



**T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERİN HASTALIK ALGISININ YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ**

Hemş. Çiğdem KARAGÜLLE

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK**

MAYIS 2019

BOLU

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir

Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM USTA *
(İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi)



Dr. Öğr. Üy. Saadet CAN ÇİÇEK **
(İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi)



Dr. Öğr. Üy. Ebru ÖZEN BEKAR
(Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı
Düzce Üniversitesi)



Tarih: 17/05/2019

Bu tez ile AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Çiğdem KARAGÜLLE'nin Yüksek Lisans derecesini onaylamıştır.

Prof. Dr. Erol AYZAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



*Jüri Başkanı

**Tez Danışmanı

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar olan aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezde yer alan bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilemeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

ÇİĞDEM KARAGÜLLE



ÖZET

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN HASTALIK ALGISININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Bu çalışma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) bireylerin, hastalık algılarının yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel tipte olan çalışmanın evrenini Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları servis ve polikliniğine başvuran KOAH tanısı almış hastalar oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan Soru Formu (sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikler), Hastalık Algısı Ölçeği, Kısa Form – 36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırmada örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında güç analizi kullanılmıştır. Güç analizinde etki büyüklüğü 0.2, tip I hata (α) düzeyi 0.05 ve güç değeri 0.80 ile örneklem büyüklüğü 199 olarak belirlenmiş olup araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 204 KOAH'lı birey ile tamamlanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ANCOVA (kovaryans analizi) modeli ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Veriler SPSS (ver.22) ile değerlendirilmiş olup, istatistik anlamlılık düzeyi olarak $p \leq 0.05$ alınmıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre; KOAH'lı bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanma durumu ile hastalık algısı ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Hastaların hastalık süresi ve hastalık evresi ile hastalık algısı ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Hastalık süresi ve evresi arttıkça hastaların hastalık algıları ve yaşam kalitelerinin azaldığı belirlenmiştir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları ile hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından hastalık tipi, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme ile anlamlı pozitif korelasyon; süre (akut/kronik), sonuçlar, duygusal temsiller, psikolojik atıflar, risk etkenleri boyutu arasında anlamlı negatif korelasyon

bulunmuştur. Hastalık algısı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0.05$). KOAH'lı bireyler; kronik ve ciddi sonuçları olan, süreç içerisinde emosyonel ve psikolojik olarak kendilerini olumsuz etkileyen KOAH'ın yaşam kalitelerini azalttığını, hastalıklarının kendileri ve tedavileri ile kontrol altına alınabildiği takdirde yaşam kalitelerinin artacağını düşünmektedir.

Sonuç olarak KOAH'lı bireylerde hastalık algısı yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Etkili bir hastalık yönetimiyle hastanın yaşam kalitesi artmakta ve mortalite azalmaktadır. Bu bağlamda hemşirenin hastasına bütüncül bakım anlayışı ile yaklaşarak hastaların hastalık algısını ve yaşamış olduğu sorunları belirlemesi, bu sorunların çözümüne veya yaşam kalitesini artırmaya yönelik girişimlerde bulunması önemlidir. Yaşam kalitesinin artırılması pozitif hastalık algısının sağlanabilmesi, komplikasyonların önlenmesi veya azaltılması ve tedavi sürecine uyumun sağlanabilmesi için KOAH'lı bireyler eğitim programlarıyla ve gerektiğinde psikolojik müdahalelerle desteklenmeli; hemşireler bu konuda hasta ve yakınlarına danışmanlık yapmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Hastalık Algısı, Yaşam Kalitesi, Hemşire.

ABSTRACT

THE EFFECT OF ILLNESS PERCEPTION OF INDIVIDUALS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE ON THEIR LIFE

The aim of this study is to find out the the effect of illness perception of individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) on their life.

199 individuals applied to Abant İzzet Baysal University Education Research Hospital, Thoracic Medicine Clinic who has been diagnosed by COPD constitute the study group of this cross-sectional type of research. The data were collected by face-to-face interview using the Questionnaire (sociodemographic and illness-related features), Illness Perception Scale, Short Form - 36 (SF-36) and Quality of Life Scale by researcher. In the study, power analysis was used to calculate the sample size. In the power analysis, the effect size was 0.2, the type I error (α) was 0.05 and the power value was 0.80, and the sample size was 199, and the analysis was completed with 204 COPD subjects meeting the inclusion criteria. In the analysis of data collected, number, percentage, mean, standard deviation, ANCOVA (covariance analysis) model and pearson correlation analysis were used. Data were evaluated with SPSS (ver.22) and $p < 0.05$ was taken as statistical significance level.

According to findings obtained from the study, it is found that there is significant relation between illness perception-life quality and the gender, marital status, education level, income status, presence of chronic illness, smoking and alcohol use status ($p > 0.05$). There was a significant correlation between the illness duration- illness stage of patients and perception of illness-quality of life ($p > 0.05$). It is obtained that patients' perception of illness and quality of life decreases as the illness duration and stage increases. It has been found that while there is a significant positive correlation with personal control, treatment control, understanding of the illness, there is a significant negative correlation with the duration (acute / chronic), results, emotional representations, psychological references, risk factors by the SF-36 life quality measure subscales and illness perception measure sub-scales. There is a

significant relationship between the perception of illness and quality of life ($p>0.05$). Individuals with COPD who have chronic and serious results, believes that COPD which effects themselves emotionally and psychologically in the process, decrease their quality of life, in the other hand their quality of life will increase if their illnesss are controlled by themselves and their treatments.

As a result, illness perception of individuals with COPD has an important role in improving the quality of life. With an effective illness management, the patient's quality of life increases and the mortality decreases. In this context, it is really important for the nurse to approach the patient with a holistic approach of care to identify the patients' perception of the illness and the problems they have had, and to attempt to solve these problems or to improve the quality of patient's life. Individuals with COPD should be supported with educational programs and, if necessary, psychological interventions, in order to improve the quality of life, to achieve a positive perception of illness, to prevent or reduce the complications and to adapt to the treatment process; and nurses should advise patients and relatives on these issues.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Illness, Illness Perception, Quality of Life, Nurse.

TEŞEKKÜR

Lisans ve Yüksek Lisans eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren; sabırlı, hoşgörülü ve sevgi dolu yaklaşımı ile sorunları aşılabilir kılan çok kıymetli danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK'e,

Veri değerlendirme aşamasında desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Handan ANKARALI'ya,

Eğitim hayatım boyunca üzerimde emeği olan Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'ndeki tüm hocalarım,

Zorlu hastalık süreçlerinde çalışmama gönüllü olarak katılarak araştırmamı gerçekleştirme fırsatı veren tüm hastalara,

Hayatım boyunca desteklerini her zaman hissettiğim dostlarıma,

Varlıklarıyla güç ve huzur bulduğum, hayatımın her aşamasında tüm fedakârlıklarıyla yanımda olan, en büyük şansım aileme derin sevgi ve saygılarımla teşekkür ederim.

Çiğdem KARAGÜLLE

İÇİNDEKİLER

• ONAY SAYFASI.....	ii
• BEYAN.....	iii
• ÖZET.....	iv
• ABSTRACT	vi
• TEŞEKKÜR	viii
• İÇİNDEKİLER	ix
• TABLOLAR	xii
• KISALTMALAR	xv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tanımı.....	5
2.2 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Patogenezi.....	5
2.3 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Epidemiyolojisi	6
2.4 Risk Faktörleri.....	7
2.5. Tanı ve Evreleme	8
2.6. KOAH Belirtileri.....	9
2.7. Tedavi	10
2.8. Hastalık Algısı.....	10
2.8.1. Hastalığın kimliği.....	11
2.8.2. Hastalığın nedenleri.....	11
2.8.3. Hastalığın süresi	12
2.8.4. Hastalığın tedavi ya da kontrol edilebilirliği.....	12
2.8.5. Hastalığın sonuçları.....	12
2.9. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Hastalık Algısı.....	12
2.10. Yaşam Kalitesi	14
2.11. KOAH ve Yaşam Kalitesi.....	14
2.12. Hemşirelik Yaklaşımı	15
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	17
3.1. Çalışmanın Şekli	17
3.2. Çalışmanın Varsayımları ve Hipotezleri.....	17

3.2. Çalışmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	19
3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları	19
3.5.1. Soru formu.....	19
3.5.2. Hastalık algısı ölçeği	19
3.5.3. Kısa form – 36 (SF-36) yaşam kalitesi ölçeği.....	21
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	22
3.8. Çalışmanın Akış Şeması	22
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
4. BULGULAR	24
4.1. KOAH'lı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri.....	25
4.2. KOAH'lı Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Özellikleri	26
4.3. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısına İlişkin Özellikleri	27
4.4. KOAH'lı Bireylerin Yaşam Kalitesine İlişkin Özellikleri.....	29
4.5. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	30
4.6. KOAH'lı Bireylerin Yaşam Kaliteleri ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	42
4.7. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı ile Yaşam Kalitelerine İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	49
5. TARTIŞMA	51
5.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışması.....	51
5.2. Katılımcıların Hastalıklarına İlişkin Bulgularının Tartışması.....	52
5.3. Katılımcıların Hastalık Algısına İlişkin Bulgularının Tartışması	54
5.4. Katılımcıların Yaşam Kalitelerine İlişkin Bulgularının Tartışması	56
5.5. Katılımcıların Hastalık Algısı ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Karşılaştırma Bulgularının Tartışması.....	57
5.6. Katılımcıların Yaşam Kalite ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Karşılaştırma Bulgularının Tartışması.....	62

5.7. Katılımcıların Hastalık Algısı ile Yaşam Kalitelerine İlişkin Karşılaştırma Bulgularının Tartışması	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
7. KAYNAKLAR	71
8. EKLER.....	81
EK-1: Onam Formu	81
EK-2: Hasta Tanıtım Formu	85
EK-3: Hastalık Algısı Ölçeği	87
EK-4: Kısa Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	90
Ek 5: Etik Kurul İzni Yazısı.....	93
Ek 6: Kurum İzin Yazısı	94
Ek 7: Ölçek Kullanım İzni	95
9. ÖZGEÇMİŞ.....	96
10. ORJİNALLİK RAPORU.....	97

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1.1. KOAH'lı Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri	25
Tablo 4.1.2. KOAH'lı Bireylerin Alışkanlıklarına İlişkin Özellikleri	25
Tablo 4.2. KOAH'lı Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Özellikleri	26
Tablo 4.3.1. Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Belirtileri Alt Boyutu Bulgularının Yüzdeler Dağılımı	27
Tablo 4.3.2. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğinden Aldığı Puan Ortalamalarının Dağılımı	27
Tablo 4.3.3. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeği Olası Hastalık Nedenlerinin Yüzdeler Dağılımı	28
Tablo 4.4.1. KOAH'lı Bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldığı Puan Ortalamalarının Dağılımı	29
Tablo 4.5.1. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Hastalık Tipi Alt Boyutu İle Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması	30
Tablo 4.5.2. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Süre (Akut/Kronik) Alt Boyutu ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması	31
Tablo 4.5.3. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Sonuçlar Alt Boyutu İle Tanıtıcı Ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması	32
Tablo 4.5.4. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Kişisel Kontrol Alt Boyutu ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması	33
Tablo 4.5.5. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Tedavi Kontrol Alt Boyutu ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması	34
Tablo 4.5.6. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Hastalığı Anlayabilme Alt Boyutu ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması	35

Tablo 4.5.7. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Süre (Döngüsel) Alt Boyutu ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması	36
Tablo 4.5.8. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Duygusal Temsiller Alt Boyutu ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması	37
Tablo 4.5.9. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Psikolojik Atıflar Alt Boyutu ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması	38
Tablo 4.5.10. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Risk Etkenleri Alt Boyutu ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması	39
Tablo 4.5.11. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Bağışıklık Alt Boyutu ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması	40
Tablo 4.5.12. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Kaza veya Şans Alt Boyutu Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması	41
Tablo 4.6.1. KOAH'lı Bireylerin Cinsiyeti ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 4.6.2. KOAH'lı Bireylerin Medeni Durum ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 4.6.3. KOAH'lı Bireylerin Eğitim Düzeyi ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 4.6.4. KOAH'lı Bireylerin Çalışma Durumu İle SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	44
Tablo 4.6.5. KOAH'lı Bireylerin Gelir Durumu ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	44
Tablo 4.6.6. KOAH'lı Bireylerin Birlikte Yaşadığı Kişiler ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 4.6.7. KOAH'lı Bireylerin Sigara Kullanımı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	45

Tablo 4.6.8. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Tanı Süresi ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 4.6.9. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Evreleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 4.6.10. KOAH'lı Bireylerin KOAH Dışında Kronik Hastalığı Olup Olmama Durumu ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 4.7. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı ile Yaşam Kalitesine İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması	49



KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü – DSÖ (World Health Organization - WHO)
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
PLATINO	: Latin Amerika Projesi – PLATINO (Proyecto LatinoAmericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar)
FEV1	: Birinci Saniyedeki Zorlu Ekspiratuar Volüm – FEV (Forced Expiratory Volume)
FVC	: Zorlu Vital Kapasite – FVC (Forced Vital Capacity)
GOLD	: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim)
BOLD	: Obstrüktif Akciğer Hastalık Yükü (Burden of Obstructive Lung Disease)
SF-36	: Kısa Form SF-36

1. GİRİŞ

Doğumda beklenen yaşam süresinin artması ile birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı ve hastalık yükü artmıştır (1). Kalp hastalığı, inme, kanser, diyabet ve kronik akciğer hastalığı dahil bulaşıcı olmayan hastalıklar dünya çapında ölüm nedenleri arasında yer almakta ve 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar dünya üzerinde meydana gelen tüm ölümlerin en önde gelen nedenini oluşturmakta olup; 2016 yılında meydana gelen 57 milyon olan ölümün %71 (41 milyon)'inden sorumlu tutulmaktadır. Bu ölümlerin %44'ünü kardiyovasküler hastalıklar, %22'sini kanserler, %9'unu ise kronik olan solunum yolu hastalıkları oluşturmaktadır. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar nedeniyle tüm ölümlerin dörtte üçü, prematüre ya da 70 yaşına ulaşmadan ölen 16 milyon kişinin %82'sinin gelir düzeyi düşük ülkelerde meydana geldiği bildirilmektedir. Bu hastalıkların artışının önemli risk faktörleri ise davranışsal risk faktörleri (zararlı alkol kullanımı, fiziksel hareketsizlik, tuz/sodyum alımı ve tütün kullanımı) ve metabolik risk faktörleri (yüksek tansiyon, yüksek şeker ve obezite) olarak belirtilmektedir (2).

Ülkemizde bulaşıcı olmayan hastalık sıklığı dünyadaki artışa paralel olarak giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2018 verilerine göre ülkemizde ölümlerin %34'ünden kardiyovasküler hastalıklar, %23'ünden kanser, %7'sinden kronik solunum yolu hastalıkları sorumludur (3). Sağlık Bakanlığı 2016 verilerine göre ülkemizde ölümlerin %39.84'ünden kardiyovasküler hastalıklar, %19,71'inden kanserler ve %11,87'sinden kronik solunum yolu hastalıkları sorumludur (4). Hastalık görülme sıklığına sebep olan risk faktörleri ise; alkol ve sigara kullanımı, tuz tüketimindeki artış, fiziksel hareketliliğin az olması, obezite, ortam ve hava kirliliği, yüksek kan basıncı ve şeker hastalığıdır (5).

Kronik hastalıklar; ilerleyici, fonksiyonları zayıflatan, kişinin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapmasına engel olan, geri dönüşü olmayan patolojik değişikliklere neden olan ve hastalığa uyum için çaba gerektiren sağlık sorunlarıdır

(6,7). Kronik bir hastalığı olan bireyin, hastalığına ve tedavi programına göre tüm hayatını tekrar düzenlemesi gerekmektedir (8). Bulaşıcı olmayan hastalıklar içerisinde solunum sistemi rahatsızlıkları, bireyde fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal sınırlılığa yol açarak mortaliteyi artırdığı için önemli hastalıklar olarak görülmektedir (9). Solunum sistemi hastalıkları içinde en yaygın görülen hastalık ise kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)'dır (10). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı; zararlı partikül ve gazlara karşı akciğer ve havayollarının artmış kronik inflamatuvar yanıtıyla ilişkili ve sıklıkla ilerleyici özellikte kronik olarak hava akımının kısıtlanması ile belirgin, sık alevlenmelerin olduğu, kronik, yaygın, önlenemez ve tedavi ile kontrol altına alınabilir bir hastalıktır (11,12). KOAH, ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almasına rağmen halen yeterince bilinmemekte ve tanılanmamaktadır (13).

Kronik hastalığa sahip bireylerin verdiği tepkiler, hastalık algısına, tedavinin şekline, hastalık ile ilgili inanışlarına, bilgi düzeyine ve hastalığın fiziksel görünümünde yaptığı değişikliğe göre değişkenlik göstermektedir. KOAH, hastalık belirti ve bulgularının kişiden kişiye farklılık gösterdiği bir hastalıktır. Aynı risk faktörleri ile karşılaşan kişilerde bile hastalık farklı seyredebilmektedir (12). Eşlik eden ek hastalıklar ve alevlenmeler bireysel olarak hastalık şiddetini artırarak hastalık algısını azaltmakta ve bireylerde yetersizliklere neden olarak yaşam kalitesini düşürmektedir. (14, 15).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık algısı, hastalığın tedavi sürecini ve hastaların psikososyal durumlarını doğrudan etkilemektedir. Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümüdür. Bireyler dış dünyada meydana gelen durumları anlayabilmek için çeşitli bilişsel modeller oluşturmaktadır. Bu durum kronik hastalığı olan bireyler için de aynıdır. (16). Leventhal ve ark. Her hastanın kendi hastalığını temsili bir model oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Bu modele göre bireyler kendilerine anlatılan bilgilerin doğrultusunda zihinlerinde hastalık ve yaşamsal risk taşıyan durumlarla ilgili olarak şemalar oluşturmaktadır. Bu şema içerisinde hastalığın nedenleri, süresi, belirtileri, tedavisi ve sonuçları ile alakalı kişinin bireysel düşünceleri yer almaktadır (17). Bu süreçte kişinin daha önceki

deneyimleri ve algısı büyük önem taşımaktadır. Çünkü hastalık algısı; hastaların kişisel bilgilerinden, değer ve inançlarından da etkilenmektedir (18).

