uyumlarının daha kötü olduğu bulunmuştur (Tablo 4.25). Balcells ve ark. (2010) KOAH hastalığına birden fazla hastalığın eşlik ettiği bireylerin, algıladıkları psikolojik baskı düzeyi ve anksiyete depresyon oranının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Akman (2016) ise eşlik eden herhangi bir kronik hastalık olmasının KOAH hastalarının psikososyal uyumlarına bir etki etmediğini tespit etmiştir. KOAH bireyin yaşamını ciddi düzeyde sınırlayan ve ruhsal sorunlara yol açan bir hastalıktır, KOAH'a eşlik eden birden fazla hastalık bireyin daha fazla güç kaybı ve sınırlılık, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde güçlük ve ruhsal sorun yaşamasına yol açabilmektedir. Eşlik eden başka bir hastalığın varlığı daha fazla fiziksel güç kaybına yol açarak bireyin cinsel yaşantısına uyumunu ve genel psikososyal uyumunu olumsuz etkileyebileceği olasılığı göz ardı edilmemelidir. Bunlara ek olarak çalışmamızda KOAH'a akciğer kanserinin eşlik etmesi hastaların psikososyal uyumlarında bir değişikliğe yol açmamıştır (Tablo 4.25). Bu durum KOAH'lı bireylerin süreğen, geri dönüşü olmayan ve tüm psikososyal uyum alanlarını değiştiren bir hastalıkla yaşadıkları için, KOAH'a akciğer kanserinin eşlik etmesinin bozulmuş olan psikososyal uyumda ek bir etki yaratmadığını düşündürmektedir.

Çalışmada olguların %13,9'u (n=32) sağlık durumunu çok kötü, %30,9'u (n=71) kötü ve %40,4'ü (n=93) sağlık durumunu orta olarak ifade etmiştir (Tablo 4.3). Sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak ifade eden hastaların, orta ve iyi algıladığını belirten hastalara oranla; orta algıladığını belirten hastaların, iyi algıladığını belirten hastalara oranla sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal

çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve psikososyal uyumunun daha kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.27). Benzer şekilde Akman (2016) da araştırmasında sağlık algısı çok kötü olan kişilerin sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve psikososyal uyumunun en kötü düzeyde olduğunu belirlemiştir, bu sonuç ile ilişkili olarak bu çalışma Akman'ın çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, hastaların %62,2'sinin (n=143) fiziksel güç kaybının çok olduğu, %28,3'ünün (n=62) fiziksel güç kaybının orta düzeyde olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.3). Fiziksel güç kaybının orta düzey ve üzerinde olduğunu belirten hastaların, az olduğunu belirten hastalara oranla; fiziksel güç kaybının çok olduğunu belirten hastaların, orta olduğunu belirten hastalara oranla sağlık bakımına uyumunun, mesleki çevreye uyumunun, aile çevresine uyumunun, cinsel ilişkiye uyumunun, geniş aile ilişkilerine uyumunun, sosyal çevreye uyumunun, algılanan psikolojik baskıya uyumunun ve genel psikososyal uyumunun daha kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.29). Fiziksel güç kaybı arttıkça hastaların tüm psikososyal uyumları ve atl boyutlarına uyumları bozulmaktadır. Kocaman ve ark. (2007) yapmış olduğu çalışmada fiziksel hastalığı artan bireylerin psikososyal uyum düzeyi daha kötü olduğunu saptamıştır. Çalışmamızı destekler nitelikte, Erdem (2013) ağır ve çok ağır KOAH grubunda ve semptom düzeyi fazla olan (D grubu fenotip) hastaların fiziksel gücü daha düşük ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürme durumu daha kötü olduğunu bulmuştur. KOAH' lı bireylerin ilerleyici fiziksel güç kaybı, sağlık bakımına uyumu, mesleğini, cinsel yaşamını, aile ilişkilerini ve sosyal yaşantısını sürdürmede güçlük yaşamaktadır.

Çalışmamızda olguların %36,1'i (n=83) uykusuzluk yaşamadığı, %32,2'si (n=74) çok uykusuzluk yaşadığı bulunmuştur (Tablo 4.3). Bulgularımıza göre çok uykusuzluk yaşadığını belirten hastaların, uykusuzluk yaşamadığını belirten ve bazen uykusuzluk yaşadığını belirten hastalara oranla mesleki çevreye, aile çevresine, cinsel ilişkiye, geniş aile ilişkilerine, sosyal çevreye ve genel psikososyal uyumu daha kötü ve algılanan psikolojik baskı düzeyi yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.30). Hynninen ve ark. (2007) hastalık şiddeti arttıkça uyku bozukluğuna yol açtığını, uyku bozukluğunun ise KOAH'lı bireylerde sağlık durumunun daha

kötüleşmesine neden olduğunu saptamıştır, bulgularımız bu sonucu desteklemektedir.

4. Hastaların Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamızda hastaların %28,3'ü (n=65) ayda 2 kez, %25,2'si (n=58) ayda 1 kez hastaneye başvurduğu, saptanmıştır (Tablo 4.4). Ayda 2 kez hastaneye başvuran KOAH'lı bireylerin 60 'ı kötü psikoosyal uyum gösterdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.10). Ayda 1-2 kez hastaneye başvuran hastaların, 3 ayda bir kez ve altında başvuran hastalara oranla aile çevresine, geniş aile ilişkilerinde ve genel psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu ve genel psikososyal uyumu daha kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.31). Akın ve Durna (2006) çalışmalarında hastaneye sık başvuran olguların mesleki çevreye olumsuz etkilendiğini saptamıştır. Hastaneye sık başvuran olguların, aile çevresine uyumu, geniş aile ilişkilerine uyumu ve genel psikososyal uyumu bozulmaktadır.

Çalışmamızda, düzenli olarak kontrollere giden hastaların, düzensiz ve bazen kontrollere giden hastalara oranla; mesleki çevreye, algılanan psikolojik baskıya uyum puanlarının daha yüksek olduğu ve bu alanlarda uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.32). Benzer şekilde Akman (2016) da araştırmasında sağlık kontrollerini düzenli olarak yaptıran hastaların daha düzensiz olarak sağlık kontrolüne giden hastalara oranla mesleki çevreye uyum konusunda yaşadıkları güçlüklerin daha fazla olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu durum düzenli bir şekilde kontrollerine giden hastaların, iş yaşantılarına ayırması gereken zamanı, rutin kontrollere ayırdıkları için iş yaşantısında uyum sağlayamadıkları ve mesleki çevreye uyumlarının bozulduğunu düşündürmektedir. Toğluk (2017) ise araştırmasında tedavisini düzenli olarak olan hastaların, düzenli tedavi olmayan hastalara oranla algıladıkları psikolojik baskının, sağlık bakımına, aile çevresine uyum ve genel psikososyal uyumlarının daha kötü düzeyde olduğu sonucuna ulaşmıştır. Düzenli bir şekilde hastaneye giden olguların algıladıkları psikolojik baskının fazla olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda 10-12 yıl arasında süredir ilaç kullanan hastaların, 9 yılın altında süredir ilaç kullanan hastalara oranla mesleki çevreye uyum, aile çevresine

uyum, algılanan psikolojik baskı ve toplam psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu ve bu alanlarda uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.33). Uzun süre ilaç kullanımının genel psikososyal uyumu olumsuz etkilemektedir. Ayrıca çalışmamızda hastaların %85,7'si (n=197) ilaçlarını düzenli olarak kullandığını ve %14,3'ü (n=33) düzenli kullanmadığını belirtmiştir (Tablo 4.4). İlaçlarını düzenli kullanamayan hastaların sağlık bakımına uyumu ve genel psikososyal uyumu kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.33). Araştırmamızda Akman'dan (2016) farklı olarak ilaç kullanım süresinin kişilerin psikososyal uyuma etki ettiği ve 10-12 yıl arasında süre ile ilaç kullanan kişilerin, 9 yılın altında süredir ilaç kullanan kişilere oranla mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, psikolojik baskı ve psikososyal uyum düzeylerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir. Fakat Akman (2016) çalışmasında kullandığı ilaç sayısı 6-10 arasında olan hastaların 1-5 ilaç kullanan hastalara oranla daha fazla psikolojik baskı yaşadıkları saptanmıştır.

Çalışmamızda olguların %77,8'i (n=179) tedaviye yardımcı cihaz kullandığını ifade etmiştir. Olguların %74,8'i nebulizator, %52,6'sı oksijen kondansatörü, %20,4'dü CPAP cihazı kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.4). Tedavide yardımcı cihaz kullanan olguların, kullanmayan olgulara oranla mesleki çevreye uyumu, algılanan psikolojik baskıya uyumu ve genel psikososyal uyumu kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.34). Nebulizator, oksijen kondansatörü ve CPAP cihazları iş ortamında kullanıma uygun cihazlar olmadığı ve bireyi çalışma açısından sınırlandırması nedeniyle hastaların mesleki çevreye uyumlarını olumsuz etkilemektedir.

Bulgularımıza göre, hastaların %80,4'ü (n=185) tedavisine yardımcı birinin olduğu ve %57,8'i (n=133) tedaviye yardımcı kişinin eşi olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.4). Çalışmamızda tedaviye yardımcısı olmayan hastaların, tedaviye yardımcısı olan hastalara oranla aile çevresine uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum ve genel psikososyal uyumu daha kötü, algılanan psikolojik baskı düzeyi daha yüksek çıkmıştır (Tablo 4.35). Toğluk (2017) da benzer nitelikte olarak tedavisine yardımcısı olmayan hastaların mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum ve genel psikolojik uyum düzeylerinin, tedaviye yardımcısı olan hastalar ile karşılaştırıldığında daha kötü düzeyde olduğunu saptamıştır. Rızalar ve ark. (2014) Meme kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, tedavi sürecinde aile desteği alan

hastaların genel psikososyal uyumu aile desteği almayan hastalara oranla daha iyi olduğunu saptamıştır. Literatür sonuçlarına çalışmamız bu açıdan benzerlik göstermektedir.

5. Hastaların Sosyal Aktivitelere Katılma Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamıza katılan 230 KOAH hastasının %67,8'i (n=156) sosyal aktivitelere katılmadığını, %32,2'si (n=74) katıldığını ifade etmiştir (Tablo 4.5). Sosyal aktivitelere katılmadığını belirten hastaların (n=156) %71,9'u (n=146) kötü psikososyal uyum gösterdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.11). Sosyal aktivitelere katılmadığını belirten hastaların, katıldığını belirten hastalara oranla sağlık bakımına uyumu, mesleki çevreye uyumu, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyumu, geniş aile ilişkilerinde uyumu, sosyal çevreye uyumu, algılanan psikolojik baskıya uyumu ve genel psikososyal uyumu daha kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.36).

Olgularımızın %33'i (n=76) evden çıkma konusunda çekinmediğini, %43,5'i (n=100) ise çok çekindiğini ifade etmiştir (Tablo 4.5). Evden çıkma konusunda çok çekinen hastaların (n=100) 97'si kötü psikososyal uyum gösterdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.11). Evden çıkma konusunda bazen ve çok çekindiğini belirten hastaların, çekinmediğini belirten hastalara oranla; çok çekindiğini belirten hastaların, bazen çekindiğini belirten hastalara oranla mesleki çevreye uyumu, aile çevresine uyumu, cinsel ilişkiye uyumu, geniş aile ilişkilerine uyumu, sosyal çevreye uyumu, algılanan psikolojik baskıya uyumu ve genel psikososyal uyumu daha kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.37). Sonuçlar KOAH'lı hastaların semptom görmesi (öksürük, solunum güçlüğü, balgam çıkarma) ve yardımcı cihaz kullanması nedeniyle sosyal aktivitelere katılmaması ve evden dışarı çıkmaya çekinmesi, bireyin tüm psikososyal yaşantısını olumsuz etkilediğini düşündürmektedir.

6. KOAH Semptom Grupları ile Psikososyal Uyum Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmamızda olguların %37,4'ünün (n=86) ağır düzeyde semptom yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). Ağır semptomları olan ve KOAH'tan çok etkilenen gruplar içerisinde kötü psikososyal uyum gösteren hasta oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.38). Semptom düzeyi ağır-çok ağır olan ve KOAH'tan çok etkilenen hastaların kötü psikososyal uyum gösterdikleri saptanmıştır (Tablo 4.39). KOAH semptom düzeyi ağır ve çok ağır olan ve KOAH'tan çok ve çok fazla etkilenen hastaların, hafif ve orta düzeyde semptom yaşayan hastalara oranla sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum ve genel psikososyal uyumu daha kötü, algılanan psikolojik baskı düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.40). Ayrıca semptom sıklığına baktığımızda; haftada 1 kez ve daha fazla semptom gösteren hastaların, ayda birkaç kez ve altında semptom yaşayan hastalara oranla mesleki çevreye uyumu, aile çevresine uyumu, sosyal çevreye uyumu ve genel psikososyal uyumunun daha kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.28). KOAH'lı bireylerin semptom düzeyi ve sıklığı arttıkça hastaların tüm psikososyal uyum alanları olumsuz etkilenmekte ve hastalar uyum sağlamakta güçlük yaşamaktadır. Ayrıca çalışmamızda, hastalığın yaşamını yüksek düzeyde etkilediğini belirten hastaların, orta düzeyin altında etkilediğini belirten hastalara oranla sağlık bakımına, mesleki çevreye, aile çevresine, cinsel ilişkiye, geniş aile ilişkilerine, sosyal çevreye uyumu ve genel psikososyal uyumu daha kötü, algıladıkları psikolojik baskı düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.26).

Reishtein (2005) yapmış olduğu çalışmada, semptom düzeyi yüksek olan KOAH hastalarının fonksiyonel durumunun daha düşük olduğunu, semptom arttıkça hastaların işlevselliğinin azaldığını bulmuştur. Yuet ve ark. (2002) KOAH'lı hastalarda hastalığın şiddeti arttıkça bireyin aktivite, dispne ve halsizlik düzeyini etkilemesiyle psikososyal uyumu olumsuz etkilediğini bulmuştur. Andenaes ve ark. (2006) 92 KOAH hastası ile yapmış olduğu çalışmalarında direk solunum problemi yaşayan olguların (%68.5) algıladıkları psikolojik baskı düzeyinin yüksek olduğunu saptamıştır. Akdemir (2013) tarafından yapılan çalışmada kişilerin KOAH hastalık evresi ilerledikçe yaşam kalitesinin kötüleştiği saptanmış, en belirgin kötüleşmenin

ise aktivite skorunda gözleendiği belirtilmiştir. Bu bilgiler ile ilişkilendirilebilir nitelikte olarak çalışmamızda KOAH semptom düzeyi yüksek olan gruplar içerisinde sosyal aktivitelere katılma oranı ve sıklığı daha az olan hastaların; çoğunluğunun evden çıkma konusunda çekinen hastalardan oluştuğu belirlenmiştir. Buradan hareketle KOAH sebebi ile sağlık durumu yüksek düzeyde etkilenen hastaların yaşam kalitesinin düştüğü ve özellikle yaşanan fiziksel ve sosyal aktivite düzeyinin bundan olumsuz yönde etkilendiği söylenebilir. KOAH'ın ilerleyici, yıkıcı ve geri dönüşsüz kayıplara yol açması, bireyin hastalıkla uyum sağlama gücünü azaltmasına ve yaşam kalitesini düşürmesine yol açmaktadır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