Kronik hastalığa sahip bireylerde hastalığın kontrol altına alınamamasındaki en önemli sorun hastalık algısını etkileyen bir faktör olan hastanın hastalığı hakkındaki bilgi eksikliğidir. Bu bilgi eksikliğini gidermesi gereken sağlık personellerinin başında ise hastayı bütüncül olarak değerlendirme ve bakım uygulamalarını gerçekleştirerek izleyen ve hastalarla en uzun süre vakit geçiren hemşireler gelmektedir (15). Tedavi ve bakım uygulamaları sırasında hemşire hastaya vereceği eğitimlerle; bireye hastalığı ve hastalığının kontrol altında tutulabilmesi konusunda tüm bilgi ve becerileri kazandırabilmelidir. Çünkü hastaların hastalık algılarının artmasıyla tedaviye uyumunun kolaylaşacağı ve yaşam kalitesinin artacağı vurgulanmaktadır (19).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan kişilerde yaşam kalitesi, hastalıkla fiziksel ve psikolojik olarak baş etme düzeyini göstermesi açısından önemli bir konuyu oluşturmaktadır (20). Hasta kişilerde doğru tedavi ve tedaviye uyum ile hastanın yaşam kalitesi artmakta ve yaşam ömrü uzamaktadır. KOAH'ta en sık görülen semptom olan dispne ve nefes darlığı hastanın fiziksel ve sosyal yönden kısıtlanmasına ve bu durum da yaşam kalitesinin düşmesine sebep olur (21). Spencer ve arkadaşlarının 2004 yılında 613 KOAH'lı hasta üzerinde yaptıkları araştırmada, yaşam kalitesi düşük olan hastaların daha sık alevlenmeler yaşadığı saptanmıştır. (22). Gudmundson ve arkadaşlarının 416 KOAH'lı hasta üzerinde yaptığı araştırmada ise düşük yaşam kalitesine sahip hastaların daha sık hastaneye başvurdıkları saptanmıştır (23). Hemşirenin verdiği eğitim ve hastanın aktif katılımı ile hastanın tedavi sürecinin yönetimini eline alması ve hastalığa bağlı rahatsızlıklarının azaltılması sonucunda yaşam kalitesinde artış sağlanabildiği belirtilmektedir (24). Yapılan çalışmalarda, sağlık profesyonelleri tarafından verilen hasta ve aile eğitimlerinin hastaların bilgi düzeyi ve hastalık sürecini yönetebilme becerilerini artırdığı, sağlık kurumuna başvurma sıklığını ise azalttığı saptanmıştır (25, 26). Bu nedenle KOAH tedavisindeki en önemli amaçlardan biri hastanın iyilik

halini sağlayarak yaşam kalitesini artırmaktır. Çünkü yaşam kalitesinin artırılması, yaşam süresini uzatmaktan daha önemlidir (27).

Hemşireler, hasta ve ailesiyle en uzun süre zaman geçiren, sürekli hasta yanında olabilen ve iletişimi kesintisiz sürdürebilen sağlık profesyonelidir. Hemşire bireyin bakımına, hastalığına, tedavi programına uyumunu ve işbirliğini sağlamada anahtar role sahiptir. Bu bağlamda hemşirenin KOAH'lı hastaların hastalık algısını ve yaşamış olduğu sorunları belirlemesi, bu sorunların çözümüne veya yaşam kalitesini artırmaya yönelik girişimlerde bulunması önemlidir (28). Ülkemizde KOAH'lı hastalarda hastalık algısının yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen araştırmaya rastlanmamış, hastalık algısını inceleyen sınırlı sayıda araştırmaya rastlanmıştır (29,30). Bu alışma KOAH'lı hastaların, hastalık algılarının yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla ilişkisel tarama modelinde planlanmıştır. Bu araştırma sonuçlarının hemşirelik alanında bilimsel bilgi birikimine katkı sağlayacağı KOAH'lı hastaların hastalık algılarının yaşam kalitelerini nasıl etkilediğini ortaya koyacağı ve hemşireler tarafından KOAH'lı hasta bakımına yansıtılacağı düşünölmektedir. Etkili bir hastalık yönetimi ile; semptomlarda, hastaneye yatışlarda ve acil servis başvurularında azalma olması; hastalığın psikolojik ve fiziksel etkilerini azaltarak bağımlılığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli olduğu düşünölmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tanımı

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı; zararlı partikül ve gazlara karşı akciğer ve havayollarının artmış kronik inflamatuvar yanıtı ile ilişkili olan ve sıklıkla ilerleyen kronik hava akımının kısıtlanması ile karakterize yaygın bir hastalık olup; önlenebilir ve tedavi ile kontrol altına alınabilmektedir (12). KOAH, fiziksel bir hastalık olmanın yanı sıra bireyi duygusal, psikososyal ve ekonomik olarak etkileyen, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa neden olan bir hastalıktır (31).

2.2 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Patogenezi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı patogenezinde temel rol oynayan patolojinin zararlı gaz ve partiküllere karşı akciğer parankiminde ve hava yollarında meydana gelen anormal bir inflamatuvar yanıt olduğu kabul edilmektedir. Bu durum akciğerin savunma mekanizmalarını bozarak doku hasarına neden olur (12). Kronik olarak hava akımının kısıtlanması, kişiden kişiye değişiklik gösteren amfizem (parankim harabiyeti) ve obstrüktif bronşiyolit (küçük hava yolu hastalığı) ortak etkileri sonucu gelişmektedir. Kronik inflamasyon küçük hava yollarında yapısal anomalilere ve daralmaya neden olmaktadır. Akciğerlerde yine inflamatuvar süreçler sebebiyle gelişen parankim harabiyeti de alveollerin küçük havayollarına tutunma noktalarında kayıplara ve akciğerlerin elastik geri çekilme özelliğinin azalmasına yol açar. Bütün bu olaylardan sonra ekspirasyon sırasında hava yollarının açık kalabilme kabiliyeti azalır. Bu patofizyolojik değişiklikler KOAH'lı bireylerde öksürük, balgam çıkarma, egzersiz kapasitesinde azalma, hipoksemi, nefes darlığı, hiperkapni, depresyon ve kilo kaybı gibi belirti ve bulgulara neden olmaktadır (32).

2.3 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Epidemiyolojisi

KOAH tüm dünyada önde gelen morbidite ve mortalite sebeplerinden biri olup giderek artan bir sosyoekonomik yüke neden olmaktadır (33). KOAH risk faktörlerine uzun süre maruziyetin olması sonucu ortaya çıkmaktadır. Risk faktörlerine maruziyetin devam etmesi ve dünya nüfusunun yaşam süresinin uzaması, KOAH risk faktörlerine maruz kalan kişi sayısının artmasına sebep olacağı için önümüzdeki yıllarda KOAH prevalansının giderek artacağı tahmin edilmektedir (34).

Dünya Sağlık Örgütü 1996 yılında 16 milyon KOAH'lı birey bulunduğunu bildirmiştir. Ancak, gerçek sayının 22 milyon civarında olduğu düşünülmektedir. Son 30 ila 40 yılda KOAH nedeniyle ölümler giderek artmıştır. 1965-1998 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde erkeklerde; ölümler inme nedeniyle %64, koroner arter hastalığı nedeniyle %59 ve diğer kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle %35 azalmasına rağmen, aynı dönemdeki KOAH nedeniyle ölümler %163 olarak artmıştır (7). 1990 yılında "Küresel Hastalık Yüğü Çalışması"nda altıncı ölüm nedeni olan KOAH, 2030 yılında Dünya'da en sık görülen dördüncü ölüm sebebi olacağı tahmin edilmektedir. DSÖ 2016 verilerine göre KOAH dünyadaki ölümlerin %9'undan sorumlu olup bu oranla ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almıştır (3,12).

Ülkemizde KOAH sıklığı incelendiğinde Sağlık Bakanlığı 2016 verilerine göre ölümlerin %11.87'sinden kronik solunum yolu hastalıkları sorumludur ve bu oran kardiyovasküler hastalıklar ve kanserden sonra üçüncü sırada gelmektedir (4). Mortalitede ki bu artışın temel sebebi sigara içme alışkanlığının artması, enfeksiyon hastalıkları, iskemik kalp hastalığı gibi diğer hastalıklar nedeniyle ölümlerin azalması ve dünya nüfusunun giderek yaşlanması ile alakalıdır (35). Türkiye'de bu konuyla ilgili yapılan ilk araştırmalardan birinde, Ankara Etimesgut bölgesinde 40 yaş üstü bireylerde KOAH'ın görülme sıklığı %13.6 olarak belirlenmiştir (36). Adana'da 2004 yılında yapılan Obstrüktif Akciğer Hastalık Yüğü (BOLD) çalışmasında ise 40 yaş üstü bireylerin %19.6'sının KOAH tanılı olduğu

bulunmuştur (37). Günen ve ark. Malatya ilinde 1160 bireyle yaptıkları araştırmada katılımcıların %6.9'unda KOAH tanısı olduğu saptanmıştır (38).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının yeteri kadar bilinmemesi ve tanılamamanın yetersizliği, ölüm oranı verilerinin güvenilirliğini olumsuz olarak etkilemektedir. Ayrıca KOAH emel ölüm nedeni olmasına rağmen, ölüm raporları incelendiğinde sıklıkla katkıda bulunan bir neden olarak gösterilmekte ya da hiç belirtilmemektedir ki bu da ölüm oranının olduğundan düşük gözükmesine sebep olmaktadır (36). İngiltere'de gerçekleştirilen bir araştırmada, KOAH'tan hayatını kaybeden kişilerin ölüm evraklarının yalnızca %57'sinde KOAH'ın birincil ölüm nedeni olduğu ya da ek bir hastalık olarak belirtildiği saptanmıştır (39).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı prevalansını belirlemek için 1990 ile 2004 yılları arasında yirmisekiz ülkede yapılan araştırmaların yer aldığı bir meta analizde sigara kullanmayanlara göre geçmişte veya halen sigara kullananlarda, 40 yaşın altındaki kişilere göre 40 yaşın üzerindeki bireylerde ve kadınlara göre erkeklerde KOAH prevalansının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (40). KOAH'ı araştıran Latin Amerika Projesi (PLATINO)'nde her biri farklı ülkede (Brezilya, Şili, Meksika, Uruguay ve Venezüela) yaşayan 40 yaş üzerindeki bireylerde bronkodilatör kullanımı sonrası hava akımı kısıtlanması prevalansı değerlendirilmiştir. Her iki ülkede KOAH görülme sıklığının yaşla birlikte arttığı, hastalığın en fazla 60 yaş üzeri kişilerde görüldüğü tespit edilmiştir (41).

2.4 Risk Faktörleri

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, genetik yatkınlık ile çevresel uyaranlara maruz kalma arasında karşılıklı bir etkileşim sonucu ortaya çıkmaktadır (11). KOAH'ın primer nedeni pasif içicilik de dahil olmak şartıyla sigara kullanımıdır. Diğer risk faktörleri şunları içerebilir:

- İç ortamdaki hava kirliliği
- Dış ortamdaki hava kirliliği
- Mesleki tozlar ve kimyasallar

- Çocukluk döneminde sık geçirilen alt solunum yolu enfeksiyonları
- Alfa-1 antitripsin eksikliği (3,5).

Aktif sigara kullanımı hastalığın birincil nedeni olmasına rağmen yapılan araştırmalar sigara içmeyenlerde de kronik hava yolu kısıtlaması olduğunu göstermiştir (42). Sigara içme, mesleki maruziyet, iç ortam hava kirliliği ve alfa-1 antitripsin eksikliği hastalığın gelişmesine sebep olan önemli risk faktörlerindedir. Sosyoekonomik durum, sedanter yaşam, obezite, yetersiz beslenme gibi diğer risk faktörleri ise hastalığın gelişimi ve prognozu ile dolaylı olarak ilişkilidir Çevresel tütün dumanına maruz kalma ve dış ortam hava kirliliğinin hastalık gelişmesine katkısı az olmakla birlikte prognozun kötüleşmesine katkısı büyüktür (43).

2.5. Tanı ve Evreleme

Hafif ve orta derecedeki KOAH'ta akciğer fonksiyonlarında önemli bir bozulma olmadığı için hastalarda meydana gelen fiziksel belirti ve bulgular genellikle saptanmaz. Özellikle yaşlı bireylerde bu süreç yaşlanmanın doğal sonucu olarak düşünüldüğünden dolayı hastaya tanı koymakta geç kalınmaktadır. İleri evre KOAH'ta ise hırıltılı solunum, kesik kesik konuşma, solunum sayısının artması ve ortopne gözlemlenebilir. Alınan hava verilemeyip akciğerlerde hava hapsi olduğundan dolayı hastalar nefes verirken genellikle dudaklarını büzerler. Fiziksel bulguların öneminin artması ve hastayı rahatsız etmesi sebebiyle hastalar bu aşamada sağlık kuruluşuna başvururlar (44).

Kronik öksürük, nefes darlığı ya da balgam çıkarma şikayetleri olan ve risk faktörlerine maruz kalma hikayesi bulunan orta-ileri yaştaki bireylerin bronkodilatör sonrası yapılan spirometrik inceleme ile değerlendirilmesi gerekir. (45). Hastalığın kesin tanısı için mutlaka spirometrik değerlendirme gereklidir. Spirometrik inceleme kişide var olan hava akımı kısıtlamasını gösteren kolay, standardize edilmiş, objektif ve tekrarlanabilir bir yaklaşımdır (46). KOAH tanısı; spirometrik incelemede bronkodilatör uygulanması sonrası solunum fonksiyon testinde kalıcı ekspiratuvar hava akımı kısıtlılığının derecesinin gösterilmesi ile konmaktadır. Tanı için 400 mcg

salbutamol verilip, en az 15-20 dakika sonrasında ölçülen birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm (FEV1)/zorlu vital kapasite (FVC) oranının %70'ten daha az olması gerekmektedir. Spirometrik olarak KOAH şiddeti değerlendirilirken, bronkodilatatör sonrası FEV1 değerinin beklenen değerin yüzdesine göre yapılması gerekmektedir. Beklenen değerler ise şu şekildedir:

“Evre 1: hafif “	➔	“FEV1 ≥ %80”
“Evre 2: orta”	➔	“%50 ≤ FEV1 < %80”
“Evre 3: ağır”	➔	“%30 ≤ FEV1 < %50”
“Evre 4: çok ağır”	➔	“FEV1 < %30 ya da” “FEV1 < %30 (beklenenin) +kronik solunum yetmezliği”
“KOAH”	➔	“FEV1/FVC < %70” (12).

2.6. KOAH Belirtileri

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında spesifik belirtiler öksürük, balgam çıkarma ve kronik nefes darlığıdır. KOAH'ta yaşanan belirtiler hem gün içinde hem de günden güne değişiklik göstermekte olup, belirtiler en fazla günün erken saatlerinde yaşanmaktadır. (47). Risk faktörlerine maruz kalan kişilerde balgam çıkarma ve kronik öksürük, hava akımı kısıtlanması oluşumundan yıllar önce başlamış olabilir. Balgam çıkarma ve öksürük şikayetleri olmasa bile hava akımı kısıtlanması gelişebilmektedir. Genellikle KOAH tanısı olan bireyler günlük yaşamlarında aksamaya neden olan semptomlar nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmaktadır. Bu hastaların bir bölümünde kronik yakınmalar bulunmakta iken, bazıları ilk akut alevlenmeye bağlı şikayetlerle sağlık kuruluşuna başvurabilmektedir (48). Bazı hastalarda göğüs ağrısı ve hemoptizi şikayeti olabilmektedir. Göğüs ağrısı sıklıkla hastalığın kendisine bağlı olmayıp pulmoner emboli ya da pnömotoraks gibi komplikasyonlar sonucu, hemoptizi ise inflamasyonlu hava yollarından dolayı görülebilmektedir. Hastalığın akut alevlenme döneminde wheezing duyulabilir. Hastalık ilerlediğinde ve hipoksemi geliştiğinde tabloya siyanoz da eklenmektedir. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde yorgunluk, anoreksiya ve buna bağlı kilo kaybı görülebilir (12). Özellikle ileri evre hastalarda solunum ve ekstremiteler kaslarının

fonksiyonunu ve kas kütlesinin azalması, egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesininin azalmasına yol açmaktadır (49).

2.7. Tedavi

Çoğu kronik hastalıkta olduğu gibi KOAH'ta da tedavi genellikle semptomla yöneliktir. KOAH tanısı olan bireyler hem fiziksel hem de sosyal anlamda ciddi olarak bağımlılık, sınırlılık ve sosyal izolasyon yaşamakta olup günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme, ilaçlarını kullanma, düzenli sağlık kontrollerini devam ettirme gibi pek çok konuda ikinci bir kişinin yardımına ihtiyaç duymaktadır (50). KOAH tedavisinde amaç; hastanın semptomları azaltmak/ortadan kaldırmak, egzersiz kapasitesini artırmak, alevlenmeleri önlemek, günlük yaşam aktiviteleri yerine getirebilme düzeyinin artırılması ve mortaliteyi azaltmaktır (51). Progresif ve geri dönüşsüz bir hastalığa sahip olan KOAH'lı bireyin tedaviye gösterdiği uyum yaşam kalitesinin artmasını sağlamaktadır (21).

2.8. Hastalık Algısı

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık; “fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak” tanımlanmaktadır. Kozier ve arkadaşları ise (1994) hastalığı “kişinin bireysel olarak sağlıksız olduğuna inanma deneyimi” olarak tanımlanmaktadır. (52). Hastalık durumu bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan pek çok zorlukla karşı karşıya gelmesine neden olmaktadır. Birçok kişi yaşamında bir hastalık geçirmiş olmasına rağmen, hastalık deneyimi kişiden kişiye farklılık göstermektedir (53). Hastalık algısı “hastaların hastalık hakkında sahip oldukları inançları, beklentileri ve hastalığın bilişsel görünümü olarak belirtilmektedir” (54).

Kişiler dış dünyalarında gelişen olayları açıklamak için çeşitli bilişsel modeller oluşturmaktadırlar. Aynı şekilde akut veya kronik bir hastalığı olan bireyler de yaşadıkları sorunları tanımlamak ve onlarla baş etmek için bazı modeller geliştirmektedirler. Leventhal ve ark. her hastanın kendi hastalıklarına göre temsili bir model geliştirdiğini ifade etmiştir. Modele göre bireyler kendilerine sunulan

bilgiler doğrultusunda zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlarla ilgili şemalar oluşturmaktadır. Bu şema içerisinde ise hastalığın nedenleri, belirtileri, süresi, tedavisi ve sonuçlarıyla ilgili bireyin kendi düşünceleri yer alır. Leventhal ve ark., hastaların bu bilişsel düzeydeki modeller ile kendi baş etme düzeneklerini oluşturduklarını ileri sürmüşler ve hastalıkla ilgili kendini düzenleme modelini (Self-Regulatory Model of Illness) geliştirmişlerdir. Bu modelde hastalığın kimliği, nedenleri, süresi, tedavi ya da kontrol edilebilirliği ve sonuçları değerlendirilmektedir (17).

2.8.1. Hastalığın kimliği

Bazı hastalıklara ilişkin semptomların yaygın olarak bilinmesi bu hastalıklarla ilgili yanlış algıların oluşmasının önüne geçmektedir. Ancak kişi çok bilmediği, sık karşılaşılmayan ve uzun tedavi süreci gerektiren hastalıklarla karşılaştığında kafasında belirsiz fikirlerle bir takım temsiller kurmaktadır. Hasta yaşadığı semptomlarla ilişkili zamanla inançlar geliştirir. Bu geliştirilen temsillere göre hastalar tanı ya da tıbbi tedavi ile ilişkili olmasa bile yaşadıkları semptomlar ile ilişkili yanlış yorumlar yapabilmektedirler. Hasta kimlik alt boyutunda yer alan belirtileri ne kadar fazla olarak algılayarsa fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık açısından o kadar negatif etkilenmektedir (55).

2.8.2. Hastalığın nedenleri

Birey tanı aldıktan sonra hastalığına neyin sebep olduğu üzerine bazı inançlar geliştirmektedir. Bu inançlar hastalığın ortaya çıkmasına sebep olan fiziksel ve pskososyal faktörleri içermektedir. Nedensel inançlar, tedavi yönetimi ve hastalığın kontrol altında tutulması için gerekli olan değişikliklerin gerçekleştirilmesinde önemlidir. Bu inanç sisteminde hasta kendini suçluyor olması psikolojik sağlığı olumsuz etkilemektedir (56).

2.8.3. Hastalığın süresi

Hastalığın akut mu veya kronik mi olduğu kişinin hastalık algısının gelişiminde farklılık yaratan unsurlardan biridir. Bu farklılık en çok ilaç kullanımı gibi zamana bağlı alışkanlıklarda kendini göstermektedir. Akut hastalığı olan bireylerde kronik hastalığı olanlara göre ilacını kullanmama ve tedaviyi bırakma davranışı daha yüksektir (57).