KOAH'lı bireylerde;

1. Kadınların sağlık bakımına uyumunun erkeklere oranla daha kötü düzeyde olduğu belirlenmiştir.
2. 66-75 yaş ve üzerinde olan hastaların sağlık bakımına, mesleki çevreye, cinsel ilişkiye uyumlarının, 65 yaş ve altındaki hastalara oranla daha kötü olduğu belirlenmiştir.
3. Bekâr hastaların aile çevresine uyumu, evli hastalara oranla daha kötü seviyede olduğu saptanmıştır.
4. Çocuk sahibi olmayan ve 1-2 çocuk sahibi olan hastaların geniş aile ilişkilerinde ve sosyal çevreye uyumu, 3 ve üzeri sayıda çocuk sahibi olan hastalara oranla daha kötü olduğu tespit edilmiştir.
5. Okumamış ve ilkokul mezunu hastaların sağlık bakımına uyumunun ortaokul ve üzeri eğitim kurumlarından mezun olan hastalara oranla daha kötü olduğu saptanmıştır.
6. Araştırmamızda işsiz, emekli, erken emekli ve hastalık nedeniyle işi bırakan hastaların sağlık bakımına, cinsel ilişkiye, psikolojik baskıya ve

genel psikososyal uyumu çalışan hastalara oranla daha kötü olduğu bulunmuştur.

7. İstanbul'da yaşayan hastaların; aile çevresine, cinsel ilişkide, sosyal çevreye ve genel psikososyal uyumları, köyde yaşayan hastalara oranla daha kötü bulunmuştur.
8. Yalnız yaşayan hastaların aile çevresine, geniş aile ilişkilerine, sosyal çevreye ve tüm psikososyal uyumu eşi veya çocukları ile yaşayan hastalara oranla daha kötü olduğu saptanmıştır.
9. Gelir düzeyi yetersiz olan hastaların sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve toplam psikososyal uyum puanlarının gelir düzeyi yeterli olan hastalara oranla daha yüksek ve psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır.
10. Çalışmamızda, sigara kullanma durumu ve süresi, günlük kullanılan sigara miktarı ve sigarayı bırakma süresi ile psikososyal uyum alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), sigarayı bırakma nedeni ve psikososyal uyum arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. KOAH nedeniyle sigarayı bırakan bireylerin sağlık bakımına uyumu daha iyi sonuçlanmıştır.
11. Pasif sigara içiciliği geniş aile ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir.
12. Hastalığı ile ilgili bilgi almamış bireylerin sağlık bakımına uyumu, bilgi almış hastalara oranla daha kötü olduğu saptanmıştır.
13. KOAH tanısı üzerinden 7-11 yıl ve üzerinde süre geçen hastaların sağlık bakımına, mesleki çevreye, aile çevresine, psikolojik baskıya ve genel psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır.

14. KOAH dışında tanı konan başka hastalığı olan bireylerin, başka hastalığı olmayan bireylere oranla cinsel ilişkide ve toplam psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu ve psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır.
15. Çalışmada sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak ifade eden hastaların, orta ve iyi algıladığını belirten hastalara oranla; orta algıladığını belirten hastaların, iyi algıladığını belirten hastalara sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum, algılanan psikolojik baskı ve psikososyal uyumunun daha kötü olduğu saptanmıştır.
16. Kötü psikososyal uyum gösteren gruplar içerisinde hastalık sebebiyle yaşamı yüksek derecede etkilenen kişi oranının; sağlık durumunu kötü algılayan kişi oranının; yüksek düzeyde fiziksel güç kaybı yaşayan kişi oranının; yüksek düzeyde uykusuzluk yaşayan kişi oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir.
17. Çalışmamızda ayda 1-2 kez hastaneye başvuran hastaların, 3 ayda bir kez ve altında başvuran hastalara oranla aile çevresine, geniş aile ilişkilerinde ve genel psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu ve psikososyal uyumu daha kötü olduğu saptanmıştır.
18. Düzenli olarak kontrollere giden hastaların, düzensiz ve bazen kontrollere giden hastalara oranla; mesleki çevreye, algılanan psikolojik baskıya uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır.
19. Tedavide yardımcı cihaz kullanan olguların, kullanmayan olgulara oranla mesleki çevreye uyumu, algılanan psikolojik baskıya uyumu ve genel psikososyal uyumu kötü olduğu saptanmıştır.

20. Çalışmamızda tedaviye yardımcı olmayan hastaların, tedaviye yardımcı olan hastalara oranla aile çevresine uyum, geniş aile ilişkilerinde uyum, sosyal çevreye uyum ve genel psikososyal uyumu daha kötü, algılanan psikolojik baskı düzeyi daha yüksek çıkmıştır.
21. Sosyal aktivitelere katılmayan ve evden dışarı çıkma konusunda çok çekinen hastaların, sağlık bakımına uyumu, mesleki çevreye uyumu, aile çevresine uyum, cinsel ilişkide uyumu, geniş aile ilişkilerinde uyumu, sosyal çevreye uyumu, algılanan psikolojik baskıya uyumu ve genel psikososyal uyumu daha kötü olduğu saptanmıştır.
22. Semptom düzeyi ağır-çok ağır olan, KOAH'tan çok etkilenen ve haftada 1 kezden fazla semptom yaşayan hastaların sağlık bakımına, mesleki çevreye, aile çevresine, cinsel ilişkide, geniş aile ilişkilerinde, sosyal çevreye uyum ve genel psikososyal uyumu daha kötü, algılanan psikolojik baskı düzeyi daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak, kadın, ileri yaşta, bekar, çocuk sahibi olmayan yada az çocuğu olan, eğitim düzeyi düşük, çalışmayan-emekli veya hastalık nedeniyle bırakan, büyük bir şehirde yaşayan, yalnız yaşayan, gelir düzeyi yetersiz olan, KOAH nedeniyle sigarayı bırakan, pasif sigara içiciliğine maruz kalan, hastalığı ile ilgili bilgi almamış olan, hastalık süresi 7-11 yıl ve üzerinde olan, KOAH sebebiyle yaşamı yüksek derecede etkilenen; sağlık durumunu kötü algılayan, yüksek düzeyde fiziksel güç kaybı yaşayan, yüksek düzeyde uykusuzluk yaşayan hastaların KOAH'a psikososyal uyumu kötü bulunmuştur. Ayrıca hastaneye sık ve düzenli olarak başvurma, KOAH'a eşlik eden başka hastalık varlığı ve sayısı, tedaviye yardımcı cihaz kullanımı, tedaviye yardımcı kişi varlığı, sosyal aktivitelere katılma ve evden dışarı çıkma konusunda çekinme durumu, görülen semptom düzeyi ve sıklığı psikososyal uyumu değiştirmektedir.

ÖNERİLER

Bu çalışmada kadınların psikososyal uyumu erkeklere oranla daha kötü olduğu bulunmuştur, kadınlarda psikososyal uyum açısından bu sonucun detaylı incelenmesi kadınlarda bu sorunla ilgili kalitatif çalışmaların yapılması,

Hastaların sağlık bakımına uyumunu artırmak için; hastalara hastalığı ile ilgili eğitimin verilmesi ve hastalıkla baş etme yöntemlerinin öğretilmesi,

KOAH semptom düzeyi ve şiddeti psikososyal uyumu olumsuz yönde etkilediği için; KOAH semptomlarının kontrol altına alınması,

KOAH'a eşlik eden diğer hastalıkların varlığı ve sayısı psikososyal uyumu olumsuz etkilediği ve bireyde yaşam kalitesinin düşmesine yol açtığı için; başta eşlik eden hastalıkların önlenmesi, eşlik eden hastalık varlığı durumunda eşlik eden hastalıkların semptomlarının tedavi ve bakımının sağlanması,

Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun sosyal aktivitelere katılmadığı, evden çıkma konusunda çekindiği belirlenmesi ile sosyal aktivitelere katılmayan ve evden çıkma konusunda çekinen hastaların psikososyal uyumunun önemli ölçüde olumsuz yönde etkilendiği sonucuyla, hastaların sosyal aktivite gruplarına katılımlarının desteklenmesi,

KOAH konusunda toplumsal farkındalığın artırılması çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. Adaylar M. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığıdaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1995.
2. Akın S, Durna Z. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(2): 1-8, 2006.
3. Akman N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumlarının ve Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak 2016.
4. Albert P, Calverley P.M.A. Ağır KOAH' da ilaçlar(Oksijen dahil). European Respiratory J. 3(2):53-63, 2008.
5. Anar C, Gediktaş E, Çolar H, Yıldırım Y, Tatar D. Uzun süreli oksijen tedavisi uygulanan KOAH' lı olgularda anksiyete depresyon sıklığı. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, 16(2):83-89, 2012.
6. Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Türk Toraks Dergisi, 10: 63-68, 2009.
7. Astım ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Tanı ve Tedavisinde Birinci Basamak Hekimler İçin Eğitim Modülü. Eğitim Rehberi, 2011.
8. Aydın HT, Tokyıldız F, Karagözoğlu Ş, Özden D. Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: fenomenolojik çalışma. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi; 20 (3): 177-183, 2012.
9. Babacan Gümüş A. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. Meme Sağlığı Dergisi; 2(3): 129-135, 2006.
10. Balcells E, Gea J, Ferrer J, Serra I, Orozco-Levi M, Batlle J, Rodriguez E, Benet M, González DD, Antó JM, Aymerich JG. the PAC-COPD Study Group. Factors affecting the relationship between psychological status and quality of life in COPD patients. Health and Quality of Life Outcomes,8(1):108, 2010.
11. Bosley CM, Corden ZM, Rees PJ, Cochrane GM. Psychological factors associated with use of home nebulized therapy for COPD. European Respiratory Journal, 9(11): 2346-2350, 1996.

12. Bosley CM, Fosbury JA, Cochrane GM. The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma. *European Respiratory Journal*, 8(6):899–904, 1995.
13. Ceylan E, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Ders notları, Medeniyet Üniversitesi Web Sitesi, 2012. aves.medeniyet.edu.tr/ Erişim Tarihi: 19.09.2017
14. Coventry PA, Gemmell I, Todd CJ. Psychosocial risk factors for hospital readmission in COPD patients on early discharge services: a cohort study. *BMC Pulmonary Medicine*, 11(49):1-10, 2011.
15. Çam MO, Saka Ş ve Gümüş AB. Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2):73-81, 2009.
16. Çelik S, Kelleci M, Avcı D, Temel E. Tip 1 Diyabetli Genç Yetişkinlerin Hastalığa Psikososyal Uyumları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2):105-115, 2015.
17. Çelik G, Kaya A, Çiledağ A. KOAH'ta Bronkodilatör Tedavi ve Destek Tedaviler. *TTD Toraks Cerrahi Bülteni*, 1(2):124-135, 2010.
18. Derogatis LR. The Psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*, 30(1), 77-91, 1986.
19. Erdem F. Farklı Fenotipteki Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Fonksiyonel Statünün Karşılaştırılması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2013.
20. Fletcher MJ, Dahl BH. Expanding nurse practice in COPD, key to providing high-quality, effective, and safe patient care?. *Primary Care Respiratory Journal*, 22(2), 230-233, 2013.
21. Gençöz F. Uyum Psikolojisi, *Kriz Dergisi* 6(2):1-7, 1998.
22. Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases, (GARD), 2015© World Health Organization 2017. Erişim Tarihi:17.05.2017
23. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2013. Available at. www.goldcopd.com
24. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. Available from: <http://goldcopd.org>.

25. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2011. Available from: <http://www.goldcopd.org/>.
26. Göçmen H. Stabil KOAH'lı hastalarda spirometrik ve nütrisyonel göstergelerin değerlendirilmesinde cinsiyet faktörünün önemi. *Solunum dergisi*, 11(3):105-108, 2009.
27. Gündüz F, Karabulutlu EY. Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(2):106-115, 2016.
28. Hasson F, Spence A, Waldron M, Kernohan G, McLaughlin D, Watson B, Cochrane B. I can not get a breath: Experiences of living with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(11): 527- 531, 2008.
29. Hynninen K.M.J, Pallesen S, Nordhus I.H. Faktör affecting health status in COPD patients with co-morbid anxiety or depression. *International Journal of COPD*, 2(3):323-328, 2007.
30. Hynninen K.M.J, Breitve M.H, Wiborga A.B, Pallesen S, Nordhus I.H. Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: A review. *Journal of Psychosomatic Research* 59:429 – 443, 2005.
31. Ingadottir TS, Jonsdottir H. Partnership-based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families, influences on health related quality of life and hospital admissions. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2795-2805, 2010.
32. Kaptein AA, Scharloo M, Fischer MJ, Snoei L, Hughes BM, Weinman J, Kaplan RM, Rabe KF. 50 years of psychological research on patients with COPD--road to ruin or highway to heaven? *Respiratory Medicine*, Jan;103(1):3-11, 2009.
33. Kara M, Mirici A. Loneliness, depression, and social support of turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouse. *Journal of Nursing Scholarship*. 36: 331-336, 2004.
34. Karataş T. Koroner Kalp Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek Ve Psikososyal Uyum. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2014.

35. Kaya A. Aile Hekimlerine Yönelik Ofis Spirometresi ve Peak Flow Metre Kullanma Eğitimi Hazırlanması Ve Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Erzurum 2015. <http://docplayer.biz.tr/6539126-Aile-hekimlerine-yonelik-ofis-spirometresi-vepeak-flow-metre-kullanma-egitimi-hazirlanmasi-veetkinliginin-degerlendirilmesi.html>.
36. Kelly C, Lynes D. Psychological effects of chronic lung disease. *Nursing Times*; 104:47, 82-85, 2008.
37. Kılıçkaya C. Koah'lı Hastalarda Hastalık Algısının Yalnızlık ve Stresle Başetme Üzerine Etkisi. Erzurum Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2013.
38. Kırıl N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve pulmoner hipertansiyon. *Solunum dergisi* 12(3):101-111, 2010.
39. Kocabaş A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. *Toraks*, 1(2):105-113, 2010.
40. Kocaman N. Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1):101-112, 2008.
41. Kocaman N, Kutlu Y, Özkan M, Özkan S. Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. *Journal Clinical Nursing*; 16: 6-16, 2007.
42. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 9:49- 51, 2005.
43. Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 13:2-7, 2010.
44. Kumsar AK, Yılmaz FT. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2): 62-70, 2014.
45. Livneh H. Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Conceptual Framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44(3):151-160, 2001.
46. Leupoldt AV, Fritzsche A, Trueba AF, Meuret AE, Ritz T. Behavioral medicine approaches to chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Behav Med*. 44(1):52-65, 2012.