2.8.4. Hastalığın tedavi ya da kontrol edilebilirliği

Kişinin hastalığının tedavi edilebilir ya da kontrol altında tutulabilir olma durumuna yönelik geliştirmiş olduğu inançlar tedavi sürecinde oldukça önemlidir. Tedavi ve kontrol edilebilirlik kişinin hastalıkla nasıl baş ettiği ve bu baş etme sürecinin tıbbi tedaviye etkisine olan inanışları içerir. Zamansal algının kısa olduğu hastalarda kontrol algısı yüksektir (58).

2.8.5. Hastalığın sonuçları

Hastanın kısa ya da uzun vadede hastalığından fiziksel, psikososyal ve ekonomik olarak nasıl etkileneceği ile ilişkilidir. İçinde bulunduğu durum hastanın aile ve iş yaşantısında, yaşam tarzında yaşayacağı değişiklikleri kapsamaktadır (59).

2.9. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Hastalık Algısı

Hastalık algısı, bireylerin hastalıkla ilgili inanç ve beklentileridir. Kişiler herhangi bir kronik hastalık tanısı aldıklarında, kendilerine ait bazı inanışlar geliştirmektedir. Bu inanışlar kişilerin tıbbi bilgilerine ya da aynı tanıya sahip diğer kişilerin deneyimleri ile oluşmaktadır. Bu inanışlar hastalık yönetiminde kişilerin nasıl davranacağına dair önemli ipuçlarıdır. Hastaların fikir ve algılarının değişimi, tedaviye olan yanıtta da değişime yol açar. Hastalık algıları ya da bilişsel ifadeler kişilerin hastalığa verdiği duygusal cevabı ve tedaviye uyumu doğrudan etkileyen davranışlardır (6). Uzun süreli bakım ve tedavi sürecine ihtiyaç duyulan kronik hastalıklarda hastalığın gidişatını etkileyerek tedavinin başarılı olmasını sağlayan en

önemli faktör hastanın tedaviye uyumudur (60). Tedavi sürecine uyum hastalığın kontrol altına alınmasını sağlayan tedavi planının yürütülmesini kolaylaştırmaktadır (61). Tedaviye uyumun sağlanabilmesi için hastanın hastalığından ne anladığını, hastalığa nasıl tepki verdiğini anlamak çok önemlidir. Hemşire bakım verdiği hastasına güven ve bilgi vermelidir. Hasta ile güven bağı kurulduktan sonra hastanın günlük yaşamında meydana gelen sınırlılıklarla başa çıkmada hastaya yardım edilmeli, hastanın hastalık algısı düzeyi artırılmalıdır. Çünkü hastalık algısı düzeyinin artması tedavi planına uyumu artırarak hastalığın olumsuz sonuçlarının en aza indirilmesini sağlamaktadır (62).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı hastalarının tedavisinde karşılaşılan birçok kısıtlama hastalarda bazı psikososyal sorunların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Ölüm korkusu, üzüntü, sürekli ağlama, öfke patlamaları, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olma korkusu, rol kaybı ve sosyal izolasyon en sık görülen sorunlardır. Hasta, bu hastalığı hak ettiği veya hak etmediği bir ceza olarak görüp ona göre bazı inançlar geliştirebilir. Bu süre zarfında hasta, depresyon ya da öfke patlamaları şeklinde duygusal tepkiler gösterebilir (63, 64). Fakat asıl önemli olan ise suçluluk duygusudur. Çünkü kişi hastalığını hak ettiği bir ceza olarak görürse genellikle tedavi sürecinde pasif konumda kalır ve iyileşme için herhangi bir çaba göstermez. Fakat hastalığını hak etmediğini düşünürse sık sık öfke patlamaları yaşar ve kavgacı davranışlarda bulunabilir (59). Klinik anlamda neden bu şekilde davrandığını anlaması gereken meslek grubu ise hasta ile en çok vakit geçiren hemşirelerdir. Bu nedenle hemşire hastasını iyi tanımalı, tedavi sürecinde yol gösteren olmalı ve hastanın bilgi eksikliğini mutlaka gidermelidir. Çünkü bilgi eksikliği hastaların anksiyete düzeyini artırarak tedaviye uyumunu güçleştirmektedir. Hemşire hastasına gerekli bilgileri vermenin yanı sıra evde kullanacağı ilaç ve cihazların kullanımı hakkında gerekli becerileri kazandırmalıdır. KOAH'ın karmaşık ve yoğun hemşirelik bakımı gerektiren bir hastalık olmasından dolayı, hastaların tedavi sürecini yönetmeleri ve hastalık algıları üzerinde hemşirelerin önemli rolleri bulunmaktadır (62). Karabulutlu ve Okanlı (2011) yapmış oldukları çalışmada, kronik seyirli bir hastalık olduğunu bilme ve bilinçlenme düzeyindeki artışın hastalığın yönetiminde bireysel kontrolü yükselttiğini belirtmiştir (18).

2.10. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesinin tanımı hakkında ortak bir fikir bulunmamakla birlikte bireyin hayatının iyi gittiğine, her şeyin yolunda olduğuna dair hissettiği subjektif duygu olarak tanımlanmaktadır (65). Yaşam kalitesi; bireyin fiziksel, sosyal, psikolojik alanlarda iyilik algısının istenilen düzeyde olması, tüm yaşamsal gereksinimlerini karşılaması, eğlenmeye zaman ayırması ve günlük yaşamından aldığı doyumunu içerir (66). Fiziksel ve sosyal iyilik hali, psikososyal uyum, bağımsızlık düzeyi, alışkanlıklar, değerler ve inançlar, çevresel etkenler yaşam kalitesinin alt boyutlarını oluşturmaktadır. Kişinin içinde bulunduğu mevcut durum ve bu durumla ilişkili beklentileri arasındaki farkın yaşam kalitesini gösterdiği düşünülmektedir. Hasta bireyin beklenti ve ihtiyaçları yerine getirildiğinde yaşam kalitesi de artar. Tedavi sürecinde yaşam kalitesi ölçümleri ile gereken hastaya hastaya psikososyal destek sağlanarak sağlık hizmetinin kalitesi artırılabilir (67).

2.11. KOAH ve Yaşam Kalitesi

KOAH kronik, irreversibl ve ilerleyici hava yolu obstrüksiyonu ile karakterize bir hastalıktır. (12). Doğru tedavi ile semptomlar kontrol altına alınabilmekte ve yaşam süresi uzamaktadır. En sık görülen semptomlardan biri olan nefes darlığı ve solunum sıkıntısı hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı bir birey olmasına, uyku düzeninin bozulmasına, ciddi egzersiz kısıtlamasına sosyal ve mental iyilik halinin bozularak hastanın yaşam kalitesinin ciddi oranda düşmesine sebep olmaktadır (55). KOAH'ta görülen semptomlar hastalığın ilerleyen evrelerinde hastaların ölüm korkusu yaşamasına kadar varan emosyonel strese sebep olmaktadır. Bunun sonucunda hasta nefes darlığı yaşamamak için egzersiz kısıtlamasına gider ve sosyal her türlü aktiviteden kaçınır. Hasta, egzersiz kapasitesinde yaptığı bu kısıtlama ile kas atrofisinin artışına; kas atrofisindeki bu artışın da nefes darlığının çoğalmasına sebep olduğu bir kısır döngünün içine girer. KOAH'lı hastalarda bütün bu kısıtlamalar sonrası oluşan depresif durum tedaviyi uyumu bozmakta, hastalıkla başa çıkma gücünü azaltarak yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu nedenle KOAH tedavisinde temel hedef yalnızca yaşam süresini uzatmak değil; bireyin baş etme

becerilerini geliştirmek, tedaviye uyumunu sağlamak, bağımsızlığını, bilgi ve beceri düzeyini artırarak yaşam kalitesini artırmak olmalıdır (68).

2.12. Hemşirelik Yaklaşımı

“Amerikan Hemşireler Birliği” hemşireliği, kişinin mevcut veya olası sağlık sorunlarına vereceği tepkilerin tanımlanması ve tedavisi olarak tanımlanmaktadır. Tanımdan anlaşılacağı gibi hemşirelik mesleğinin asıl amacı sağlık sorunlarının kendisi değil, hastanın sağlık sorunlarına karşı gösterdiği tepkinin belirlenip buna göre bakım planının oluşturulmasıdır (69).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, hastaların yalnızca fiziksel değil aynı zamanda psikososyal anlamda etkilendiği bir çok kısıtlama ile karşı karşıya kaldığı bir hastalıktır. Hastanın hastalığıyla baş edebilme gücünün, öz bakım becerilerinin, bağımsızlığının ve yaşam kalitesinin artırılması hemşirelik bakımının temel amaçlarından biri olmalıdır (70). KOAH’lı hastalar fiziksel ve psikososyal sorunlarına iyi gelecek bireye özgü hazırlanmış hemşirelik bakımına ihtiyaç duyarlar. Hemşire hastanın bakımında sadece semptomaya ynelmemeli hastası ile bütüncül olarak ilgilenmeli ve hastasının bilgi eksikliği olan konularda eksikliğini tamamlamalıdır (71). Hemşirelik bakımı pulmoner rehabilitasyon, tedavide kullanılan tıbbi cihazların öğrenimi, ilaç kullanımı, sigarayı bırakma programı, günlük yaşama uyum gibi konuları içeren bireye özgü bir eğitim programını kapsamaktadır.

“Pulmoner rehabilitasyon”; kronik solunum yolu hastalığı olan, çoğunlukla günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanmış, hastalığın semptomlarının belirgin şekilde görüldüğü hastalarda hem kanıta dayalı hem de kişiye özel olan bir tedavi yaklaşımı olarak belirtilmektedir (12). Pulmoner rehabilitasyon programının temel amacı; hastanın hastalık semptomlarını azaltmak, egzersiz kapasitesini artırmak, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yerine getirebilmesini sağlamak, risk faktörlerinden uzak durmasına yardımcı olmak, fonksiyonel kapasitesinin mümkün olan en yüksek düzeye çıkartılarak kişinin kendi kendine yeterli hale getirilmesi ve yaşam kalitesini

artırmaktır (72,73). Pulmoner rehabilitasyon hastane temelli olup, hem evde hem de toplum sağlığı gibi merkezlerde hayata geçirilebilmektedir. Ancak pulmoner rehabilitasyonun en iyi sonuç verdiği yerler hastanelerdir (73). Pulmoner rehabilitasyon ile semptomlar kontrol altına alınarak mortalite azalırken, hastanede yatış süresinin azalması sebebiyle maliyet düşer, hasta ve yakınlarında görülen anksiyete ve depresyon azalır, yaşam kalitesi düzeyleri artar (74). Salman ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analizde pulmoner rehabilitasyon ile rutin tedaviyi karşılaştıran 20 çalışma değerlendirilmiş ve pulmoner rehabilitasyon ile yaşam kalitesinde anlamlı yükselme olduğu saptanmıştır (75).

Pulmoner rehabilitasyon programında sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirenin, hasta ve ailelerin hastalığı daha iyi anlayabilme ve hastalıkla baş edebilmede önemli sorumlulukları yer almaktadır. Hemşire bakım verdiği hastasının eksiklerini saptamalı ve buna göre bir eğitim programı hazırlamalıdır. Hasta eğitimi, hastanın eğitim düzeyi, daha önceki deneyimleri, inançları, tutumları ve sosyokültürel düzeyi dikkate alınarak hazırlanmalıdır (26). Gallefoss ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları çalışmada KOAH'lı hastaların, hastalıklarının fizyopatolojisinden çok tedavi yöntemlerini ve tedaviyi günlük yaşamlarında nasıl uygulayacaklarını, yaşam şekillerinde neleri değiştirmeleri gerektiğini merak ettikleri bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada verilen eğitim ile doktora başvurma oranının %73 oranında azaldığı ve eğitim alan hastalarda yaşam kalitesinin daha iyi olduğu saptanmıştır (76).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Şekli

Bu çalışma KOAH'lı hastaların, hastalık algılarının yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Çalışmanın Varsayımları ve Hipotezleri

H₀₋₁: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık algısının yaşam kalitesine etkisi yoktur.

H₀₋₂: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin yaş, medeni durum, cinsiyet, gelir durumu, eğitim düzeyi, sigara-alkol kullanma durumu ve kronik hastalık varlığı ile hastalık algısı arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₀₋₃: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin yaş, medeni durum, cinsiyet, gelir durumu, eğitim düzeyi, sigara-alkol kullanma durumu ve kronik hastalık varlığı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₀₋₄: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık süresi ve hastalık evresi ile hastalık algısı arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₀₋₅: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık süresi ve hastalık evresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark yoktur.

H₁₋₁: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık algısının yaşam kalitesine etkisi vardır.

H₁₋₂: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin yaş, medeni durum, cinsiyet, gelir durumu, eğitim düzeyi, sigara-alkol kullanma durumu ve kronik hastalık varlığı ile hastalık algısı arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₋₃: : Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin yaş, medeni durum, cinsiyet, gelir durumu, eğitim düzeyi, sigara-alkol kullanma durumu ve kronik hastalık varlığı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₋₄: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık süresi ve hastalık evresi ile hastalık algısı arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₋₅: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık süresi ve hastalık evresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark vardır.

3.2. Çalışmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma “Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi”, “Göğüs Hastalıkları Servis ve Polikliniğinde” 30.10.2015-30.01.2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi göğüs hastalıkları servis ve polikliniğine başvuran KOAH tanısı almış hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında güç analizi kullanılmıştır. Güç analizinde etki büyüklüğü 0.2, tip I hata (α) düzeyi 0.05 ve güç değeri 0.80 ile örneklem büyüklüğü 199 KOAH'lı hasta olarak belirlenmiştir. Bu çalışma araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 204 hasta ile yapılmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde olma,
- İletişim kurulabilme,
- Psikiyatrik bir rahatsızlığın olmaması ve
- Çalışmaya katılmayı kabul etmedir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Yaşam kalitesi ölçek puanı

Bağımsız Değişkenler: Çalışmaya katılan bireyin yaşı, eğitim durumu, cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, ekonomik durumu, sigara-alkol kullanma durumu, KOAH tanı süresi, hastalığının evresi ve hastalık algısı ölçeği puanıdır.

3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları

Veriler klinik ve poliklinikte görüşme için uygun bir odada, yüz yüze görüşme tekniği ile toplam 15-20 dakikada toplanmıştır. Görüşme öncesi katılımcılara araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir. KOAH evre sorusu, hasta dosyasında yer alan hekimin tespit ettiği evre olarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Veriler araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan Soru Formu (sosyodemografik özellikler, hastalığa ilişkin özellikler), (Bkz. EK I), Hastalık Algısı Ölçeği (Bkz. EK II), “Kısa Form – 36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği” (Bkz. EK III) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1 Soru formu

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik ve hastalıkları hakkında bilgilerini içeren araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan bir form olup; yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, çalışma ve iş durumu, algılanan gelir gider düzeyi, sigara ve alkol kullanma durumu, KOAH tanı süresi, hastalık evresi ile ilgili kapalı uçlu, diğer kronik hastalıklarına yönelik açık uçlu sorular bulunmaktadır.

3.5.2 Hastalık algısı ölçeği

Bu ölçek 1996’da Weinman tarafından geliştirilmiş (16) olup, 2002 yılında Moss-Morris ve arkadaşları (77) tarafından gözden geçirilmiştir. Bu araştırmada

“Hastalık Algısı Ölçeği”nin gözden geçirilmiş versiyonu kullanılmıştır. “Hastalık Algısı Ölçeği” yapı olarak “belirtiler (kimlik boyutu)”, “algı” ve “nedenler” olarak üç bölüme oluşur. Algı bölümü, beşli likert tipi (kesinlikle böyle düşünmüyorum-kesinlikle böyle düşünüyorum), yedi alt ölçek içermekte ve toplam 38 sorudan oluşmaktadır. Alt boyutlar; “süre (akut/kronik)”, “süre (döngüsel)”, “sonuçlar”, “kişisel kontrol”, “tedavi kontrolü”, “hastalık tutarlılığı” ve “duygusal temsiller”den oluşmaktadır. Kimlik boyutu evet/hayır olarak cevaplanmaktadır. Nedenler bölümü beşli likert tipi (Kesinlikle böyle düşünmüyorum-kesinlikle böyle düşünüyorum) olup toplam 18 soru içermektedir. Ölçeğin sonunda nitel olarak değerlendirilmek üzere kişinin hastalığının en önemli nedeni olarak gördüğü faktörleri yazması istenmektedir. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik güvenirlik çalışmasını Armay 2006 yılında gerçekleştirmiştir (6).

Hastalık algısı ölçeğinin; hastalık tipi boyutunda toplam 14 madde yer almakta olup iç tutarlılığı 0.815 bulunmuştur. Hastalık hakkındaki görüşlerini içeren boyutun süre (akut/kronik) alt boyutunda altı madde yer almakta olup iç tutarlılığı 0.916, sonuçlar alt boyutunda altı madde yer almakta olup iç tutarlılığı 0.921, kişisel kontrol alt boyutunda altı madde yer almakta olup iç tutarlılığı 0.978, tedavi kontrol alt boyutu beş madde içermekte olup iç tutarlılığı 0.958, hastalığı anlayabilme alt boyutu beş maddeden oluşmakta olup iç tutarlılığı 0.970, süre (döngüsel) alt boyutu dört madde içermekte olup iç tutarlılığı 0.477 ve duygusal temsiller alt boyutu altı maddeden oluşmakta olup iç tutarlılığı 0.927 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin hastalık nedenleri boyutunda dört alt boyut var olup her birisinin iç tutarlılığı 0.27 ile 0.35 arasında değişmektedir. Ancak bu boyutun her bir alt boyutunda sorulan sorular arası iç tutarlılığın düşük çıkması beklenen bir sonuçtur. Çünkü sorular hastalık nedenlerini sorgulamakta olup aynı alt boyut içine giren nedenlerden biri veya ikisi aynı zamanda seçilmekte diğer nedenler neden olarak kabul edilmemektedir. Bir başka ifadeyle alt boyuttaki sorulardan birine yüksek diğerlerine düşük puan verilebilmektedir. Bu durum alt boyuttaki iç tutarlılığın düşük çıkmasına neden olur. Bu sonuca göre nedenler boyutunda veya alt boyutlarında iç tutarlılığı incelemenin bir anlamı olmadığı daha başka bir ifadeyle iç tutarlılığın olmasının beklenmediği söylenebilir.

3.5.3. “Kısa form – 36 (SF-36) yaşam kalitesi ölçeği”

“Kısa form – 36 (SF-36) yaşam kalitesi ölçeği” 1992 yılında Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilmiştir (78). Yaşam kalitesi ölçekleri arasında jenerik özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlamaktadır. Ölçek birçok dile çevrilmiş olup Türkçe için Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından bedensel hastalığı olanlarda geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır (79). Ölçek toplam 36 maddeden oluşmakta ve bu şekilde 8 skalanın ölçümü sağlanmaktadır:

- 1) “Fiziksel fonksiyon: Sağlık sorunları nedeniyle fiziksel aktivitelerin kısıtlanması (masa itmek, poşet taşımak, merdiven çıkmak gibi günlük aktivitelerin etkilenmesi)”
- 2) “Sosyal fonksiyon: Fiziksel ve duygusal nedenlerle sosyal aktivitelerin kısıtlanması (arkadaşlarını ziyaret gibi)”
- 3) “Fiziksel rol fonksiyonu: Fiziksel sağlık sorunlarına bağlı rol kısıtlılıkları (çalışma saatlerinde kısıtlanma, çalışırken ve günlük aktivitelerde aşırı efor sarf etme gibi)”
- 4) “Emosyonel rol fonksiyonu: Emosyonel sorunlara bağlı gelişen rol kısıtlılıkları”
- 5) “Mental sağlık: Psikolojik sıkıntı ve iyilik hali ile ilgili olarak genel mental sağlık”
- 6) “Vitalite: Enerji, yorgunluk düzeyinin objektif değerlendirilmesi”
- 7) “Ağrı: Ağrının şiddeti ve çalışma gücünü nasıl etkilediği”
- 8) “Genel sağlık: Kişinin kendi sağlığı ile ilgili görüşleri”

Değerlendirme bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde kalitesinin iyi olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğine ait beş maddeden oluşan genel sağlık alt boyutuna ait iç tutarlılık değeri 0.924, 10 maddeden oluşan fiziksel fonksiyon alt boyutuna ait iç tutarlılık 0.974, dört maddeden oluşan fiziksel rol güçlüğüne ait iç tutarlılık 0.934, üç maddeden oluşan emosyonel rol güçlüğü alt boyutuna ait iç tutarlılık 0.937, iki maddeden oluşan sosyal fonksiyon alt boyutuna ait iç tutarlılık 0.937, iki maddeden oluşan ağrı alt boyutuna ait iç tutarlılık 0.968, beş maddeden oluşan mental sağlık alt boyutuna ait iç tutarlılık 0.785 ve dört maddeden oluşan vitalite alt boyutuna ait iç

tutarlılık 0.945 olarak hesaplanmıştır. Bütün alt boyutlar için iç tutarlılığın oldukça yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS (ver. 18) istatistik paket programında analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizi ile incelenirken sosyodemografik özelliklerle ölçek puanları arasındaki ilişkiler ANCOVA (kovaryans analizi) modeli ile incelenmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın uygulanması için Abant İzzet Baysal Üniversitesi'nin "Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan" 21.07.2015 tarih ve 2015/106 sayılı etik kurul onayı (Ek 5) ve "Bolu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden (Ek 6) yazılı izin alınmıştır. Hastalık Algısı Ölçeği'nin kullanım izni Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan Armay'dan alınmıştır (Ek 7). Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uygun olan kişilere araştırmaya başlamadan önce araştırmanın amacı anlatılıp, çalışmaya katılmayı kabul edenlere Onam Formu (Ek 1) verilerek yazılı onamları alınmıştır.

3.8. Çalışmanın Akış Şeması

Başlama Tarihi	01.06.2015
Verilerin Toplanması	30.10.2015 - 30.01.2016
Verilerin Değerlendirilmesi	11.09.2018 – 20.09.2018
Araştırma Raporunun Yazılması	20.09.2018 – 20.04.2019

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu alışma sadece Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi'ne başvuran KAH'lı hastalarla yapıldığından örneklem sınırlılığı içermektedir. Bu nedenlerle çalışma sonuçları genellenememekte, ancak genellemeye katkı sağlayabilmektedir.



4. BULGULAR

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde hastalık algısının yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bu çalışmadan elde edilen bulgular yedi bölümde incelenerek sunulmuştur:

4.1. KOAH'lı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

4.2. KOAH'lı Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Özellikleri

4.3. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısına İlişkin Özellikleri

4.4. KOAH'lı Bireylerin Yaşam Kalitesine İlişkin Özellikleri

4.5. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

4.6. KOAH'lı Bireylerin Yaşam Kaliteleri ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

4.7. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı ile Yaşam Kalitelerine İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

4.1. KOAH'lı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 4.1.1. KOAH'lı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri (n=204)

Sosyodemografik Özellikler		$\bar{x} \pm SS$	min-max
Yaş Ortalaması		63.8±6.9	42-82
		n	%
Cinsiyet	Kadın	52	25.5
	Erkek	152	74.5
Medeni durum	Evli	177	86.8
	Bekar	27	13.2
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	35	17.2
	İlköğretim	83	40.7
	Ortaöğretim	52	25.5
	Lise	21	10.3
	Üniversite	12	6.3
Çalışma durumu	Çalışıyor	40	19.6
	Çalışmıyor	164	80.4
Sosyal güvence	Var	194	95.1
	Yok	10	4.9
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	24	11.8
	Gelir gidere eşit	147	72.1
	Gelir giderden fazla	33	16.1
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	7	3.4
	Ailele birlikte	197	96.6
Toplam		204	100

Çalışma kapsamına alınan KOAH'lı bireylerin tanıtıcı özellikleri tablo 4.1'de verilmiştir. Çalışmaya katılan KOAH'lı bireylerin yaş ortalaması 63.8±6.9 yıl, %74.5'i erkek, %86.8'i evli, %40.7'si ilköğretim mezunu, %80.4'ü herhangi bir işte çalışmamakta ve %95.1'inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Bireylerin %72.1'inin algıladıkları gelir durumlarının gelir gidere eşit şekilde ifade ettiği ve hastaların %96.6'sının ailesiyle birlikte yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.1.2. KOAH'lı Bireylerin Alışkanlıklarına İlişkin Özellikleri (n=204)

Özellikler		n	%
Sigara kullanma durumu	Evet	163	79.9
	Hayır	41	20.1
Sigara kullanım süresi	22-32 yıl	9	5.5
	33-43 yıl	58	35.0
	44 yıl ve üzeri	98	59.4
Günlük sigara tüketim adeti	0-10 adet	10	6.1
	11-20 adet	26	15.8
	21-30 adet	50	30.3
	30-40 adet	37	22.4
	41 adet ve üzeri	42	25.5
Alkol kullanma durumu	Evet	7	3.4
	Hayır	197	96.6
Toplam		204	100

Çalışmaya katılan KOAH'lı bireylerin %79.9'unun sigara, %3.4'ünün alkol kullandığı, sigara kullananların %59.4'ünün sigara kullanım süresinin 44 yıl ve üzeri olduğu, %30.3'ünün günde 21-30 adet, %25.5'inin ise 41 adet ve üzeri miktarda sigara içtiği bulunmuştur.

4.2. KOAH'lı Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Özellikleri

Tablo 4.2. KOAH'lı Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Özellikleri (n=204)

Özellikler		n	%
KOAH tanı süresi	0-5 yıl	164	80.4
	6-11 yıl	40	19.6
KOAH evresi	1.evre	21	10.3
	2.evre	53	26.0
	3.evre	63	30.9
	4.evre	67	32.8
Başka bir kronik hastalık varlığı	Evet	93	45.5
	Hayır	111	54.5
Kronik hastalıklar	Akciğer kanseri	12	5.9
	Hipertansiyon	60	29.4
	Diyabet	32	15.7
	Koroner arter hastalığı	26	12.7
	Konjestif kalp yetmezliği	15	7.4
	Uyku apnesi	7	3.4
	Serebro vasküler olay	5	2.5
	Pulmoner hipertansiyon	9	4.4
	Mide kanseri	6	2.9
	Obezite	10	4.9
Toplam		204	100

Çalışmaya katılan bireylerin %80.4'ü 0-5 yıldır KOAH tanılı olup, %32.8'i dördüncü %30.9'u üçüncü evre KOAH hastasıdır. Hastaların %45.5'inin KOAH dışında ek bir kronik hastalığı olduğu, en sık görülen kronik hastalıklar ise sırasıyla hipertansiyon (%29.4), diyabet (%15.7) ve koroner arter hastalığıdır (%12.7).

4.3. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısına İlişkin Özellikleri

Tablo 4.3.1. “Hastalık Algısı Ölçeği” “Hastalık Belirtileri Alt Boyutu” Bulgularının Yüzdeler Dağılımı (n=204)

Belirtiler*	“Hastalığın başlangıcından beri bu belirtiyi yaşadım” (evet)		“Bu belirti hastalığımla ilgili “ (evet)	
	n	%	n	%
Ağrı	147	72.1	143	70.1
Boğazda yanma	67	32.8	68	33.3
Bulantı	23	11.3	14	6.9
Soluk almada güçlük	193	94.6	193	94.6
Kilo kaybı	80	39.2	67	32.8
Yorgunluk	153	75.4	148	72.5
Eklem sertliği	16	7.8	17	8.4
Gözlerde yanma	52	25.5	53	26.0
Hırıltılı soluma	187	91.7	187	91.7
Baş ağrısı	131	64.2	130	63.7
Mide yakınmaları	54	26.5	49	24.0
Uyku güçlükleri	171	83.8	171	83.8
Sersemlik hissi	153	75.0	152	74.5
Güç kaybı	153	75.0	152	74.5
Toplam		204	100	Toplam

*Birden fazla belirtiyeye cevap verildiği için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Katılımcıların hastalığın başlangıcından itibaren en sık yaşadığı belirtilerin; soluk almada güçlük (%94.6), hırıltılı soluma (%91.7), uyku güçlüğü (% 83.8) yorgunluk (%75.4), güç kaybı (%75) ve sersemlik hissi (%75) olduğu görülmüştür. Bu belirtilerin hastalıkla ilgili olanlarından en sık yaşananların ise; soluk almada güçlük (%94.6), hırıltılı soluma (%91.7), uyku güçlüğü (%83.8), güç kaybı ve sersemlik hissi (%74.5) olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3.2. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğinden Aldığı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=204)

Alt Gruplar	min-max	\bar{x}	SS
Hastalık Tipi (kimlik)	15-28	20.45	3.06
“Hastalık Hakkındaki Görüşleri”			
“Süre (akut/kronik) “	1.5-5.0	4.07	1.07
“Sonuçlar “	2.17-5.0	3.80	1.18
“Kişisel kontrol”	1.0-5.0	3.14	1.40
“Tedavi kontrol”	1.0-5.0	3.15	1.31
“Hastalığı anlayabilme”	1.0-5.0	2.69	1.45
“Süre (döngüsel)”	2.0-5.0	4.45	0.43
“Duygusal temsiller”	1.67-5.0	3.77	1.24
Hastalık Nedenleri Boyutu			
Psikolojik Atıflar	2.17-5.0	3.09	0.67
Risk Etkenleri	1.71-4.86	2.58	0.45
Bağıışıklık	1.67-5.0	3.16	0.51
Kaza veya Şans	1.0-5.0	2.97	0.18

Katılımcıların hastalık algısı puan ortalamaları incelendiğinde “hastalık tipi boyutu” puan ortalaması 20.45±3.06, “hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu” süre (akut/kronik) puan ortalaması 4.07±1.07, sonuçlar puan ortalaması 3.80±1.18, kişisel kontrol puan ortalaması 3.14±1.40, tedavi kontrolü puan ortalaması 3.15±1.31, hastalığı anlayabilme puan ortalaması 2.69±1.45 süre (döngüsel) puan ortalaması 4.45±0.43, duygusal temsiller puan ortalaması 3.77±1.24’tir. “Hastalık nedenleri alt boyutu” psikolojik atıflar puan ortalaması 3.09±0.67, risk etkenleri puan ortalaması 2.58±0.45, bağışıklık puan ortalaması 3.16±0.51, kaza veya şans puan ortalaması 2.97±0.18’dir.

Tablo 4.3.3. KOAH’lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeği Olası Hastalık Nedenlerinin Yüzdelerlik Dağılımı (n=204)

Olası Nedenler	1	2	3	4	5
	%	%	%	%	%
Stres ya da endişe	0.0	0.5	0.0	19.1	80.4
Kalıtsal	80.4	17.6	0.0	2	0.0
Bir mikrop ya da virüs	79.9	17.6	0.0	2	0.5
Diyet –yemek alışkanlıkları	69.1	20.6	0.5	6.4	3.4
Sans ya da kötü talih	0.5	0.0	0.0	10.3	89.2
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım	8.8	13.2	1	37.7	39.2
Çevre kirliliği	1.5	14.2	4.4	60.3	19.6
Kendi davranışım	22.1	20.6	1.5	44.6	11.3
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem	25.5	20.1	0.5	42.6	11.3
Aile problemleri	67.6	16.7	0.0	7.8	7.8
Aşırı çalışma	28.9	5.9	0.0	22.5	42.6
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem	23.5	22.1	1	42.2	11.3
Yaşlanma	42.6	3.4	0.0	15.2	38.7
Alkol	93.6	2.5	0.0	0.5	3.4
Sigara içme	16.7	0.5	0.0	8.3	74.5
Kaza ya da yaralanma	94.6	4.9	0.0	0.5	0.0
Kişilik özelliklerim	42.6	5.9	0.0	39.7	11.8
Vücut direncimin azalması	2.9	1.5	0.5	40.7	54.4

(1)“Kesinlikle böyle düşünmüyorum” (2)“Böyle düşünmüyorum” (3)“Kararsızım” (4)“Böyle düşünüyorum” (5)“Kesinlikle böyle düşünüyorum”

Olası hastalık nedenlerinin dağılımına bakıldığında kesinlikle böyle düşünüyorum kategorisinde şans ya da kötü talih en fazla seçilen olurken bunu stres ya da endişe ile sigara içme izlemiştir. Böyle düşünüyorum diyenlerde ise en çok seçilen çevre kirliliği, kendi davranışım, benim tutumum, yaşamım hakkında olumsuz düşünmem olmuştur. Kesinlikle böyle düşünmüyorum kategorisinde ise en

çok seçilen kaza ve yaralanma olurken bunu alkol kullanımı ve kalıtsal faktörler izlemiştir.

4.4. KOAH'lı Bireylerin Yaşam Kalitelerine İlişkin Özellikleri

Tablo 4.4.1. KOAH'lı Bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldığı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=204)

Alt Gruplar	min-max	\bar{x}	SS
“Fiziksel fonksiyon”	0-100	33.67	63.59
“Fiziksel rol kısıtlaması”	0-100	27.45	42.08
“Ağrı”	0-90	46.12	28.28
“Genel sağlık”	0-95	24.06	28.26
“Vitalite”	0-100	29.60	29.59
“Sosyal fonksiyon”	0-100	43.38	32.00
“Emosyonel rol kısıtlaması”	0-100	27.45	42.08
“Mental sağlık”	16-96	52.88	19.90

Hastaların yaşam kalitesi alt grup puan ortalamaları incelendiğinde en fazla sırasıyla; mental sağlık (52.88 ± 19.90), ağrı (46.12 ± 28.28), sosyal fonksiyon (43.38 ± 3), fiziksel fonksiyon (33.67 ± 63.59), vitalite (29.60 ± 29.59), eşit ortalamalarla emosyonel ve fiziksel rol kısıtlaması (27.45 ± 42.08) ve genel sağlık (24.06 ± 28.26) puan ortalaması olduğu belirlenmiştir.

4.5. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.5.1. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Hastalık Tipi Alt Boyutu İle Tanıtıcı Ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=204)

		Hastalık Tipi Puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Cinsiyet	Kadın	52	18.91	1.678	0.856
	Erkek	152	18.78	1.669	
Medeni durum	Evli	177	19.12	1.708	0.457
	Bekar	27	18.57	1.643	
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	35	18.85	1.672	0.308
	İlköğretim	83	18.66	1.715	
	Ortaöğretim	52	17.87	1.712	
	Lise	21	19.09	1.786	
	Üniversite	12	19.75	1.875	
Çalışma durumu	Çalışıyor	40	20.08	1.743	0.001
	Çalışmıyor	164	17.61	1.591	
Sosyal güvence	Var	194	19.62	1.627	0.146
	Yok	10	18.07	1.806	
Gelir durumu	Gelir giderden az	24	18.69	1.736	0.937
	Gelir gidere eşit	147	18.94	1.664	
	Gelir giderden fazla	33	18.91	1.727	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	7	19.30	1.972	0.497
	Ailele birlikte	197	18.39	1.538	
Sigara kullanma	Evet	163	19.05	1.665	0.497
	Hayır	41	18.64	1.670	
Alkol kullanma	Evet	7	18.76	1.853	0.524
	Hayır	197	18.93	1.599	
KOAH tanı süresi	0-5 yıl	164	19.45	1.619	0.879
	6-11 yıl	40	19.05	1.665	
KOAH evresi	"1.evre"	21	25.38	1.60	0.001
	"2.evre"	53	22.62	2.51	
	"3.evre"	63	19.02	2.08	
	"4.evre"	67	18.52	1.33	

Çalışma durumu ve KOAH evreleri ile hastalık tipi alt boyutu puanları arasında anlamlı fark olduğu ($p=0.001$); çalışan bireylerde çalışmayanlara göre hastalık tipi puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.001$). KOAH evreleri ile hastalık tipi puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise hastalık tipi puanının en fazla birinci en az ise dördüncü evrede olduğu ve hastalık evresi arttıkça hastalık tipi puanının azaldığı saptanmıştır.

Tablo 4.5.2. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Süre (Akut/Kronik) Alt Boyutu ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=204)

		Süre (Akut/Kronik) Puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Cinsiyet	Kadın	52	4.713	0.656	0.912
	Erkek	152	4.682	0.653	
Medeni durum	Evli	177	4.721	0.669	0.869
	Bekar	27	4.674	0.641	
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	35	4.663	0.657	0.148
	İlköğretim	83	4.375	0.672	
	Ortaöğretim	52	4.318	0.672	
	Lise	21	5.079	0.703	
	Üniversite	12	5.052	0.723	
Çalışma durumu	Çalışıyor	40	4.649	0.684	0.711
	Çalışmıyor	164	4.746	0.620	
Sosyal güvence	Var	194	4.634	0.637	0.762
	Yok	10	4.760	0.707	
Gelir durumu	Gelir giderden az	24	4.854	0.680	0.243
	Gelir gidere eşit	147	4.880	0.652	
	Gelir giderden fazla	33	4.358	0.673	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	7	4.685	0.776	0.962
	Ailele birlikte	197	4.710	0.596	
Sigara kullanma	Evet	163	4.755	0.650	0.652
	Hayır	41	4.640	0.654	
Alkol kullanma	Evet	7	5.127	0.727	0.056
	Hayır	197	4.268	0.624	
KOAH tanı süresi	0-5 yıl	164	4.608	0.632	0.412
	6-11 yıl	40	4.787	0.665	
KOAH evresi	1.evre	21	3.82	0.89	0.001
	2.evre	53	3.13	1.52	
	3.evre	63	4.34	0.36	
	4.evre	67	4.66	0.46	

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı evreleri ile süre (akut/kronik) alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p=0.001$) belirlenmiştir. Süre (akut/kronik) alt boyutuna ait puanın üçüncü ve dördüncü evrelerde birinci ve ikinci evreye göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ikinci evre puanının da birinci evreye göre daha düşük olduğu, buna karşın üçüncü ve dördüncü evreler arasında anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.5.3. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Sonuçlar Alt Boyutu İle Tanıtıcı Ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=204)

		Sonuçlar Puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Cinsiyet	Kadın	52	4.960	5.11	0.172
	Erkek	152	4.548	8.68	
Medeni durum	Evli	177	4.799	9.61	0.771
	Bekar	27	4.709	3.60	
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	35	4.679	4.19	0.982
	İlköğretim	83	4.661	6.61	
	Ortaöğretim	52	4.795	5.22	
	Lise	21	4.834	3.47	
	Üniversite	12	4.801	2.70	
Çalışma durumu	Çalışıyor	40	4.472	4.66	0.046
	Çalışmıyor	164	5.035	8.57	
Sosyal güvence	Var	194	4.730	9.57	0.916
	Yok	10	4.777	2.41	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	24	4.906	3.60	0.695
	Gelir gidere eşit	147	4.809	8.54	
	Gelir giderden fazla	33	4.547	4.17	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	7	4.964	2.21	0.462
	Ailemle birlikte	197	4.544	9.02	
Sigara kullanma	Evet	163	4.712	8.95	0.760
	Hayır	41	4.640	4.51	
Alkol kullanma	Evet	7	5.127	2.07	0.224
	Hayır	197	4.268	9.45	
KOAH tanı süresi	0-5 yıl	164	4.590	8.73	0.165
	6-11 yıl	40	4.918	4.53	
KOAH evresi	1.evre	21	2.51	0.33	0.001
	2.evre	53	2.37	0.87	
	3.evre	63	4.51	0.24	
	4.evre	67	4.68	0.49	