47. Marino P, Sirey JA, Raue PJ, Alexopoulos GS. Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of COPD*, 3(4):713–718, 2008.
48. McCathie HCF, Spence S, Tate RL. Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors. *Eur Respir J*, 19:47–53, 2002.
49. Mollaoğlu M, Özkan Tuncay F. Bir Çimento Fabrikasında-İşçilerin KOAH Risk Faktörleri Yönünden İncelenmesi. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 2010.
50. Mutlu LC, Gülbaş G, Günen H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında genetik risk faktörler. *Solunum Dergisi*, 14(5):1-5,2012.
51. Ovayolu N, Ovayolu Ö, Ateş Ç. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(9): 2-16, 2008.
52. Öyke N. Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyumu. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce, 2008.
53. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1:57-72, 2013.
54. Özkan S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı'nda (KOAH) palyatif ve yaşam sonu bakımı. *Selçuk Tıp Dergisi*, 28(1): 69-74, 2011.
55. Özkaplan BB. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Öz-Bakım Modeline Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Öz-Etkililik Üzerine Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı*, *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Ankara 2013.
56. Öztürk Ö. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve uyku. *Solunum dergisi*, 13(2):67-77, 2011.
57. Reishtein JL. Relationship Between Symptoms and Functional Performance in COPD. *Research in Nursing & Health*, 28:39–47, 2005.
58. Rizalar S, Ozbas A, Akyolcu N, Gungor B. Effect of Perceived Social Support on Psychosocial Adjustment of Turkish Patients with Breast Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Vol 15, 2014.
59. Stockley RA, Mannino D, Barnes PJ. Burden and Pathogenesis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Proceedings Of The American Thoracic Society*, 6: 524-526, 2009.

60. Stoilkova A, Janssen D.J.A, Wouters E.F.M. Educational programmes in COPD management interventions, A systematic review. *Respiratory Medicine*, 107(11), 1637-1650, 2013.
61. Tatlıcıoğlu T. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve geleceği. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55(3):303-308, 2007.
62. Taylor SJC, Candy B, Bryar RM, Ramsay J, Vrijhoef HJM, Esmond G, Wedzicha JA. et.al. Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease, systematic review of evidence. *British Medical Journal*, 331(485), 1-7, 2005.
63. Toğluk S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Ölüm Anksiyetesinin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisi. Hemşirelik Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep-2017.
64. Tutluoğlu B, Gümüştaş MK, Müsellim G ve ark. Bronşiyal astımda nazal lavajda nitrik oksit metabolitleri. *Turk Arch Otolaryngol*, 38(1):42–50, 2000.
65. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği(TÜSAD). KOAH çalışma grubu, 2016. <http://solunum.org.tr>. Erişim Tarihi: 18.08.2017.
66. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği(TÜSAD). KOAH çalışma grubu, 2013. <http://solunum.org.tr>. Erişim Tarihi: 05.05.2017
67. Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 KOAH Raporuna Bakışı, 2017. <http://toraks.org.tr>, Erişim Tarihi: 17.07.2017
68. Türk Toraks Derneği, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (Koah) Koruma, Tanı Ve Tedavi Raporu, *Turk Toraks Dergisi*, 15 (2): 19-29, 2014. Erişim adresi: <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2832014161930-Bolum-3.pdf>. Erişim tarihi: 10.11.2017
69. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. *Türk Toraks Dergisi*, 11(ek 1):5-63, 2011.
70. Türkmen SN, Çam MO. Miyokart Enkartüsü Geçirmiş Hastalarda Psikoeğitimin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(3):105-115, 2013.
71. Türten Kaymaz T, Akdemir N. Diyabetli Bireylerde Psikososyal Uyum. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(2):61-67, 2016.

72. Upton, J., Madoc-Sutton, H., Sheikh, A., Frank, T.L., Walker, S., Fletcher, M. National survey on the roles and training of primary care respiratory nurses in the UK in 2006, are we making progress?. Primary Care Respiratory Journal, 16, 284-290, 2007.
73. Uysal H. Akut Solunum Yetmezliği ve Hemşirelik Bakımı. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 1(1):13-18, 2010.
74. Ünsal A, Yetkin A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(1): 42-53, 2005.
75. Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 28(2):85-92, 2014.
76. Vestbo J, Lange P. Natural history of COPD: Focusing on change in FEV1 . Respirology, 21:34-4, 2016.
77. Vural Doğru B, Karakovan A. Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastalarda Psikososyal Uyum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Turk Journal of Cardiovascular Nursing, 7(13): 88-104, 2016.
78. Wood-Baker R, Reid D, Robinson, A, Walters EH. (2012). Clinical trial of community nurse mentoring to improve self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 7, 407-413, 2012.
79. World Health Organization: Chronic obstructive pulmonary disease. Fact sheet, November 2016. Erişim Tarihi: 17. 05. 2017
80. Wozniak A, Kierzenkowska CM, Gorecki D, Szpinda M, Wozniak B. Oxidant-antioxidant balance in the blood of patients with chronic obstructive pulmonary disease after smoking cessation. Oxidative Medicine and Cellular Longevity vol.9, 2013.
81. Yıldız T, Akyıldız L. KOAH alevlenmesinde oksijen tedavisi. Solunum Dergisi, ek sayısı 18-21, 2009.
82. Yıldırım S. Gürkan A. Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 26: 87-97, 2010.
83. Yorgancıoğlu A, ve ark. KOAH Değerlendirme Testinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği. Tuberk Toraks, 60(4):314-320, 2012.

84. Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi (YÖK). Web adresi <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>. Erişim Tarihi 10.09. 2017.
85. Yuet LM, Alexander M, Chun CJP. Coping and adjustment in Chinese patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Internal Journal of Nursing Studies*, 39: 383-395, 2002.
86. Zakrisson AB, Engfeldt P, Hagglund D, Odencrants S, Hasselgren M, Arne M. et.al. Nurse-led multidisciplinary programme for patients with COPD in primary health care, a controlled trial. *Primary Care Respiratory Journal*, 20, 427-433, 2011.
87. Zawada K, Bratek A, Krysta K. Psychological Distress And Social Factors In Patients With Asthma And Chronic Obstructive Lung Disease. *Psychiatria Danubina*, 27(1): 462-464, 2015.

8. EKLER

Ek-1: Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı



T.C. YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ

Sayı : 37068608-6100-15-1366
Konu: Klinik Araştırmalar
Etik kurul Başvurusu hk.

08/06/2017


İlgili Makama (Selman Çelik)

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan'ın sorumlu olduğu "**Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında (KOAH) Psikososyal Uyumunu etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**" isimli araştırma projesine ait Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (KAEK) Başvuru Dosyası (**1348** kayıt Numaralı KAEK Başvuru Dosyası), Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından **07.06.2017** tarihli toplantıda incelenmiştir.

Kurul tarafından yapılan inceleme sonucu, yukarıdaki isimi belirtilen çalışmanın yapılmasının etik ve bilimsel açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir (**KAEK Karar No: 742**).

Prof. Dr. Turgay ÇELİK
Yeditepe Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK-2: İstanbul İli Güney Kamu Hastaneleri Birliği Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonu Onayı


T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ ANADOLU GÜNEY KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL DEĞERLENDİRME VE ARAŞTIRMA
KOMİSYONU BAŞKANLIĞI
KARAR NO: 02/18-117/000 - 24.08.2017


Sayı : 35778018-774.99
Konu : Bilimsel Araştırma
(Selman ÇELİK)

VEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü)
İnönü Mah. Kayışdağı Cad. 326A 26 Ağustos Yerleşimi
34755 Ataşehir - İstanbul

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü İç Hastalıklar Hemşireliği Alanında yüksek lisans öğrencisi Selman ÇELİK'in, Prof. Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN danışmanlığında "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında (KOAH) Psikososyal Uyumu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı çalışmada kullanacağı anketi Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulama talebi Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonumuzca değerlendirilmiş olup, 28/08/2017 tarihli komisyon toplantısında alınan kararla çalışmanın Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılması uygun görülmüştür. Söz konusu çalışmanın onay tarihinden itibaren 2 (iki) ayda tamamlanması ve çalışmanın bitiminde bir nüshasının tarafımıza gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.
Uz. Dr. Habip YILMAZ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı



Büyükdöğ. Mah. Atatürk cad. No:1 Maltepe İSTANBUL
Faks No:32164210005
e-Posta: fatma.kartaltepe@saglik.gov.tr İnt. Adres: fatma.kartaltepe@saglik.gov.tr

Büklü İpe Fatma KARTALTEPE
Unvanı EBE
Telefon No:0216) 4212626-(1321)

Evrenin elektronik imzası adresine <http://e-bolge.saglik.gov.tr> adresinden at0913cb-2af6-4746-86ba-4e4b6eb6b1f8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 3870 sayılı elektronik imza kanunu gereği güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-3: Gönüllü Onam Formu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma Yeditepe Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Onaylı, Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN gözetiminde, Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Selman ÇELİK' in Yüksek Lisans Tezi Kapsamında yürütülen bir çalışmadır.