Çalışma durumu ve KOAH evreleri ile sonuçlar alt boyutu puanı arasında anlamlı fark olduğu ($p \leq 0.05$), diğer özellikler arasında ise anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Çalışmayan bireylerde çalışanlara göre hastalık tipi puanı daha yüksek ve anlamlı ($p \leq 0.05$) olup, üçüncü ve dördüncü KOAH evrelerinde birinci ve ikinci evrelere göre sonuçlar puanının daha yüksek ve anlamlı ($p = 0.001$) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5.4. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Kişisel Kontrol Alt Boyutu ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=204)

		Kişisel Kontrol Puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Cinsiyet	Kadın	52	2.437	5.79	0.395
	Erkek	152	2.728	9.85	
Medeni durum	Evli	177	2.510	10.90	0.681
	Bekar	27	2.654	4.08	
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	35	3.221	4.76	0.107
	İlköğretim	83	2.941	7.49	
	Ortaöğretim	52	2.367	5.93	
	Lise	21	2.021	3.94	
	Üniversite	12	2.359	3.07	
Çalışma durumu	Çalışıyor	40	2.744	5.29	0.311
	Çalışmıyor	164	2.421	9.72	
Sosyal güvence	Var	194	2.855	10.85	0.285
	Yok	10	2.309	2.74	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	24	2.294	4.08	0.282
	Gelir gidere eşit	147	2.436	9.69	
	Gelir giderden fazla	33	3.017	4.73	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	7	2.172	5.79	0.207
	Ailele birlikte	197	2.992	9.85	
Sigara kullanma	Evet	163	2.653	10.16	0.652
	Hayır	41	2.511	5.13	
Alkol kullanma	Evet	7	2.454	2.35	0.640
	Hayır	197	2.710	10.72	
KOAH tanı süresi	0-5 yıl	164	2.981	9.91	0.003
	6-11 yıl	40	2.183	5.15	
KOAH evresi	1.evre	21	4.49	0.28	0.001
	2.evre	53	4.30	0.71	
	3.evre	63	2.47	1.40	
	4.evre	67	2.46	1.10	

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanı süresi ve hastalık evreleri ile kişisel kontrol alt boyutu puanı arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p \leq 0.05$). Kişisel kontrol alt boyut puanı KOAH tanı süresi 0-5 yıl olanlarda, 6-11 yıl olanlara göre ($p=0.003$); hastalık evresinde ise birinci ve ikinci evrede üçüncü ve dördüncü evreye ($p=0.001$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.5.5. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Tedavi Kontrol Alt Boyutu ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=204)

		Tedavi Kontrol Puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Cinsiyet	Kadın	52	2.244	5.34	0.255
	Erkek	152	2.604	9.09	
Medeni durum	Evli	177	2.285	10.06	0.393
	Bekar	27	2.563	3.76	
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	35	2.992	4.39	0.088
	İlköğretim	83	2.793	6.91	
	Ortaöğretim	52	2.212	5.47	
	Lise	21	1.939	3.64	
	Üniversite	12	2.185	2.83	
Çalışma durumu	Çalışıyor	40	2.561	4.88	0.352
	Çalışmıyor	164	2.287	8.96	
Sosyal güvence	Var	194	2.702	10.01	0.239
	Yok	10	2.146	2.52	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	24	2.246	3.77	0.537
	Gelir gidere eşit	147	2.324	8.94	
	Gelir giderden fazla	33	2.703	4.37	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	7	1.946	2.32	0.111
	Ailele birlikte	197	2.902	9.45	
Sigara kullanma	Evet	163	2.373	9.38	0.723
	Hayır	41	2.475	4.73	
Alkol kullanma	Evet	7	2.276	2.17	0.558
	Hayır	197	2.572	9.90	
KOAH tanı süresi	0-5 yıl	164	2.864	9.14	0.001
	6-11 yıl	40	1.984	4.75	
KOAH evresi	1.evre	21	4.33	0.29	0.001
	2.evre	53	4.31	0.59	
	3.evre	63	2.52	1.35	
	4.evre	67	2.47	0.96	

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanı süresi ve hastalık evreleri ile tedavi kontrol alt boyutu puanı arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Tedavi kontrol alt boyut puanı KOAH tanı süresi 0-5 yıl olanlarda, 6-11 yıl olanlara göre ($p=0.001$); hastalık evresinde ise birinci ve ikinci evrede üçüncü ve dördüncü evreye ($p=0.001$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.5.6. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Hastalığı Anlayabilme Alt Boyutu ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=204)

Hastalığı Anlayabilme Puanı					
Cinsiyet	Kadın	52	2.110	6.32	0.198
	Erkek	152	2.590	10.75	
Medeni durum	Evli	177	2.316	11.89	0.861
	Bekar	27	2.383	4.45	
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	35	2.956	5.19	0.467
	İlköğretim	83	2.595	8.17	
	Ortaöğretim	52	2.215	6.47	
	Lise	21	2.070	4.30	
	Üniversite	12	1.912	3.35	
Çalışma durumu	Çalışıyor	40	2.450	5.77	0.563
	Çalışmıyor	164	2.249	10.60	
Sosyal güvence	Var	194	2.578	11.84	0.413
	Yok	10	2.122	2.99	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	24	2.363	4.45	0.682
	Gelir gidere eşit	147	2.188	10.56	
	Gelir giderden fazla	33	2.498	5.16	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	7	2.094	2.74	0.470
	Ailemle birlikte	197	2.605	11.17	
Sigara kullanma	Evet	163	2.445	11.09	0.580
	Hayır	41	2.255	5.59	
Alkol kullanma	Evet	7	2.090	2.57	0.384
	Hayır	197	2.610	11.71	
KOAH tanı süresi	0-5 yıl	164	2.597	10.82	0.001
	6-11 yıl	40	2.103	5.62	
KOAH evresi	1.evre	21	3.23	1.41	0.001
	2.evre	53	4.35	0.73	
	3.evre	63	1.86	0.99	
	4.evre	67	1.99	1.04	

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanı süresi ve hastalık evreleri ile hastalığı anlayabilme alt boyutu puanı arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p \leq 0.05$). Hastalığı anlayabilme alt boyut puanı KOAH tanı süresi 0-5 yıl olanlarda, 6-11 yıl olanlara göre ($p=0.001$); hastalık evresinde ise birinci ve ikinci evrede üçüncü ve dördüncü evreye ($p=0.001$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.5.7. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Süre (Döngüsel) Alt Boyutu ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=204)

		Süre (Döngüsel) Puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Cinsiyet	Kadın	52	4.562	1.92	0.876
	Erkek	152	4.579	3.27	
Medeni durum	Evli	177	4.536	3.62	0.553
	Bekar	27	4.605	1.35	
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	35	4.700	1.57	0.492
	İlköğretim	83	4.577	2.49	
	Ortaöğretim	52	4.461	1.97	
	Lise	21	4.581	1.31	
	Üniversite	12	4.533	1.01	
Çalışma durumu	Çalışıyor	40	4.525	1.75	0.389
	Çalışmıyor	164	4.616	3.23	
Sosyal güvence	Var	194	4.520	3.59	0.550
	Yok	10	4.621	0.91	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	24	4.561	1.35	0.823
	Gelir gidere eşit	147	4.538	3.21	
	Gelir giderden fazla	33	4.612	1.57	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	7	4.613	0.83	0.694
	Ailemle birlikte	197	4.528	3.40	
Sigara kullanma	Evet	163	4.533	3.37	0.470
	Hayır	41	4.608	1.70	
Alkol kullanma	Evet	7	4.660	0.78	0.325
	Hayır	197	4.481	3.55	
KOAH tanı süresi	0-5 yıl	164	4.546	3.29	0.586
	6-11 yıl	40	4.595	1.71	
KOAH evresi	"1.evre"	21	4.46	0.28	0.100
	"2.evre"	53	4.49	0.34	
	"3.evre"	63	4.35	0.42	
	"4.evre"	67	4.53	0.53	

Süre (döngüsel) alt boyutu puanı ile KOAH'lı bireylerin tanıtıcı ve hastalıklarına ilişkin özellikleri ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 4.5.8. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Duygusal Temsiller Alt Boyutu ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=204)

		Duygusal Temsiller Puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Cinsiyet	Kadın	52	4.532	5.49	0.732
	Erkek	152	4.421	9.33	
Medeni durum	Evli	177	4.522	10.32	0.784
	Bekar	27	4.431	3.86	
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	35	4.396	4.50	0.798
	İlköğretim	83	4.249	7.10	
	Ortaöğretim	52	4.399	5.62	
	Lise	21	4.751	3.73	
	Üniversite	12	4.587	2.90	
Çalışma durumu	Çalışıyor	40	4.127	5.01	0.022
	Çalışmıyor	164	4.826	9.19	
Sosyal güvence	Var	194	4.348	10.28	0.596
	Yok	10	4.605	2.59	
Gelir durumu	Gelir giderden az	24	4.631	3.87	0.529
	Gelir gidere eşit	147	4.601	9.17	
	Gelir giderden fazla	33	4.197	4.48	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	7	4.573	2.38	0.752
	Ailele birlikte	197	4.380	9.70	
Sigara kullanma	Evet	163	4.488	9.63	0.938
	Hayır	41	4.465	4.85	
Alkol kullanma	Evet	7	4.855	2.23	0.145
	Hayır	197	4.098	10.16	
KOAH tanı süresi	0-5 yıl	164	4.337	9.39	0.276
	6-11 yıl	40	4.616	4.88	
KOAH evresi	1.evre	21	2.57	0.92	0.001
	2.evre	53	2.52	1.16	
	3.evre	63	4.38	0.63	
	4.evre	67	4.58	0.58	

Çalışma durumu ve KOAH evreleri ile duygusal temsiller alt boyutu puanı arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.005$). Duygusal temsiller alt boyut puanı çalışmayanlarda çalışanlara göre ($p=0.022$); hastalık evresinde ise üçüncü ve dördüncü evrede birinci ve ikinci evreye ($p=0.001$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.5.9. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Psikolojik Atıflar Alt Boyutu ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=204)

		Psikolojik Atıflar Puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Cinsiyet	Kadın	52	3.425	2.64	0.391
	Erkek	152	3.558	4.49	
Medeni durum	Evli	177	3.252	4.96	0.003
	Bekar	27	3.731	1.86	
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	35	3.312	2.17	0.232
	İlköğretim	83	3.353	3.42	
	Ortaöğretim	52	3.383	2.70	
	Lise	21	3.803	1.80	
	Üniversite	12	3.606	1.40	
Çalışma durumu	Çalışıyor	40	3.404	2.41	0.228
	Çalışmıyor	164	3.579	4.43	
Sosyal güvence	Var	194	3.574	4.94	0.481
	Yok	10	3.409	1.25	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	24	3.675	1.86	0.200
	Gelir gidere eşit	147	3.395	4.41	
	Gelir giderden fazla	33	3.404	2.15	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	7	3.652	1.15	0.279
	Ailele birlikte	197	3.331	4.67	
Sigara kullanma	Evet	163	3.348	4.63	0.047
	Hayır	41	3.635	2.34	
Alkol kullanma	Evet	7	3.696	1.07	0.103
	Hayır	197	3.287	4.88	
KOAH tanı süresi	0-5 yıl	164	3.413	4.52	0.198
	6-11 yıl	40	3.570	2.35	
KOAH evresi	1.evre	21	3.14	0.67	0.001
	2.evre	53	2.98	0.60	
	3.evre	63	2.85	0.63	
	4.evre	67	3.40	0.65	

Medeni durum ve KOAH evreleri ile psikolojik atıflar alt boyutu puanı arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p \leq 0.005$). Psikolojik atıflar alt boyut puanı bekarlarda evlilere göre ($p=0.003$); hastalık evresinde ise birinci ve dördüncü evrede ikinci ve üçüncü evreye ($p=0.001$) göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 4.5.10. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Risk Etkenleri Alt Boyutu ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=204)

		Risk Etkenleri Puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Cinsiyet	Kadın	52	2.942	1.85	0.488
	Erkek	152	2.866	3.14	
Medeni durum	Evli	177	3.035	3.47	0.021
	Bekar	27	2.773	1.30	
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	35	2.806	1.51	0.705
	İlköğretim	83	2.907	2.39	
	Ortaöğretim	52	2.912	1.89	
	Lise	21	2.853	1.26	
	Üniversite	12	3.042	0.98	
Çalışma durumu	Çalışıyor	40	2.709	1.69	0.001
	Çalışmıyor	164	3.098	3.10	
Sosyal güvence	Var	194	2.825	3.45	0.330
	Yok	10	2.983	0.87	
Gelir durumu	Gelir giderden az	24	2.806	1.30	0.473
	Gelir gidere eşit	147	2.904	3.08	
	Gelir giderden fazla	33	3.002	1.51	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	7	2.897	0.80	0.946
	Ailele birlikte	197	2.911	3.27	
Sigara kullanma	Evet	163	3.012	3.24	0.032
	Hayır	41	2.796	1.63	
Alkol kullanma	Evet	7	3.178	0.75	0.002
	Hayır	197	2.629	3.41	
KOAH tanı süresi	0-5 yıl	164	2.859	3.16	0.292
	6-11 yıl	40	2.949	1.64	
KOAH evresi	"1.evre"	21	2.36	0.35	0.011
	"2.evre"	53	2.52	0.44	
	"3.evre"	63	2.61	0.46	
	"4.evre"	67	2.70	0.46	

Medeni durum, çalışma durumu, alkol kullanma ve KOAH evreleri ile risk etkenleri alt boyutu puanı arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p \leq 0.05$). Risk etkenleri alt boyut puanı evlilerde bekarlara göre ($p=0.021$), çalışmayanlarda çalışanlara göre ($p=0.001$), alkol kullananlarda kullanmayanlara göre ($p=0.002$), hastalık evresinde ise üçüncü ve dördüncü evrede birinci ve ikinci evreye ($p=0.011$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.5.11. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Bağışıklık Alt Boyutu ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=204)

		Bağışıklık Puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Cinsiyet	Kadın	52	3.703	2.24	0.799
	Erkek	152	3.670	3.81	
Medeni durum	Evli	177	3.709	4.22	0.736
	Bekar	27	3.664	1.58	
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	35	3.639	1.84	0.514
	İlköğretim	83	3.795	2.90	
	Ortaöğretim	52	3.668	2.29	
	Lise	21	3.744	1.53	
	Üniversite	12	3.586	1.19	
Çalışma durumu	Çalışıyor	40	3.753	2.05	0.280
	Çalışmıyor	164	3.620	3.77	
Sosyal güvence	Var	194	3.664	4.21	0.824
	Yok	10	3.708	1.06	
Gelir durumu	Gelir giderden az	24	3.870	1.58	0.129
	Gelir gidere eşit	147	3.602	3.75	
	Gelir giderden fazla	33	3.587	1.83	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	7	3.692	0.97	0.962
	Ailele birlikte	197	3.681	3.97	
Sigara kullanma	Evet	163	3.660	3.93	0.662
	Hayır	41	3.713	1.98	
Alkol kullanma	Evet	7	3.644	0.91	0.691
	Hayır	197	3.729	4.15	
KOAH tanı süresi	0-5 yıl	164	3.679	3.84	0.885
	6-11 yıl	40	3.694	1.99	
KOAH evresi	1.evre	21	3.11	0.56	0.135
	2.evre	53	3.17	0.40	
	3.evre	63	3.28	0.56	
	4.evre	67	3.07	0.52	

Bağışıklık alt boyutu puanı ile KOAH'lı bireylerin tanıtıcı ve hastalıklarına ilişkin özellikleri ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 4.5.12. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı Ölçeğine Ait Kaza veya Şans Alt Boyutu Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=204)

		Kaza veya Şans Puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Cinsiyet	Kadın	52	2.928	0.79	0.228
	Erkek	152	2.985	1.34	
Medeni durum	Evli	177	2.938	1.49	0.456
	Bekar	27	2.974	0.56	
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	35	3.068	0.65	0.010
	İlköğretim	83	3.037	1.03	
	Ortaöğretim	52	3.004	0.81	
	Lise	21	2.896	0.54	
	Üniversite	12	2.778	0.42	
Çalışma durumu	Çalışıyor	40	2.988	0.73	0.155
	Çalışmıyor	164	2.925	1.33	
Sosyal güvence	Var	194	2.963	1.49	0.859
	Yok	10	2.950	0.37	
Gelir durumu	Gelir giderden az	24	2.925	0.56	0.645
	Gelir gidere eşit	147	2.955	1.32	
	Gelir giderden fazla	33	2.990	0.65	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	7	2.934	0.34	0.613
	Ailele birlikte	197	2.979	1.40	
Sigara kullanma	Evet	163	2.931	1.39	0.237
	Hayır	41	2.982	0.70	
Alkol kullanma	Evet	7	2.919	0.32	0.320
	Hayır	197	2.994	1.47	
KOAH tanı süresi	0-5 yıl	164	2.970	1.36	0.461
	6-11 yıl	40	2.943	0.70	
KOAH evresi	1.evre	21	2.93	0.18	0.060
	2.evre	53	3.01	0.12	
	3.evre	63	3.00	0.13	
	4.evre	67	2.93	0.25	

Eğitim durumu ile kaza veya şans alt boyutu puanı arasında anlamlı fark olduğu; eğitim düzeyi arttıkça kaza veya şans alt boyut puanının azaldığı belirlenmiştir ($p=0.010$).

4.6. KOAH'lı Bireylerin Yaşam Kaliteleri ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.6.1. KOAH'lı Bireylerin Cinsiyeti ile “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (n=204)

Alt boyut	Kadın (n=52)		Erkek (n=152)		p
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	
“Genel sağlık “	14.039	20.20	27.500	29.83	0.003
“Fiziksel fonksiyon”	17.885	27.23	39.079	37.88	0.001
“Fiziksel rol kısıtlaması”	13.462	29.06	35.197	43.76	0.001
“Sosyal fonksiyon”	30.769	24.69	47.697	33.13	0.001
“Ağrı”	37.692	21.57	49.013	29.76	0.012
“Mental sağlık”	49.692	17.56	53.974	20.59	0.181
“Emosyonel rol kısıtlaması”	12.180	28.03	32.675	44.82	0.002
“Vitalite”	17.596	21.79	33.7171	30.83011	0.001

“SF-36 yaşam kalitesi ölçeği” genel sağlık, sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyon, ağrı, fiziksel rol kısıtlaması, emosyonel rol kısıtlaması ve vitalite alt boyutları puan ortalamaları kadınlarda erkeklere göre daha düşük olup, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p \leq 0.05$).