Bu araştırma, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerin psikososyal uyumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir. Katılıp katılmama sizin vereceğiniz bir karardır. Anket formuna adınızı yazmanız gerekmektedir. Araştırmadan elde edilen veriler sadece araştırmacıda saklı kalacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

Çalışmaya katıldığınız için sizden bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katılmama ya da sonrasında vazgeçme hakkına sahiptir. Çalışmaya katılım gönüllüdür. Soruların tümünü cevaplamanızı rica ederiz.

Çalışmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Hem. Selman ÇELİK

YAPILACAK ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Tarih:

İmza:

Ek-4: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerini ve Hastalıkla İlgili Özelliklerini İçeren Görüşme Formu

Değerli katılımcı,

Bu araştırma, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerin psikososyal uyumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir. Katılıp katılmama sizin vereceğiniz bir karardır. Anket formuna adınızı yazmanız gerekmemektedir. Araştırmadan elde edilen veriler sadece araştırmacıda saklı kalacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Soruların tümünü cevaplamanızı rica ederiz.

Çalışmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Selman ÇELİK

Yeditepe Üniversitesi , Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Hemşirelik ABD,
Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Cinsiyetiniz?

- a) Kadın b) Erkek

2. Yaşınız?

3. Medeni durumunuz?

- a) Evli b) Bekâr

4. Çocuğunuz var mı?

- a) Var (ise sayısı.....) b) yok

5. Eğitim durumunuz?

- a) Okur-yazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite

6. Mesleğiniz nedir?

7. Çalışma durumunuz?

- a) Çalışmıyorum /işsizim
b) Çalışıyorum
c) Çalışıyordum hastalığımın dolayısı ile bıraktım
d) Emekliyim
e) Hastalığımın dolayısı ile erken emekli oldum

8. Sosyal güvenceniz?

- a) var b) yok

9. Geliriniz size yeterli oluyor mu?

- a) Evet b) Hayır

10. Sigara kullanıyor musunuz?

- a) hiç kullanmadım
b) kullanıyorum (kaç ay/yıldır kullanıyor...../günde kaç paket.....
c) kullanıyordum bıraktım (kaç yıl içti.....,ay/yıldır bıraktı-günde kaç paket.....içti)

10.1. Sigarayı bırakma nedeniniz nedir?

- 1) KOAH nedeniyle 2) Başka bir nedene bağlı _____

11. Yaşadığınız/bulduğunuz ortamda sigara tüketen var mı?

- a) Hayır b) Evet

12. Herhangi bir şeye karşı alerjiniz var mı?

- a) var (var ise lütfen belirtiniz.....) b) yok

13. Birlikte yaşadığınız bireyler ?

- a) Yalnız yaşıyorum b) Eşim ve/veya çocuğum ile birlikte yaşıyorum
c) Anne-baba ile birlikte yaşıyorum d) arkadaşım ile yaşıyorum
e) Diğer (_____)

14. Nasıl bir yerde yaşıyorsunuz?

- a) İstanbul içi
b) İstanbul dışı
1) İl merkezinde
2) İlçede
3) Köyde

15. KOAH hastalığı tanısı ilk kez ne zaman konuldu? _____ ay/yıl

16. KOAH dışında herhangi bir hastalığınız var mı?

- a) var (ise lütfen belirtiniz.....) b) yok

17. KOAH nedeniyle ne sıklıkla hastaneye başvurursunuz?

- a) ayda iki kez
b) ayda bir kez
c) üç ayda bir kez
d) altı ayda bir kez
e) yılda bir kez

18. Kontrollere düzenli gelir misiniz?

- a) düzenli gelmem b) bazen düzenli geliyorum c) düzenli geliyorum

19. Hastalığınız ile ilgili bilgi aldınız mı?

- a) Evet, aldıysanız kimden bilgi aldınız?..... b) Hayır, almadım

20. KOAH ilaçlarınızı kaç ay yada yıldır kullanıyorsunuz?

_____ ay/yıl

21. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

- a) Kullanıyorum c) Bazen kullanıyorum b) Kullanmıyorum

21.1. Düzenli kullanmıyorsanız nedeni nedir?.....

22. KOAH tedavisinde kullandığınız ilaçlar size yan etkisi oldu mu?

- a) Evet (ise lütfen belirtiniz _____) a) Hayır

23. Evde ya da yaşadığınız yerde tedaviye yardımcı cihazlar var mı?

- a) Hayır, cihaz yok. b) Nebulizör c) CPAP (Mekanik solunum cihazı)
d) Oksijen Konsantratörleri
e) Diğer (lütfen belirtiniz _____)

24. Evde yada yaşadığınız yerde tedavinize yardım eden biri var mı?

- a) var (kim/yakınlık derecesi.?.....) b) yok

25. Hastalık yaşamınızı ne kadar olumsuz etkiliyor?

- a) Etkilemiyor b) Etkisi düşük düzeyde
c) Etkisi orta düzeyde d) Etkisi yüksek düzeyde

25.1. Hastalık hangi işlevlerinizi olumsuz etkiledi?

.....

26. Ne sıklıkta sosyal aktivitelere katılırsınız?

- a) Katılmıyorum b) Haftada 1,2 kez
c) Ayda 1,2 kez d) 6 ayda 1 (çok seyrek)

27. Size göre sağlık durumunuz nasıl, tarif edersiniz?

- a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü

28. Ne sıklıkla şiddetli bir şekilde nefes darlığı, öksürük ve balgam çıkarmayı bir arada yaşıyorsunuz?.

- a) Her gün b) Haftada 2,3 kez c) Haftada 1 kez
d) Ayda bir kaç kez e) Ayda bir kez f) Nadiren

29. Hastalık sürecinde fiziksel güç kaybınız oldu mu?

- a. Herhangi bir fiziksel güç kaybı yok
- b. Az ölçüde bir fiziksel güç kaybı var
- c. Orta ölçüde bir fiziksel güç kaybı var
- d. Önemli ölçüde bir fiziksel güç kaybı var

30. Akciğerlerinizin durumundan dolayı dışarı çıkmaya çekindiniz mi?

- a. çok çekiniyorum b. Bazen çekiniyorum c. Çekinmiyorum

31. Akciğerlerinizin durumundan dolayı uykusuzluk yaşıyor musunuz?

- a. Yaşamıyorum b. Bazen yaşıyorum c. Çok yaşıyorum

23. Evde ya da yaşadığınız yerde tedaviye yardımcı cihazlar var mı? (Sorunun görseli)

- a) Hayır, cihaz yok. b) Nebulizör c) CPAP (Mekanik solunum cihazı)
- d) Oksijen Kondansatörü Diğer (lütfen belirtiniz _____)



EK-5: KOAH Değerlendirme Formu (COPD Assesment Test-CAT)