Tablo 4.6.2. KOAH'lı Bireylerin Medeni Durum ile “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (n=204)

Alt boyut	Evli (n=177)		Bekar (n=27)		p
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	
“Genel sağlık “	23.93	28.30	25.00	28.59	0.855
“Fiziksel fonksiyon”	34.29	37.02	29.63	34.08	0.539
“Fiziksel rol kısıtlaması”	29.52	41.72	30.56	41.22	0.904
“Sosyal fonksiyon”	43.29	32.31	43.98	30.49	0.917
“Ağrı”	46.10	28.45	46.30	27.76	0.974
“Mental sağlık”	52.66	19.92	54.37	20.13	0.678
“Emosyonel rol kısıtlaması”	27.50	42.16	27.16	42.40	0.969
“Vitalite”	29.52	29.44	30.19	31.15	0.914

Medeni durum ile “SF-36 yaşam kalitesi ölçeği” alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 4.6.3. KOAH'lı Bireylerin Eğitim Düzeyi ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (n=204)

Alt boyut	Okur Yazar Değil (n=35)		İlköğretim (n=83)		Ortaöğretim (n=52)		Lise (n=21)		Üniversite (n=12)		p
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	
Genel sağlık	10.14	14.68	22.89	28.09	24.42	28.17	41.19	32.52	36.67	30.85	0.001
Fiziksel fonksiyon	14.43	23.60	33.19	35.58	34.04	35.92	53.10	40.23	52.92	45.15	0.001
Fiziksel rol kısıtlaması	10.71	25.21	29.22	41.29	28.85	40.34	46.43	48.27	56.25	50.14	0.003
Sosyal fonksiyon	23.93	22.76	44.43	31.19	42.31	26.33	60.71	38.59	62.50	40.59	0.001
Ağrı	30.86	18.05	46.39	26.48	46.92	29.14	57.14	32.89	62.50	34.41	0.001
Mental sağlık	46.40	14.85	53.30	18.43	49.54	19.34	63.24	23.38	62.67	28.04	0.007
Emosyonel rol kısıtlaması	7.62	22.99	26.51	41.57	26.28	41.92	47.62	47.81	55.56	49.92	0.001
Vitalite	12.86	14.21	28.49	26.99	30.10	28.77	45.00	34.71	52.92	43.61	0.001

Eğitim d¼zeyi ile “SF-36 yaşam kalitesi ¼lçeđi”; “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p \leq 0.05$.) Genel sağlık” ve “fiziksel fonksiyon” alt boyut puan ortalaması en fazla lise, en az okur yazar olmayanlarda; “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması”, “ağrı” ve “vitalite” alt boyut puan ortalaması ise en fazla üniversite, en az okur yazar olmayanlardadır.

Tablo 4.6.4. KOAH’lı Bireylerin alışma Durumu ile “SF-36 Yaşam Kalitesi ¼lçeđi” Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (n=204)

Alt boyutlar	Evet (n=40)		Hayır (n=164)		p
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	
“Genel sağlık “	49.25	30.33	17.93	24.12	0.001
“Fiziksel fonksiyon”	64.50	38.13	26.16	32.10	0.001
“Fiziksel rol kısıtlaması”	63.13	45.29	21.49	36.31	0.001
“Sosyal fonksiyon”	72.19	31.71	36.36	27.96	0.001
“Ağrı”	68.75	28.48	40.61	25.42	0.001
“Mental sağlık”	69.10	19.78	48.93	17.88	0.001
“Emosyonel rol kısıtlaması”	61.67	46.26	19.11	36.56	0.001
“Vitalite”	56.00	31.30	23.17	25.37	0.001

Katılımcıların alışma durumu ile “SF-36 yaşam kalitesi ¼lçeđi” t¼m alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p \leq 0.05$). Çalışanların çalışmayanlara g¼re “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” alt boyut puanları daha y¼ksektir.

Tablo 4.6.5. KOAH’lı Bireylerin Gelir D¼zeyi ile “SF-36 Yaşam Kalitesi ¼lçeđi” Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (n=204)

Alt boyut	Gelir Giderden Az (n=24)		Gelir Gidere Eşit (n=147)		Gelir Giderden Fazla (n=33)		p
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	
“Genel sağlık “	18.12	26.49	20.88	26.66	42.57	29.89	0.001
“Fiziksel fonksiyon”	23.54	32.25	30.74	34.94	54.09	40.39	0.001
“Fiziksel rol kısıtlaması”	21.87	39.22	25.85	39.30	52.27	46.50	0.002
“Sosyal fonksiyon”	34.37	29.08	40.56	29.75	62.50	37.10	0.001
“Ağrı”	32.50	26.41	45.03	26.90	60.90	30.03	0.001
“Mental sağlık”	47.83	16.53	51.45	18.78	62.90	23.98	0.004
“Emosyonel rol kısıtlaması”	19.44	39.21	23.35	39.86	51.51	46.46	0.001
“Vitalite”	21.87	23.30	26.73	27.68	48.03	35.17	0.001

Katılımcıların gelir durumu algısı ile “SF-36 yaşam kalitesi ölçeği” tüm alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p \leq 0.05$). Geliri giderden fazla olanların geliri giderine eşit ya da az olanlara göre “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 4.6.6. KOAH’lı Bireylerin Birlikte Yaşadığı Kişiler ile “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (n=204)

Alt boyut	Yalnız (n=7)		Ailesi ile Birlikte (n=197)		p
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	
“Genel sağlık “	38.57	35.79	23.55	27.94	0.168
“Fiziksel fonksiyon”	44.29	38.13	33.30	36.59	0.436
“Fiziksel rol kısıtlaması”	46.43	50.89	29.06	41.22	0.278
“Sosyal fonksiyon”	57.14	35.25	42.89	31.87	0.248
“Ağrı”	62.86	30.94	45.53	28.09	0.112
“Mental sağlık”	64.00	25.51	52.49	19.64	0.133
“Emosyonel rol kısıtlaması”	42.86	53.45	26.90	41.70	0.326
“Vitalite”	45.71	42.96	29.04	29.00	0.143

Katılımcıların birlikte yaşadığı kişiler ile “SF-36 yaşam kalitesi ölçeği” tüm alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.6.7. KOAH’lı Bireylerin Sigara Kullanımı ile “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (n=204)

Alt boyut	Evet (n=163)		Hayır (n=41)		p
	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	
“Genel sağlık “	27.55	29.70	10.24	15.45	0.001
“Fiziksel fonksiyon”	37.91	37.81	16.83	25.34	0.001
“Fiziksel rol kısıtlaması”	34.36	43.49	10.98	25.65	0.001
“Sosyal fonksiyon”	47.78	32.60	25.91	22.43	0.001
“Ağrı”	49.02	29.28	34.63	20.51	0.003
“Mental sağlık”	53.94	20.61	48.68	16.34	0.131
“Emosyonel rol kısıtlaması”	32.31	44.20	8.13	24.47	0.001
“Vitalite”	32.70	31.11	17.32	18.24	0.001

Katılımcıların sigara kullanma durumu ile “SF-36 yaşam kalitesi ölçeği” tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Sigara içenlerin içmeyenlere göre “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 4.6.8. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Tanı Süresi ile “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (n=204)

Alt boyut	KOAH Tanı Süresi		\bar{x}	SS	<i>p</i>
	0-5 yıl (n=164)	6-11 yıl (n=40)			
“Genel sağlık “	26.92	29.48	12.38	18.81	0.003
“Fiziksel fonksiyon”	37.62	37.45	17.50	27.85	0.002
“Fiziksel rol kısıtlaması”	34.30	43.45	10.63	25.25	0.001
“Sosyal fonksiyon”	46.42	32.73	30.94	25.63	0.006
“Ağrı”	48.54	28.89	36.25	23.50	0.013
“Mental sağlık”	54.95	20.36	44.40	15.42	0.002
“Emosyonel rol kısıtlaması”	32.32	44.06	7.50	24.45	0.001
“Vitalite”	32.29	31.07	18.63	19.28	0.009

Katılımcıların hastalık tanı süresi ile “SF-36 yaşam kalitesi ölçeği” tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p \leq 0.05$). KOAH tanı süresi 0-5 yıl olanların, KOAH tanı süresi 6-11 yıl olanlara göre “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 4.6.9. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Evreleri ile “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (n=204)

Alt boyut	1. Evre (n=21)		2.Evre (n=53)		3.Evre (n=63)		4.Evre (n=67)		p
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	
“Genel sağlık “	88.10	16.16	72.92	25.18	10.71	9.87	7.16	7.29	0.001
“Fiziksel fonksiyon”	85.71	28.03	69.34	41.50	7.94	12.56	1.12	5.21	0.001
“Fiziksel rol kısıtlaması”	89.29	17.36	71.23	24.46	30.75	20.68	18.84	11.38	0.001
“Sosyal fonksiyon”	81.43	13.89	70.19	21.44	36.83	20.93	24.78	14.91	0.001
“Ağrı”	80.00	10.28	70.11	15.22	44.13	14.15	38.99	8.62	0.001
“Mental sağlık”	85.71	29.00	67.30	42.11	2.65	10.88	1.00	5.72	0.001
“Emosyonel rol kısıtlaması”	69.52	24.18	58.49	21.94	16.03	14.79	7.01	7.84	0.001
“Vitalite”	56.90	18.34	50.66	27.12	12.22	16.65	3.88	7.58	0.001

Katılımcıların hastalık evreleri ile “SF-36 yaşam kalitesi ölçeği” tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$). KOAH evresi arttıkça “SF-36 yaşam kalitesi ölçeği” “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” alt boyut puan ortalamaları azalmaktadır.

Tablo 4.6.10. KOAH'lı Bireylerin KOAH Dışında Kronik Hastalığı Olup Olmama Durumu ile “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (n=204)

Alt boyut	Kronik Hastalık Var (n=111)		Kronik Hastalık Yok (n=93)		p
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS	
“Genel sağlık “	43,59	38,55	22,31	30,56	0.001
“Fiziksel fonksiyon”	40,68	44,52	16,94	33,82	0.001
“Fiziksel rol kısıtlaması”	52,16	32,74	33,33	28,03	0.001
“Sosyal fonksiyon”	54,55	28,95	36,34	24,26	0.001
“Ağrı”	56,44	21,23	48,77	17,53	0.001
“Mental sağlık”	37,27	45,99	16,13	33,91	0.001
“Emosyonel rol kısıtlaması”	37,68	31,46	20,22	24,30	0.001
“Vitalite”	32,91	31,34	13,82	19,90	0.001

Katılımcıların KOAH dışında kronik hastalık olup olmadığı ile “SF-36 yaşam kalitesi ölçeği” tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$). Kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre “SF-36 yaşam kalitesi ölçeği” “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir.



4.7. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı ile Yaşam Kalitesine İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.7. KOAH'lı Bireylerin Hastalık Algısı ile Yaşam Kalitesine İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

Hastalık Algısı Ölçeği	“SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği”															
	“Genel Sağlık”		“Fiziksel F.”		“Fiziksel rol kısıtlaması”		“Sosyal F.”		“Ağrı”		“Mental sağlık”		“Emosyonel rol kısıtlaması”		“Vitalite”	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Hastalık tipi (kimlik)	0.76	0.001	0.81	0.001	0.78	0.001	0.79	0.001	0.78	0.001	0.8	0.001	0.77	0.001	0.79	0.001
Hastalık Hakkındaki Görüşleri																
“Süre (akut/kronik)”	-0.38	0.001	-0.49	0.001	-0.39	0.001	-0.36	0.001	-0.39	0.001	-0.38	0.001	-0.40	0.001	-0.43	0.001
“Sonuçlar”	-0.70	0.001	-0.85	0.001	-0.74	0.001	-0.72	0.001	-0.69	0.001	-0.70	0.001	-0.74	0.001	-0.77	0.001
“Kişisel kontrol”	0.56	0.001	0.64	0.001	0.54	0.001	0.51	0.001	0.55	0.001	0.53	0.001	0.55	0.001	0.54	0.001
“Tedavi kontrol”	0.56	0.001	0.65	0.001	0.56	0.001	0.54	0.001	0.56	0.001	0.56	0.001	0.56	0.001	0.54	0.001
“Hastalığı anlayabilme”	0.60	0.001	0.65	0.001	0.58	0.001	0.55	0.001	0.55	0.001	0.58	0.001	0.58	0.001	0.58	0.001
“Süre (döngüsel)”	0.62	0.379	0.09	0.190	0.07	0.308	0.05	0.445	0.08	0.237	0.02	0.720	0.07	0.298	0.00	0.918
“Duygusal temsiller”	-0.62	0.001	-0.74	0.001	-0.65	0.001	-0.63	0.001	-0.60	0.001	-0.64	0.001	-0.65	0.001	-0.68	0.001
Hastalık nedenleri																
“Psikolojik atıflar”	-0.08	0.204	-0.69	0.325	-0.08	0.230	-0.14	0.041	-0.11	0.095	-0.59	0.398	-0.07	0.311	-0.05	0.424
“Risk etkenleri”	-0.18	0.009	-0.18	0.009	-0.20	0.004	-0.21	0.002	-0.16	0.016	-0.17	0.011	-0.21	0.002	-0.18	0.008
“Bağışıklık”	-0.00	0.092	-0.18	0.79	-0.01	0.805	-0.04	0.533	-0.09	0.193	0.02	0.773	-0.18	0.800	-0.01	0.884
“Kaza veya şans”	0.08	0.240	0.09	0.18	0.08	0.239	0.07	0.275	0.12	0.086	0.09	0.171	0.08	0.233	0.04	0.539

Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından hastalık tipi ile “SF-36 yaşam kalitesi ölçeği” alt boyutlarından “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” arasında anlamlı pozitif yönlü çok yüksek korelasyon bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından “kişisel kontrol”, “tedavi kontrol”, “hastalığı anlayabilme” boyutları ile; yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” arasında anlamlı pozitif yönlü yüksek korelasyon bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından “süre (akut/kronik)” ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” arasında anlamlı negatif yönlü orta korelasyon bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından “sonuçlar” ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” arasında anlamlı negatif yönlü çok yüksek korelasyon bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından “duygusal temsiller” ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” arasında; hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından “psikolojik atıflar temsiller” ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından “fiziksel fonksiyon” ve “mental sağlık” arasında anlamlı negatif yönlü yüksek korelasyon bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından psikolojik atıflar ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından “genel sağlık”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” arasında; hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından “risk etkenleri” ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” arasında anlamlı negatif yönlü çok düşük korelasyon bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından “süre (döngüsel)”, “bağışıklık”, “kaza” veya “şans” alt boyutları ile yaşam kalitesi ölçeğine ait alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p > 0.05$).

5. TARTIŞMA

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin, hastalık algılarının yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada tartışma bölümü yedi başlıkta incelenmektedir:

1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgularının tartışması,
2. Katılımcıların hastalıklarına ilişkin bulgularının tartışması,
3. Katılımcıların hastalık algısına ilişkin bulgularının tartışması,
4. Katılımcıların yaşam kalitelerine ilişkin bulgularının tartışması,
5. Katılımcıların hastalık algısı ile tanıtıcı ve hastalıklarına ilişkin karşılaştırma bulgularının tartışması,
6. Katılımcıların yaşam kalite ile tanıtıcı ve hastalıklarına ilişkin karşılaştırma bulgularının tartışması,
7. Katılımcıların hastalık algısı ile yaşam kalitelerine ilişkin karşılaştırma bulgularının tartışması.

5.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışması

Çalışmaya katılan KOAH'lı bireylerin yaş ortalaması 63.8 ± 6.9 olarak belirlenmiş olup bu sonuç literatürde KOAH'ın ileri yaşta görülen kronik bir hastalık olması bilgisiyle paralellik göstermektedir (12, 29, 30, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86). Araştırmaya katılan bireylerin %74.5'i erkektir. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde; KOAH prevalans ve mortalitesinin erkeklerde kadınlardan daha fazla olduğu görülmektedir (29, 30, 80, 81, 82, 83, 84, 85). Chau ve arkadaşlarının 2019 yılında yapmış oldukları çalışmada da (86) araştırmada yer alan hastaların %93'ünün erkek olduğu belirtilmiştir. Günümüzde ise gelişmiş ülkelerde elde edilen veriler hastalık prevalansının kadınlarla erkekler arasında neredeyse eşitlendiğini göstermekte, bunu da sigara içme alışkanlığında meydana gelen değişime bağlamaktadır. Bununla birlikte bazı araştırmalar kadınların tütün dumanına hassasiyetin erkeklerden daha fazla olabileceğini, bu nedenle KOAH görülme sıklığının kadınlarda daha sık olabileceğini vurgulamaktadır (12, 87, 88).

Borge ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmada (82) araştırmaya katılanların %48.7'sinin kadınlardan oluştuğu belirtilmektedir. KOAH üzerine yapılan çalışmalarda erkek oranının çalışmamızla benzerlik ya da farklılık göstermiş olmasının nedeni, araştırmanın belirli bir süre içerisinde, serviste yatan ve polikliniğe başvuran hastalar arasından cinsiyet ayrımı yapılmadan araştırmaya kabul edilmesi olarak düşünülmektedir. Çalışmaya katılan KOAH'lı bireylerin %86.8'i evlidir ve bu sonuç literatürle paralellik göstermektedir (29, 30, 82, 83, 84, 89). Hastaların eğitim durumu incelendiğinde %40.9'unun ilkokul mezunu olduğu ve bu sonucun ülkemizde yapılan çalışmalarla (29, 30, 85) paralellik gösterirken yurt dışındaki çalışmalardan (82, 83) farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bunun sebebinin ülkelerin eğitim politikalarındaki farklılıklar nedeniyle farklı eğitim düzeylerine sahip olması düşünülmektedir. Katılımcıların %96.6'sının eşiyle ya da eşi ve çocuklarıyla beraber yaşadığı belirlenmiştir. Bu sonuç ülkemizde yapılan çalışmalarla (29, 30, 81, 84, 85). paralellik gösterirken yurt dışındaki çalışmalarla (82, 83). farklılık göstermektedir. Bunun sebebinin toplumlar arası kültürel farklılıklar olduğu düşünülmektedir.

5.2.Katılımcıların Hastalıklarına İlişkin Bulgularının Tartışması

Çalışmaya katılan KOAH'lı bireylerin %79.9'unun sigara kullandığı ve sigara kullananların %59.4'ünün 44 yıl ve üzeri bir süredir sigara içtiği bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda sigara kullanım sıklığı %5.6 ile %85.5 arasında değişiklik göstermekte olup çalışma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir (30, 81, 84, 85, 90). Yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda sigara kullanım sıklığı %20 ile %50.9 arasında değişmektedir (82, 91, 92). Ülkemizde sigara kullanım sıklığının yurt dışına göre daha yüksek olmasına sebep olarak hastalık yönetiminde sigara bırakma davranışının gelişmemiş olması ve bilgi eksikliğinin olduğu düşünülmektedir. Araştırmanın yapıldığı poliklinik ve yatan hasta servisinde hastalara sigarayı bırakma ve sigara kullanımının hastalıkları üzerindeki etkilerine yönelik herhangi bir eğitim verilmemektedir. Oysaki hastalara verilecek olan eğitim hastaların sigara bırakma polikliniklerine başvurularını arttırmaktadır. Hastaya sadece bir kez sigarayı bırakmasını önermenin bile sigara bırakma oranını arttırdığı belirtilmektedir.

Hastayla sigarayı bırakma konusunda yapılan yüz yüze görüşme süresinin üç dakika ya da daha kısa olması bile bırakma oranını iki kat arttırmaktadır (93).

Hastaların %80.5'i 0-5 yıldır KOAH tanılı olup %32.8'i dördüncü evre KOAH hastasıdır. Hafif ve orta derecedeki KOAH vakalarında akciğer fonksiyonlarında önemli bir bozulma olmadığı için hastalarda meydana gelen fiziksel belirti ve bulgular genellikle saptanmaz. Özellikle yaşlı bireylerde bu süreç yaşlanmanın doğal sonucu olarak düşünüldüğünden hasta herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurma gereği duymaz. Ancak hastalık evresi ilerledikçe akciğer kapasitesinin azalmasına bağlı olarak hastalığa dair semptomlar artmakta, alevlenmeler arası geçen süre azalmaktadır. Fiziksel bulguların öneminin artması ve hastayı rahatsız etmesi sebebiyle hastalar bu aşamada sağlık kuruluşuna başvururlar (13). Araştırmanın belirli bir süre içerisinde, serviste yatan ve polikliniğe başvuran hastalar arasında yapılmış olmasının evre dört hastalarla daha fazla karşılaşılmasına sebep olduğu düşünülmektedir. “Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması”nda (2009), katılımcıların %22.6'sına uygun spirometrik testlerin yapıldığı belirlenmiştir (94). Ülkemizin de içinde yer aldığı “Avrupa Solunum Derneği KOAH Denetim Çalışması”nda akut alevlenme nedeni ile hastanede tedaviye alınan kişilerin sadece %49.3'ünde yatış öncesi yapılmış bir spirometre sonucu bulunmaktadır (95). Bu sonuçlar, ülkemizde spirometreye ulaşım ve uygun spirometrik testlerin yapılması konusunda önemli sorunların bulunduğunu yansıtmaktadır. Hastalığın tanısında oldukça önemli role sahip olan spirometri değerlendirmesinin göz ardı edilmesi hastalara tanı konmakta gecikilmesine ve hastalığın ileri evrelerde tanı konulmasına sebep olmaktadır. Ntritsos 2018 yılında 156 çalışmayı incelediği meta analizde (89), KOAH tanısı alan bireylerin %22'sine daha önce spirometri değerlendirmesi yapıldığını bu nedenle KOAH prevalansının aslında bilinenden daha fazla olduğunu ancak hastaların tanı almakta geciktiğini ifade etmiştir. Ekenler'in (2017) yapmış olduğu çalışmada (30) hastaların %40.6'sı, Kılıçkaya ve Karakaş'ın (2016) yaptığı çalışmada (29) ise %36.6'sı, Üstünova ve Nahcivan'ın (2015) yaptığı çalışmada (96) %60.7'si 0-5 yıldır KOAH'lı olduklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumludur (82, 84, 89).

Hastaların %45.6'sının KOAH dışında ek bir hastalığı olduğu ve en sık görülen kronik hastalığın %29.4 ile hipertansiyon olduğu belirlenmiştir. Hipertansiyon ile KOAH arasındaki fizyopatolojik ilişki net olarak açıklanamamıştır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte konnektif dokunun azalmasının, artmış arteryel sertliğin, azalmış elastik doku kaybının bu iki hastalık ile ilişkisinin olduğu düşünülmektedir (97). Üstünova ve Nahcivan'ın 2015 yılında yapmış olduğu çalışmada (96) hastaların %51.3'ünün başka bir kronik hastalığı olup bunun %65'inin , Ojuawo ve ark 2019 yılında yapmış oldukları çalışmada (98) %68.4'ünün KOAH dışında başka kronik hastalığı olduğu ifade edilmiştir. En sık görülen kronik hastalık ise Üstünova ve Nahcivan'ın (2015) çalışmasında %65 (95), Soykök ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında %60.9 (99), Ojuawo ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında (98) %36.8 ile hipertansiyon olmuştur. Çalışma sonuçlarımız literatürle uyumludur.

5.3. Katılımcıların Hastalık Algısına İlişkin Bulgularının Tartışması

Katılımcıların hastalığın başlangıcından bu yana en sık yaşadığı belirtilerin; soluk almada güçlük, hırıltılı soluma, uyku güçlüğü, yorgunluk, güç kaybı ve sersemlik hissi olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında en sık görülen semptomlar; Ekenler'in (2017) yapmış olduğu çalışmada soluk almada güçlük, hırıltılı soluma, yorgunluk (30); Kılıçkaya ve Karakaş'ın (2016) yaptığı çalışmada soluk almada güçlük, yorgunluk, güç kaybı (29), Barne ve Celli'nin (2009) çalışmasında ise soluk almada güçlük, kaşeksi ve yorgunluk olarak belirlenmiştir (100). Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumludur (11, 80). Hastaların yaşadığı belirtilerin birbiriyle bağlantılı olduğu görülmektedir. Hırıltılı solunumun solunum sıkıntısını gösterdiğini, solunum sıkıntısının uyku bozukluklarına sebep olduğunu, solunum güçlüğü olan bireylerin dokularının yeterince oksijenlenememesinin beraberinde yorgunluk ve güç kaybını getirdiği görülmektedir. Tüm bu semptomlar hastaların hastalığa uyumunu güçleştirerek yaşam kalitesini düşürmektedir. Etkili bir hastalık yönetimiyle semptomların iyileştirilmesine dair hemşirelik girişimlerinin düzenlenerek bu belirtilerin kontrol altına alınması sağlanmalıdır.

Araştırmaya katılan hastaların hastalık algısı ölçeği puanlarının dağılımına bakıldığında hastalık algısı ölçeğinin en yüksek boyutu süre (döngüsel) (4.45 ± 0.43); en düşük boyutu ise hastalığı anlayabilme (2.69 ± 1.45) olarak bulunmuştur. Ekenler'in 2017 yılında yapmış olduğu çalışmada (30) en yüksek puan süre (akut/kronik), en düşük puan hastalığı anlayabilme alt boyutu olurken, Kılıçkaya ve Karakaş'ın 2016 yılında yapmış olduğu çalışmada (29) en yüksek puan süre (akut/kronik), en düşük puan ise hastalığı anlayabilme ve kişisel kontrol olarak belirlenmiştir. Süre algısındaki maddelere bakıldığında; hastaların önemli bir çoğunluğunun hastalıklarının uzun süreceğini, hastalığın kalıcı olduğunu, ömürlerinin kalanını bu hastalıkla geçireceklerini düşündükleri saptanmıştır. Hastaların KOAH'ın kronik bir hastalık olduğunu kabul ettiği ancak hastalığını anlayamadıkları belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımız literatürle paraleldir (80, 82).

“Hastalığın nedenleri” boyutunda; hastaların en çok “kaza veya şans” ve “psikolojik atıflar”dan dolayı hastalıklarının ortaya çıktığını düşündükleri belirlenmiştir. “Kaza veya şans” ile “psikolojik atıflar” alt boyutundaki maddeler incelendiğinde en fazla “şans ya da kötü talih” ve “stres ya da endişe”nin hastalık nedeni olarak görüldüğü belirlenmiştir. Armay'ın (2007) yaptığı çalışmada hastalar hastalığın nedenini kadere bağlarken (59); Ekenler (2017) ile Kılıçkaya ve Karakaş'ın (2016) çalışmasında ise bağımsızlık ve psikolojik atıflara (29,30), Borge'nin (2014) çalışmasında da emosyonel strese bağlamışlardır (82). Ölçeğin nedenler bölümünün sonunda yer alan ve hastalığın neden algısını kalitatif değerlendirmeyi hedefleyen, “size göre hastalığınızın nedeni nedir?” sorusuna verilen yanıtlar hastaların hastalık nedenini stres ve kadere bağladıklarını göstermektedir. Bu sonuç diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda gözlenmemiştir. Türk toplumunun sosyo-kültürel özelliklerinin yansıması olarak hastalıkların nedenlerinin çoğunlukla stres, sıkıntı, endişeye; kaderci tutum ise şans ya da kötü talihe bağlanmasına sebep olmaktadır.

5.4. Katılımcıların Yaşam Kalitelerine İlişkin Bulgularının Tartışması

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı fiziksel, sosyal ve mental iyilik halini etkileyerek hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Mahler ve Mackowiak'ın (1995) yapmış olduğu çalışmada "SF-36"nın KOAH'lı hastaların yaşam kalitesi değerlendirmede geçerli bir ölçek olduğu bildirilmiştir (101).

Katılımcıların yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamasının 33.67 ± 63.59 olduğu görülmektedir. Bu alt boyut hastanın gün içerisinde yaptığı aktiviteler ve bu aktivitelerin ne kadar kısıtlandığı hakkında bilgi vermektedir. Puanın düşüklüğü hastaların fiziksel olarak olumsuz etkilendiğini ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek için başka birine ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Fiziksel rol kısıtlaması alt boyutu puan ortalaması 27.45 ± 42.08 'dir. Bu parametre hastanın günlük işlerini yaparken veya çalışırken fiziksel problemleri nedeniyle işe ayırdığı sürede kısıtlama yapmak zorunda kalıp kalmadığı ve işini yaparken zorlanıp zorlanmadığını göstermektedir. Puanın düşük olması hastalığın işte veya diğer günlük aktivitelerde sorunlar yaşandığını ve ayrılan zamanın azaldığını düşündürmektedir. Ağrı alt boyutu puan ortalaması 46.12 ± 28.28 'dir ve bu puanın düşüklüğü hastanın ağrısı olduğunu ve bu ağrının günlük işlerini yerine getirmede aksamalara sebep olduğunu göstermektedir. Genel sağlık alt boyutu puan ortalaması 24.06 ± 28.26 'dır ve alt boyutlar arasında en düşük puan bu boyuta aittir. Bu puanın düşüklüğü hastanın sağlığının kötü olduğunu ve giderek daha da kötüleşeceğini düşündüğünü göstermektedir. Vitalite alt boyutu puan ortalaması 29.60 ± 29.59 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre hastalar kendilerini sürekli yorgun ve bitkin hissettiklerini ifade etmişlerdir. Sosyal fonksiyon alt boyutu puan ortalamasının 43.38 ± 32 olduğu görülmektedir. Bu puanın düşüklüğü hastaların fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olarak sosyal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti yaşamalarına sebep olduğunu göstermektedir. Emosyonel rol kısıtlaması alt boyutu puan ortalaması 27.45 ± 42.08 'dir ve oldukça düşük çıkan bu puan emosyonel sorunlar sebebiyle hastanın işte veya günlük yaşam aktivitelerinde sorunlar yaşadığını göstermektedir. Mental sağlık alt boyutu puan ortalaması 52.88 ± 19.90 'dir. bu alt boyut puanı diğer alt boyutlar içerisinde en yüksek puana

sahip olmakla birlikte kendi içinde düşük bir puandır. Bu puan düşüklüğü hastaların kendilerini sinirli, gergin, üzüntülü, kederli, depresif ve hüzünlü hissettiğini göstermektedir. Çalışmanın sonuçları literatürle paraleldir (68,102,103,104,105). Hajiro ve arkadaşları (1998) Japonya’da yapmış oldukları çalışmada (106), hastalık ağırlaştıkça “SF-36 yaşam kalitesi ölçeği”nin ağrı skoru hariç tüm skorlarının önemli oranda bozulduğunu saptamıştır. Finlandiya’da yapılan bir çalışmada KOAH’lı hastaların %37’si hastalığın yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmiştir (107).

5.5. Katılımcıların Hastalık Algısı ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Karşılaştırma Bulgularının Tartışması

Hastalık tipi alt boyutu puanının çalışan bireylerle üçüncü ve dördüncü evrelerde birinci ve ikinci evreye göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ikinci evre puanının da birinci evreye göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir (29, 30, 82).

Süre (akut/kronik) alt boyutu puanının üçüncü ve dördüncü evrelerde birinci ve ikinci evreye göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ekenler (30) ve Borge’nin (82) yapmış olduğu çalışmada hastaların, hastalık evresi ilerledikçe hastalığın uzun süreceğini düşündüklerini belirlemişlerdir. Sonuçlar literatürle uyumludur (80,108). Bu puanın yüksek olması hastaların KOAH’ın kronik bir hastalık olduğunu ve uzun süre devam edeceğini düşündüklerini göstermektedir. Hastalığın ilk evrelerinde hastalar yeni tanı aldığı için henüz hastalığı tam bilmemekte ve kronik olduğunu algılayamamaktadır.

Sonuçlar alt boyutu puanının çalışmayan bireylerde çalışanlara göre, hastalığın üçüncü ve dördüncü evrelerinde birinci ve ikinci evreye göre daha yüksek çıktığı belirlenmiştir. Sonuçlar literatürle uyumludur (29, 30, 56, 82, 109). Sonuçlar alt boyutu puanının yüksek olması hastalığın ciddi sonuçları olduğunu düşündüklerini gösterir. Leupoldt ve Kenn’in (2013) hastalık algısı ile hastalığın sonucu arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapmış olduğu çalışma sonucunda kontrol algısı yüksek olan kişilerde hastalığın gidişatının daha iyi olduğu tespit edilmiştir (35). Çalışmayanlar ve ileri evre KOAH’lı olanlar daha fazla hastalık semptomuna sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Hastalık ilerledikçe semptomların ciddileşmesi ve

yaşamı tehdit eder hale gelmesinin bu sonucun çıkmasına sebep olduğu düşünülmektedir.

Kişisel kontrol alt boyutu puanı ile yaş arasında anlamlı ve negatif yönlü ilişki bulunurken bu puanın üçüncü ve dördüncü evrelerde birinci ve ikinci evreye göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ekenler (2017) ve Borge'nin (2014) yapmış olduğu çalışmalarda (30,82) hastalık evresi arttıkça hastalığın kontrolünün kaybedildiği, Scharloo ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu çalışmada (80) yaş ilerledikçe baş etmenin zorlaştığı bulunmuştur. Literatür sonuçları çalışmamızla uyumludur (29, 110). Bu puanın yüksekliği hastaların hastalığını kontrol edebileceğini, hastalıkla baş edebileceklerine inandıklarını göstermektedir. Miravittles ve arkadaşlarının 2006 yılında altı farklı ülkeden 1100 KOAH'lı hasta ile yapmış oldukları çalışmanın sonucunda hastalığın alevlenme dönemlerinde ve ileri evrelerde günlük işlevleri yerine getirmekte güçlük çekildiği, bağımlılığın arttığı ve hastalığın kontrolünün kaybedildiği tespit edilmiştir (109). Kaptein ve arkadaşlarının (2008) 16 araştırmayı incelediği bir meta analizde hastalık evrelerinde artış oldukça hastalığı kontrol duygusunun ve yaşam kalitesinin azaldığı, günlük yaşam aktivitelerinde ve öz bakım ihtiyaçlarını gidermede bağılılığın arttığı belirlenmiştir (56). Yaş ilerledikçe ve ek hastalıkların artması ile birlikte kontrolün daha zor olduğu ve hastalığın ilerleyen evrelerinde semptomların zorlaşması ve sürekli hale gelmesi ile kontrolün kaybedildiği düşünülmektedir.

Tedavi kontrol alt boyutu puanı ile yaş arasında anlamlı ve negatif yönlü ilişki bulunurken bu puan 0-5 yıldır KOAH olan kişilerde 6-11 yıl KOAH hastası olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Üçüncü ve dördüncü evrelerde bir ve ikinci evreye göre tedavi kontrol alt boyutu puanının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Scharloo (2007), Borge (2014) ve Ekenler'in (2017) yapmış olduğu çalışmalarda hastalık evresi ve süresi arttıkça tedavi kontrol alt boyutu puanının azaldığı bulunmuştur (30, 80, 82). Sonuçlar literatürle paraleldir (29, 56, 109). Bu puanın yüksekliği hastaların, hastalığın tedavi ile kontrol altına alınabileceğine inandıklarını göstermektedir. Kişinin yaşının ilerlemesiyle ortaya çıkabilecek diğer hastalıkların varlığı daha fazla semptom

deneyimlemesine sebep olarak hastalığın kontrolünün kaybına sebep olmaktadır (110). KOAH kronik ve geri dönüşü olmayan bir hastalıktır. Hastalık sürecinin ilerlemesi ile birlikte bağımlılık artmakta, sosyal aktiviteler kısıtlanmakta ve kişi toplumsal rollerini yerine getirmekte zorlanmaktadır (61). Hastanın hastalığının kontrol altına alınamayacağı düşüncesi, stres ve endişenin artarak hastalık kontrolünün yitirilmesine sebep olmaktadır. Bununla birlikte bütün bu yaşananlar tedaviye uyumu azaltarak hastanın yaşam kalitesinin azalmasına ve mortalitenin artmasına sebep olmaktadır. Hastanın stres ve endişesinin fazla olmasının sebebi ise hastalığı hakkında bilgi eksikliğidir. Hastaların bilgi eksikliğini gidermede anahtar rolde olan sağlık çalışanı hemşirelerdir. Hemşirelik girişimlerinin amacı, hastanın mevcut durum içerisinde sağlıklı şekilde yaşamını devam ettirmesi için bilgi eksikliğini gidererek sağlık potansiyelini ve yaşam kalitesini artırmaktır.

Hastalığı anlayabilme alt boyutu puanının üçüncü ve dördüncü evre hastalarda birinci ve ikinci evreye göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ikinci evre puanının da birinci evreye göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Scharloo ve arkadaşları (80), Borge (82) ve Ekenler'in (30) yaptığı çalışmalarda da hastalığı anlayabilme alt boyutu puanın hastalık evresi arttıkça azaldığı belirlenmiştir ve bu sonuçlar literatürle paraleldir (56,109). Bu puanın yüksekliği hastanın hastalığını anlayabildiğini göstermektedir. Hastalığın evresi artıp görülen semptomlar ciddileşmeye başlayınca hastalar hastalığını anlayamamakta ve kontrolü kaybetmektedir. Hastaların hastalıklarını anlayabilmeleri, tedaviye inanması ve tedaviyi devam ettirmesi açısından önemlidir. Hasta bireyin hastalık tanımı sağlık profesyonellerinin kendisine neler anlattığı ile ilişkilidir. Çalışmanın sonuçlarına bakılacak olursa hastalık algısı ölçeği alt boyutları arasında en düşük puan hastalığı anlayabilme alt boyutuna aittir. Bu durumun hastaların bilgi eksikliğinin olması ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

“Süre (döngüsel)” alt boyutu puan ortalaması yüksek bulunmasına rağmen hastaların tanıtıcı ve hastalıklarına ilişkin özellikleri ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Scharloo ve arkadaşları (2007) ve Borge'nin (2014) yaptığı çalışmanın sonuçları bizim çalışmamızla paralel olurken (80, 82), Ekenler'in (2017)

yapmış olduğu çalışmada (30) evlilerde bekarlara göre; gelir durumunu iyi algılayanlarda kötü algılayanlara göre süre (döngüsel) alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu puanın yüksekliği hastaların hastalıklarının döngüsel olduğuna inandıklarını göstermektedir.

Duygusal temsiller alt boyutu puanının çalışmayanlarda çalışanlara göre, üçüncü ve dördüncü evrelerde birinci ve ikinci evreye göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Scharloo ve arkadaşları (2007), Borge (2014) ve Ekenler'in (2017) çalışmasında da hastalık evresi ileri olan ve çalışmayan bireylerde duygusal temsiller alt boyutu puanı daha yüksek bulunmuştur (30,80,82). Çalışma sonucumuz literatürü destekler niteliktedir. Bu puanın yüksekliği hastaların hastalığı ile ilgili endişelerinin fazla olduğunu ve hastalık sürecinden emosyonel olarak olumsuz etkilendiklerini göstermektedir. Araştırmamızda sonuçlar alt boyutu puanı da duygusal temsiller alt boyutu puanı gibi çalışmayan hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Kişinin çalışıyor olmasının hastalık algısını pozitif yönde etkilediği söylenebilir. Hastalık evresi arttıkça yaşamı tehdit eden semptomların artması ile birlikte ölüm korkusunun daha fazla hissedilmesiyle hastanın duygusal olarak daha fazla etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda psikolojik atıflar alt boyutu puan ortalaması bekar olanlarda ve sigara içmeyenlerde anlamlı düzeyde yüksek olup, yaş ile bu puan arasında anlamlı ve negatif yönlü ilişki vardır. Scharloo ve arkadaşlar (2007) Borge (2014) ve Ekenler'in (2017) çalışmalarında da sigara içmeyenlerde, bekarlarda ve yaşı daha genç olanlarda psikolojik atıflar alt boyutu puanı yüksek bulunmuştur (30,80,82). Çalışma bulguları literatürle paraleldir. "Psikolojik atıflar" alt boyutundaki maddeler incelendiğinde hastalar en fazla "stres ya da endişeyi" hastalık nedeni olarak görmektedirler. Scharloo'nun (2007) çalışmasında (80) sigara ve kişilik özellikleri, Ekenler'in (2017) çalışmasında (30) vücut direncinin azalması ve kişilik özellikleri, Kılıçkaya ve Karakaş'ın (2016) çalışmasında (29) ise stres ya da endişe ve kötü tıbbi bakım hastalar tarafından hastalık nedeni olarak görülmektedir.