Değerlendirilen parametreler							Değerlendirilen parametreler
Hiç öksürmüyorum	0	1	2	3	4	5	Sürekli öksürüyorum
Akciğerlerimde hiç balgam yok	0	1	2	3	4	5	Akciğerlerim tamamen balgam dolu
Göğsümde hiç tıkanma daralma hissetmiyorum	0	1	2	3	4	5	Göğsümde çok daralma var
Yokuş ve ya bir kat merdiven çıktığımda nefesim daralmıyor	0	1	2	3	4	5	Yokuş ve ya bir kat merdiven çıktığımda nefesim çok daralıyor.
Evdeki hareketlerimde hiç zorlanmıyorum	0	1	2	3	4	5	Evdeki hareketlerimde çok zorlanıyorum
Akciğerlerimin durumuna rağmen evden dışarı çıkmaya hiç çekinmiyorum	0	1	2	3	4	5	Akciğerlerimin durumuna rağmen evden dışarı çıkmaya çekiniyorum
Rahat uyuyorum	0	1	2	3	4	5	Akciğerlerimin durumu nedeniyle rahat uyuyamıyorum
Kendimi çok güçlü/enerjik hissediyorum	0	1	2	3	4	5	Kendimi hiç güçlü/enerjik hissetmiyorum

EK-6: HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM - ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ
(PAIS-SR)

BÖLÜM-I Sağlık Bakımına Oryantasyon

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar:

- a. Sağlığımı çok ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim,
- b. Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim,
- c. Genellikle sağlığımı ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor,
- d. Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

2. Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyin.

- a. Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum,
- b. Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum yada yorgun veya meşgul oluyorum,
- c. Hastalığımla bakım ve korunması için yaptığım uygun bir çok şey var,
- d. Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

3. Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?

- a. Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar,
- b. Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var,
- c. Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil,
- d. Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

4. Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir? Size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

- a. Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum,
- b. Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar,
- c. Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi,

d. Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel.

5. Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olan seçeneği işaretleyin.

a. Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım,

b. Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski haline döneceğimi düşünüyorum,

c. Hastalığım hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki haline kavuşacağıma eminim,

d. Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

6. Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.

a. Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar,

b. Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor,

c. Hastalığım hakkında genel bir kaniya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum,

d. Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detaylarıyla açıkladılar.

7. Sizin yaşadığımız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanı seçiniz.

a. Doktorum ve tıbbi personelin tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi,

b. Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor,

c. Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar,

d. Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye degeceğine emin değilim.

8. Sizin gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinden tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.

- a. Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum,
- b. Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil,
- c. Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var,
- d. Tedavimle ilgili bir şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

BÖLÜM II: Mesleki Çevre

1. Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?

- a. Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.
- b. Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler.
- c. Bazı ciddi sorunlar var.
- d. Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

2. Şu an mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?

- a. Kötü durumda,
- b. Pek iyi değil,
- c. Yeterli,
- d. Çok iyi.

3. Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

- a. 3 gün ve daha az,
- b. Bir hafta,
- c. İki hafta,
- d. İki haftadan daha çok.

4. Şu an işiniz/okulunuz/çalışmalarınız v.b. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha önemli mi?

- a. Şu an hiç önemli değil,
- b. Oldukça az bir öneme sahip,
- c. Eskiye göre biraz önemini yitirdi,
- d. Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi

5. Yaşadığımız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?

- a. Amaçlarım değişmez

- b. Amaçlarım önemli ölçüde değişti
- c. Amaçlarımda çok az bir değişme oldu
- d. Amaçlarımı tamamen değiştirdim

6. Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarınızda bir artış gözlemlendi mi?

- a. Sorunlarda büyük artış var
- b. Sorunlarda orta dereceli bir artış var
- c. Sorunlarda az ölçüde bir artış var
- d. Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok

BÖLÜM III: Aile Çevresi

1. Hastalanmanızdan bu yana eşiniz (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

- a. İyi
- b. Fena değil
- c. Kötü
- d. Çok kötü

2. Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız (çocuklar, akrabalar vb)?

- a. Çok kötü
- b. Kötü
- c. Fena değil
- d. İyi

3. Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

- a. Bir engelleme olmadı
- b. Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir
- c. Orta derecede bazı problemler var, bazıları hallolunacak gibi değil
- d. Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var

4. Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

- a. Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı

- b. Ailem bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler
- c. Ailem genelde yardımcı oldu yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı
- d. Bu konuda bir sorun yok

5. Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?

- a. İletişimde bir azalma yok
- b. Çok az ölçüde bir azalma oldu
- c. İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum
- d. İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum

6. Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaş, komşular, aile) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

- a. Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum
- b. Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil
- c. Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum
- d. Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var

7. Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

- a. Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok
- b. Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
- c. Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
- d. Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

8. Sizininki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

- a. Önemli ölçüde maddi sıkıntım var
- b. Orta derecede maddi sıkıntılarım var
- c. Çok az maddi problemim var
- d. Para ile ilgili bir problemim yok

BÖLÜM IV: Seksüel İlişki

1. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

- a. İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı
- b. Hastalanmamdan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı
- c. Hastalanmadan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı
- d. Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu

2. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler.Hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?

- a. Hastalığımdan bu yana kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum
- b. Cinsel istekte belirgin bir azalma var
- c. Cinsel istekte hafif bir azalma var
- d. Cinsel istekte hiçbir azalma yok

3. Hastalıklar bazen cinsel aktivitelere bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?

- a. Cinsel aktivitede bir azalma yok
- b. Cinsel aktivitede çok az ölçüde bir azalma var
- c. Cinsel aktivitelere önemli ölçüde bir azalma var
- d. Cinsel aktivite tamamen durdu

4. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?

- a. Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu
- b. Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var
- c. Cinsel zevk ve tatmin de çok az ölçüde bir kayıp var
- d. Cinsel tatminde bir değişiklik yok

5. Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?

- a. Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok
- b. Cinsel performansım ile ilgili ufak problemler var
- c. Önemli cinsel problemlerim var
- d. Cinsellikten tamamen koptum

6. Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?

- a. Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var
- b. Bu konuda yoğun farklılıklar var
- c. Bazı farklılıklar var
- d. Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok

BÖLÜM V:Geniş Aile İlişkileri

1. Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre) ?

- a. Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu
- b. Görüşmeler biraz azaldı
- c. Görüşmeler belirgin olarak azaldı
- d. Hastalık süresince hiç görüşmedik

2. Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeydedir?

- a. Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu
- b. Öncekine oranla olan ilgi ve isteğim çok azaldı
- c. İlgim bir parça azaldı
- d. İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı

3. İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fikri yardımına ihtiyaç duyduğunuzda onlardan destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

- a. Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar
- b. Yeterince yardımcı oluyorlar
- c. Yardım ediyorlar ama yeterince değil
- d. Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım

4. Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağlıdır. Sizin bağlılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağlılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

- a. Bağlılığım önemli ölçüde yok oldu
- b. Bağlılığım önemli ölçüde azaldı
- c. Bağlılığım biraz azaldı
- d. Bağlılığım yoktu veya çok azdı, bu bağlılık hastalıktan hiç etkilemedi

5. Genel olarak şu anda bu insanlarla aranınız nasıl?

- a. İyi
- b. Fena değil
- c. Kötü
- d. Çok kötü

BÖLÜM VI: Sosyal Çevre

1. Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?

- a. İlgim tıpkı eskisi gibi
- b. Eskisine göre biraz daha az
- c. Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- d. Hemen hemen hiç ilgim kalmadı

2. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

- a. Katılımım çok az ya da hiç yok
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c. Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

3. Hastalığınızda öncekine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb) ilgi duyuyor musunuz?

- a. İlgim tıpkı eskisi gibi
- b. Eskisine göre biraz daha az
- c. Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- d. İlgim çok az, ya da ilgim kalmadı

4. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

- a. Katılımım çok az ya da su anda hiçbir katılımım yok
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c. Katılımım biraz azaldı
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

5. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema vb.) olan ilginizi devam ettirebildiniz mi?

- a. İlgim tıpkı eskisi gibi
- b. Eskisine göre biraz daha
- c. Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- d. İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı

6. Bu faaliyetlere olan" katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

- a. Katılımım çok az ya da yok
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c. Katılımım biraz azaldı
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

BÖLÜM VII:Psikolojik Baskı

1. Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

- a. Olmadı
- b. Çok az
- c. Oldukça fazla
- d. Aşırı derecede

2. Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

- a. Aşırı derecede
- b. Oldukça fazla
- c. Çok az
- d. Olmadı

3. Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

- a. Olmadı
- b. Çok az oldu
- c. Oldukça fazla
- d. Aşırı derecede

4. Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?

- a. Aşırı derecede
- b. Oldukça fazla
- c. Çok az
- d. Olmadı

5. Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?

- a. Olmadı
- b. Çok az oldu
- c. Oldukça fazla
- d. Aşırı derecede

6. Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

- a. Aşırı derecede
- b. Oldukça fazla
- c. Çok az
- d. Olmadı

7. Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

- a. Olmadı
- b. Çok az oldu
- c. Oldukça fazla
- d. Aşırı derecede

**EK-7: KOAH Değerlendirme Formunu (COPD Assesment Test-CAT)
Kullanma İzni**

Arzu Yorgancioglu <arzuyo@hotmail.com>

1.6.2017 (Per) 18:55

Kime:selma celik <selma_celik_13@hotmail.com>;

📎 1 ekin (119 KB)

CAT.pdf;

Elbette ekte gönderiyorum

Çok sevgiler

Arzu Yorgancıoğlu

From: selma celik <selma_celik_13@hotmail.com>

Sent: Thursday, June 1, 2017 3:25 PM

To: arzuyo@hotmail.com

Subject: KOAH Değerlendirme Testi hakkında

Sayın Dr. Arzu YORGANCIOğLU

Yeditepe Üniversitesinde asistan olarak çalışmaktayım, " Kronik Obstüktif Akciğer Hastalığıında (KOAH) Psikososyal Uyumu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" adlı yüksek lisans tez çalışmamda, müsaadeniz olursa Türkçe güvenilirlik-geçerlilik çalışmasını yapmış olduğunuz "KOAH DEğERLENDİRME TESTİ- COPD Assessment Test (CAT) " kullanmak istiyorum,
Saygılarımla

EK-8. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğini (Psychosocial Adjustment to Illness Scale- Self Report-PAIS-SR) Kullanma İzni

MA Mahmure AYGÜN <mahmure.aygun@gmail.com>
18.11.2016 (Cum), 14:38
Siz ✉

Taslaklar

Bu iletiyi 10.1.2018 12:14 tarihinde ilettiniz

Sayın Selma Çelik,

Tezınızda kullanmak üzere 1995 yılında doktora tezimde incelediğim ve geçerlik-güvenirliliği çalışmamla kanıtlanmış olan 'Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim' ölçeği konusundaki onay talebinizi aldım. Çalışmanızda ilgili ölçeği kullanmanız konusunda onaylıyor ve başarılar diliyorum. Saygılarımla...

Yrd. Doç. Dr. Mahmure Aygün

18 Kasım 2016 11:36 tarihinde selma celik <selma_celik_13@hotmail.com> yazdı:

Sayın, Mahmure AYGÜN

Yeditepe Üniversitesinde asistan olarak çalışmaktayım, " Kronik Obstüktif Akciğer Hastalığında (KOAH) Psikososyal Uyumunu Etkileye adlı yüksek lisans tez çalışmamda, müsaadeniz olursa Türkçe güvenilirlik-geçerlilik çalışmasını yapmış olduğunuz "Hastalığa Psikoso Ölçeğini" kullanmak istiyorum,
Saygılarımla

Arş. Gör. Selma ÇELİK
Yeditepe Üniversitesi
Hemşirelik Bölümü
0216 578 00 00/3273

9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Ad, Soyad : Selma ÇELİK
Cinsiyet : Kadın
Doğum Tarihi : 06/07/1989
Doğum Yeri : Güroymak/BİTLİS
Medeni Durum : Bekar
Uyruk : T.C
Sürücü Belgesi : Var



İLETİŞİM BİLGİLERİ

Adres Bilgileri : Yeditepe Üniversitesi 26 Ağustos
binası, A301 nolu Ofise Ataşehir/İSTANBUL
Tel. : 0216 578 00 00/ 3273
Cep Tel : 0542 344 07 17
E-posta : selma_celik_13@hotmail.com, selman.celik@yeditepe.edu.tr

EĞİTİM BİLGİLERİ

2014 Yeditepe Üniversitesi mezunu,

Erasmus kapsamında altı ay Yunanistan Alexander Üniversitesinde Geriatri, Psikiyatri ve Halk Sağlığı Hemşireliği Eğitimi

Yeditepe Üniversitesinde Dahiliye Alanında Yüksek Lisans Mezunu

ÇALIŞMA DENEYİMİ

Bir yıl yeditepe üniversitesi hastanesi yoğun bakım ünitesinde çalışma

Sekiz ay acıbadem mobil sağlık hizmetlerinde evde bakım hemşireliği

2015 Ekim ayından itibaren Yeditepe Üniversitesinde Araştırma görevlisi.

YAPILAN ÇALIŞMALAR, SAHİP OLUNAN SERTİFİKA VE KATILIM BELGESİ BİLGİLERİ

- European Respiratory Society Milan-Italy, 14 September 2017, “*Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and Long Term Oxygen Therapy*” Poster Discution.
- Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD) Solunum Kongresi 2017, “*Yaşlı Bireylerin Sigara Kullanımının Uyku Kalitesi Üzerine Etkilerinin İncelenmesi*” Poster Sunumu
- Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD) Solunum Kongresi 2017, “*Huzur Evinde Kalan Yaşlılarda Sigara Kullanımı ve Depresyon İlişkisi*” Poster Sunumu
- Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD) Solunum Kongresi 2016, “*Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve Uzun Süreli Oksijen Tedavisi (USOT)*” Poster Sunumu
- Yara Bakım Kursu Sertifikası
- Hemşirelikte Ağrı Yönetimi Sempozyumu Katılım Belgesi
- Palyatif Bakım Kursu Sertifikası
- Girişimcilik Kursu
- Uyku Bozuklukları Kursu
- Etkili İletişim ve Motivasyon Teknikleri Kursu
- İnme Evde Bakım Sempozyumu Katılım Belgesi
- II. Palyatif Bakım Sempozyumu Katılım Belgesi
- Diyabette Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu Katılım Belgesi
- Hemşirelikte Etik ve Malpraktis Paneli Katılım Belgesi
- Sigara ve Akciğer Hastalıkları Konferansı
- KOAH ve Tütün Konferansı
- Elerji ve Astım Konferansı
- Tüberküloz Dışı Mikobakteri Enfeksiyonlarında Tanı ve Tedavi Sorunları Konferansı

BİLGİSAYAR BİLGİSİ

Microsoft Ofis Programları, SPSS

YABANCI DİL BİLGİSİ

DİL	KONUŞMA	OKUMA	YAZMA
İngilizce	Çok iyi	Çok iyi	Çok iyi
Arapça	Çok iyi	iyi	Orta
Farsça	Orta	İyi	Orta

HOBİLER

Kitap okumak, film izlemek, trenle yolculuk yapmak, sempozyum, seminer ve panel gibi organizasyonlara katılmak

REFERANSLAR: ‘Arzu edilirse belirtilecektir.’