Risk etkenleri alt boyutu puanı ile evli olanlarda, çalışmayanlarda, sigara ve alkol kullananlarla birinci ve dördüncü evre KOAH hastası olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Scharloo ve arkadaşları (2007), Borge (2014) ve Ekenler'in (2017) yapmış oldukları çalışmalarda evlilerde, çalışmayanlarda ve hastalık evresi ileri olanlarda risk etkenleri alt boyutu puanı daha yüksek bulunmuştur (30, 80, 82). Çalışma sonucumuz literatürle paraleldir. Hastalık nedenleri boyutunda en düşük alt boyut puan ortalaması risk etkenleridir. Bu sonuç hastalığın en az risk faktörü taşımaları nedeniyle ortaya çıktığını düşündüklerini göstermektedir. Risk etkenleri alt boyutundaki maddeler incelendiğinde en fazla sigara içme ve geçmişteki kötü tıbbi bakımın hastalık nedeni olduğu ifade edilmiştir. Risk etkenleri puan ortalamasının en düşük ortalama olması önemli bir bulgudur. Çünkü hastalığın tedavi süresinde risk faktörlerine yönelik gösterilecek olan yaşam şekli değişiklikleri hastalığın kontrol altına alınmasına katkıda bulunarak süreci kolaylaştırabilir. Hastalara risk faktörleri ve yaşam şekli değişikliği hakkında bilgi verilmesi, sigarayı bırakması için danışmanlık yapması hastalık yönetimini kolaylaştırıp hastalığa uyumu artırarak hastanın yaşam kalitesini ve yaşam ömrünü artırabilir.

Bağışıklık alt boyutu puan ortalaması hastalık nedenleri boyutunda en yüksek puan olmasına rağmen, hastaların tanıtıcı ve hastalıklarına ilişkin özellikleri ile "bağışıklık" alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Scharloo ve arkadaşları (2007), Borge (2014) ve Ekenler'in (2017) yapmış oldukları çalışmalarda da hastaların tanıtıcı ve hastalıklarına ilişkin özelliklerle bağışıklık alt boyutu puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (30, 80, 82).

Çalışmamızda kaza veya şans alt boyutu puanının lise ve üniversite mezunlarında anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür. Ekenler'in (2017) yapmış olduğu çalışmada (30) bekarlarda ve sağlık durumunun kötü olduğunu düşünen bireylerde bu alt boyut puanı anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Kaza veya şans alt boyutunu içeren maddeler incelendiğinde en fazla seçimin şans ya da kötü talih olduğu görülmektedir. Türk toplumunun sosyo kültürel yapısının getirisi

olan kaderci yaklaşımın bu seçimin yapılmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte eğitim düzeyi yükseldikçe hastalığı; kaza veya şansa atfettikleri değerlerin de azaldığı görülmüştür.

5.6. Katılımcıların Yaşam Kalitesi ile Tanıtıcı ve Hastalıklarına İlişkin Karşılaştırma Bulgularının Tartışması

Cinsiyet ile “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Kadın hastaların aldıkları puanların daha düşük olduğu görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden istatistiksel anlamda daha düşük olduğu görülürken (111, 112, 113), Gülmez’in 2013 yılında yaptığı çalışmada daha yüksek olduğu belirlenmiştir (114). Sonuçlar arasında çıkan bu farklılığın sebebinin çalışmanın farklı yaş gruplarında, farklı bölgelerde ve farklı sosyo-ekonomik çevrelerde yapılması olduğu düşünülmektedir.

Medeni durum ile “SF-36 yaşam kalitesi ölçeği” alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Chouseinoglou’nun (2018) yapmış olduğu çalışmada medeni durum ile “SF-36 yaşam kalitesi” alt ölçeklerinden “vitalite” ve “mental sağlık arasında” pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (115). Evli hastaların hastalığın getirdiği kısıtlılıklar nedeniyle sorumluluklarını yerine getiremediği, kişinin yaşadığı yetersizliğin depresyona yatkınlığı artırdığı belirlenmiştir (49). Bizim çalışmamızda da hastaların %86.8’i evlidir. Her ne kadar medeni durum ile ölçek alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmasa bile depresyona olan yatkınlığın hastanın yaşam kalitesini düşürdüğü düşünülmektedir.

Eğitim düzeyi ile “SF-36 yaşam kalitesi ölçeği” alt boyutları “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Araştırmamıza katılan hastaların %40.9’u ilköğretim mezunudur. Literatürde yapılan çalışmalarda hastaların çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu

görülmektedir. Borge'nin (2014) yapmış olduğu çalışmada (82) hastaların %22.7'si, Kılıçkaya ve Karakaş'ın (2016) çalışmasında (29) %39.6'sı, Üstünova ve Nahcivan'ın (2015) çalışmasında (96) %41.7'si, Ekenler'in (2017) çalışmasında (30) %58.3'ü, Jimenez ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında (116) %62.7'si ilkokul mezunudur. Pierce ve arkadaşları (2000) yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin düşük olanlara göre sigarayı bırakma alışkanlığının daha iyi olduğunu belirtmiştir (117). Eğitim düzeyi yüksek olanlarda solunum sıkıntılarının daha erken sigara içmeye atfedilmesi sebebiyle sigaranın bırakılması ile hastalığın daha az görüldüğü düşünülmektedir. Chouseinoglou'nun (2018) yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyi ile "SF-36 yaşam kalitesi ölçeği" alt boyutları arasında herhangi bir fark bulunmamıştır (115).

KOAH'lı bireylerin çalışma durumu ile "genel sağlık", "fiziksel fonksiyon", "fiziksel rol kısıtlaması", "sosyal fonksiyon", "ağrı", "mental sağlık", "emosyonel rol kısıtlaması" ve "vitalite" arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışmamıza katılan hastaların %80.4'ü çalışmıyor olarak bulunmuştur. Çalışmayanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldığı puanlar çalışanlara göre çok daha düşük çıkmıştır. Çalışma sonucuna bakılarak bireyin çalışıyor olmasının yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Chouseinoglou'nun (2018) yapmış olduğu çalışmada çalışma durumu ile "SF-36 yaşam kalitesi ölçeği" alt boyutları arasında herhangi bir fark bulunmamıştır (115).

KOAH'lı bireylerin gelir durumu ile "genel sağlık", "fiziksel fonksiyon", "fiziksel rol kısıtlaması", "sosyal fonksiyon", "ağrı", "mental sağlık", "emosyonel rol kısıtlaması" ve "vitalite" arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Gelir durumu giderden az olanların gelir durumu giderden fazla olanlara göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutundan aldıkları puanlar çok daha düşüktür. Çalışmamızın sonucuna göre düşük gelir düzeyi yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Koçoğlu ve Akın (2009), Whang ve Shen (2003), Burström ve arkadaşlarının (2001) yapmış olduğu çalışmalarda (113,118,119) düşük gelir düzeyine sahip hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenirken; Chouseinoglou'nun yapmış olduğu çalışmada

kişinin gelir durumu ile “SF-36 yaşam kalitesi ölçeği” alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (115).

Sigara kullanımı ile “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Chouseinoglou’nun (2018) çalışmasında sigara içen hastalarda “SF-36 yaşam kalitesi ölçeği” alt boyutlarından “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel güç”, “genel sağlık” ve “sosyal fonksiyon” arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (115). Akbay ve arkadaşları (2001) “SF-36 ölçeği” dışında bir yaşam kalitesi ölçeği kullanarak yapmış oldukları çalışmada sigara içmenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini belirlemiştir (111). İnce ve arkadaşlarının (2000) yapmış olduğu çalışmada ise sigara içme ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (120). Sigara kullanımının semptomları artırdığı ve artan semptomların hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

KOAH’lı bireylerin hastalık tanı süresi ile “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır. Çalışmaya katılan hastaların %80.5’inin 0-5 yıldır hasta olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucuna göre hastalık tanı süresi arttıkça hastaların yaşam kalitesi azalmaktadır. İnce ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında tanı süresi ile “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık” ve “vitalite” (120); Chouseinoglou’nun (2000) çalışmasında ise genel sağlık, fiziksel rol kısıtlaması, sosyal fonksiyon, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlaması ve vitalite alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır (115). Literatürde arkadaşlarının farklı yaşam kalitesi ölçekleri ile yapılan çalışmalardan Polatlı ve arkadaşları (2013), Stahl ve arkadaşları (2005), Ferreira ve arkadaşlarının (2003) yapmış oldukları çalışmalarda da tanı süresi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir (121, 122, 123).

KOAH'lı bireylerin tüm hastalık evreleri ile “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Hajiro ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında (106), hastalık evresi arttıkça “SF-36 ölçeğinin” “ağrı” puanı dışında tüm puanların önemli oranda bozulduğu; Ferrer ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında da (124), hastalık evresi ağırlaştıkça hastaların daha kötü yaşam kalitesi puanlarına sahip olduğu, Soyyiğit ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında (103) KOAH evresi, SF-36 ölçeği alt boyutlarından genel sağlık, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve vitalitenin Chousemoglou'nun (2018) çalışmasında (115) ise “fiziksel fonksiyon”, “genel sağlık”, “sosyal fonksiyon” ve “emosyonel rol kısıtlamasının” olumsuz yönde değiştiği görülmektedir. Literatürde farklı yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalardan Gökçek ve arkadaşları (2019), Yenilmez ve arkadaşları (2018), Polatlı ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu çalışmalarda da hastalık evresi ilerledikçe yaşam kalitesinin belirgin bir şekilde azaldığı belirlenmiştir (104,105,121). Araştırma sonucumuz literatürle paralel göstermektedir (121, 125, 126, 127). Hastalık evresi ilerledikçe yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puanlar azalmaktadır.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin KOAH dışında kronik hastalığı olup olmama durumu ile “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Literatürde yapılan çalışmalarda bizim çalışmamız ile paralel çıkan sonuçlar olduğu gibi (128), farklılık gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (115). Ek bir hastalığın varlığının hastanın hem KOAH hem diğer hastalığı ile ilgili daha fazla semptom yaşamasına sebep olmaktadır. Daha fazla hastalık belirtisinin hastalık yönetimini güçleştirerek yaşam kalitesini etkilediği düşünülmektedir.

5.7. Katılımcıların Hastalık Algısı ile Yaşam Kalitelerine İlişkin Karşılaştırma Bulgularının Tartışması

Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından hastalık tipi ile “SF-36 yaşam kalitesi ölçeği” alt boyutlarından “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” arasında anlamlı pozitif yönlü çok yüksek korelasyon bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından “kişisel kontrol”, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme boyutları ile; yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, sosyal fonksiyon, ağrı, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlaması ve vitalite arasında anlamlı pozitif yönlü yüksek korelasyon bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu sonuçlara göre hastalar hastalıklarının kendileri ve tedavileri ile kontrol altına alınabildiği takdirde yaşam kalitelerinin artacağını düşünmektedir. Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından “süre (akut/kronik)” ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” arasında anlamlı negatif yönlü orta korelasyon bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından “sonuçlar” ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” arasında anlamlı negatif yönlü çok yüksek korelasyon bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından “duygusal temsiller” ile “yaşam kalitesi ölçeği” alt boyutlarından “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” arasında; hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından “psikolojik atıflar temsiller” ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından “fiziksel fonksiyon” ve “mental sağlık” arasında anlamlı negatif yönlü yüksek korelasyon bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından “psikolojik atıflar temsiller” ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından “genel sağlık”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal fonksiyon”, “ağrı”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite arasında”; hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından risk etkenleri ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından “genel sağlık”, “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol kısıtlaması”, “sosyal

fonksiyon”, “ağrı”, “mental sağlık”, “emosyonel rol kısıtlaması” ve “vitalite” arasında anlamlı negatif yönlü çok düşük korelasyon bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu sonuçlara göre hastalar; kronik ve ciddi sonuçları olan, süreç içerisinde emosyonel ve psikolojik olarak kendilerini olumsuz etkileyen KOAH’ın yaşam kalitelerini azalttığını düşünmektedirler. Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından süre (döngüsel), bağışıklık, kaza veya şans alt boyutları ile yaşam kalitesi ölçeğine ait alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bu sonuçlara göre hastalar hastalığın döngüsel olması, kaza veya şans ya da bağışıklık sistemi nedeniyle başına gelmiş olması ile yaşam kalitesi arasında herhangi bir ilişki olduğunu düşünmemektedirler. KOAH tedavisinde hastaya bütüncül yaklaşılmalıdır. Yani hasta yalnızca fiziksel yönden değil ruhsal yönden de değerlendirilmelidir. Çünkü KOAH yaşamı tehdit eden ciddi sonuçları olan, hastayı psikososyal yönden etkileyen, bireyin yalnızca fiziksel değil aynı zamanda sosyal yönden kısıtlandığı bir hastalıktır. Tüm bu fiziksel ve sosyal kısıtlamalar hastanın yaşam kalitesini azaltmaktadır. Hastalığın ilerleyen evrelerinde semptomlar belirginleşmekte hastalığın yönetimi zorlaşmakta ve hastaneye yatışlar artmaktadır. Gudmundson ve arkadaşlarının (2005) 416 KOAH’lı hasta üzerinde yaptığı araştırmada ise düşük yaşam kalitesine sahip hastaların daha sık hastaneye başvurdukları saptanmıştır (23). Williams ve Healy (2001) yapmış oldukları çalışmada hastaların ilaç tedavisinin gerekliliğine inandıkları takdirde tedaviye bağlılıklarının arttığını belirtmiştir. KOAH tedavisindeki en önemli nokta hastanın hastalığının kontrol edilebilir olduğuna inanmasıdır. Hemşireler vereceği eğitimlerle hastanın, hastalığın kontrol altına alınmasında tedavinin önemine inanmasını sağlamalıdır. Hastanın tedavisini kontrol edebilmesi; günlük yaşam aktivitelerinde meydana gelen kısıtlamaların ve hastaneye yatışların azalmasını sağlayarak yaşam kalitesini artırmaktadır. Unutulmamalıdır ki; KOAH’ta yaşam kalitesinin artırılması yaşam süresini uzatmaktan daha önemlidir (27).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı yönetiminde asıl amaç hastanın semptomlarını azaltarak yaşam kalitesini artırmaktır. Yaşam kalitesinin artırılması ise hastalığın kabul edilerek tedavi planına uyumun artmasına bağlıdır. KOAH'lı bireylerde hastalık algısının yaşam kalitesine olan etkisini incelemek için yapılan çalışmada hastalık algısının yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür. Çalışmanın sonuçlarına göre hastalık algısı yüksek olan hastalarda yaşam kalitesi daha iyidir. Çalışmadan elde edilen bilgiler ışığında;

“SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları” ile “hastalık algısı ölçeği” alt boyutlarından hastalık tipi, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme ile anlamlı pozitif korelasyon; süre (akut/kronik), sonuçlar, duygusal temsiller, psikolojik atıflar, risk etkenleri boyutu arasında anlamlı negatif korelasyon bulunmuştur. “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık algısının yaşam kalitesine etkisi yoktur” H_{0-1} hipotezi reddedilmiş, “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık algısının yaşam kalitesine etkisi vardır” H_{1-1} hipotezi kabul edilmiştir.

Hastalık algısı ile yaş, medeni durum, cinsiyet, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin yaş, medeni durum, cinsiyet, gelir durumu, eğitim düzeyi, sigara-alkol kullanma durumu ve kronik hastalık varlığı ile hastalık algısı arasında anlamlı bir fark yoktur” H_{0-2} hipotezi reddedilmiş olup “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin yaş, medeni durum, cinsiyet, gelir durumu, eğitim düzeyi, sigara-alkol kullanma durumu ve kronik hastalık varlığı ile hastalık algısı arasında anlamlı bir fark vardır” H_{1-2} hipotezi kabul edilmiştir.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanma durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark yoktur” “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin yaş, medeni durum, cinsiyet, gelir durumu, eğitim düzeyi, sigara-alkol kullanma durumu ve kronik hastalık varlığı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark yoktur” $H_{0.3}$ hipotezi reddedilmiş olup $H_{1.3}$ hipotezi kabul edilmiştir.

Hastalık süresi ve evresi arttıkça hastaların hastalık algılarının azaldığı belirlenmiştir. “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık süresi ve hastalık evresi ile hastalık algısı arasında anlamlı bir fark yoktur” $H_{0.4}$ hipotezi reddedilmiş, “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık süresi ve hastalık evresi ile hastalık algısı arasında anlamlı bir fark vardır” $H_{1.4}$ hipotezi kabul edilmiştir.

Hastalık süresi ve evresi arttıkça hastaların yaşam kalitelerinin azaldığı belirlenmiştir. “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık süresi ve hastalık evresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark yoktur” $H_{0.5}$ hipotezi reddedilmiş, “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık süresi ve hastalık evresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark vardır” $H_{1.5}$ hipotezi kabul edilmiştir.

Hasta kişilerde doğru tedavi ve tedaviye uyum ile hastanın yaşam kalitesi artmakta ve yaşam ömrü uzamaktadır. Çünkü etkili bir hastalık yönetimiyle; hastalığın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin sınırlandırılması, bağımlılığın önlenip yaşam kalitesinin artırılacağı düşünülmektedir. Hemşire hastasına bütüncül bakım anlayışı ile yaklaşmalı ve hastayı yalnızca fiziksel değil aynı zamanda ruhsal yönden de değerlendirmelidir. Atakların fazlalığı ve hastaneye yatış sıklığı hastaların ruhsal durumları ile yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Çalışmamızın konuyla ilgili bundan sonra yapılacak çalışmalara yol gösterici olabileceği düşünülmekte olup, çalışma sonuçları doğrultusunda;

- Hastalığa ve tedaviye uyumun en iyi şekilde sağlanabilmesi için KOAH tanısı alan hastalara ve yakınlarına pozitif hastalık algısını sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik eğitim planlarının hazırlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi,
- KOAH'lı bireyler hastalığı anlayamadığını ifade etmekte olup özellikle evre ilerledikçe kontrolü kaybetmektedirler. Bu nedenle hemşirelerin bakım verdiği hasta ve yakınına KOAH'ın kronik bir hastalık olduğunu ama tedaviye gösterilen uyumun semptomları ve hastaneye yatışı azalttığı konusunda danışmanlık yapması,
- Hastalar genel olarak sağlığının kötü olduğunu ilerleyen günlerde de kötüleşeceğini, yaşam kalitelerinin kötü olduğunu düşünmektedirler. Psikososyal bakımda hemşirelerin bakım verdiği hasta ve ailenin yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlama, baş etme becerilerini geliştirerek uyumu artırması;
- Hastalığa ve tedaviye uyumun en iyi şekilde sağlanabilmesi için pulmoner rehabilitasyon konusunda hemşirelere hizmet içi eğitim verilmesi,
- Literatürde KOAH'lı bireylerde hastalık algısının yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen araştırmaya rastlanmamış olup, hastalık algısını inceleyen kısıtlı çalışmaya rastlanması nedeniyle daha detaylı sonuçlara ulaşmak için daha büyük örneklem grubu ile çalışmanın tekrarlanması,
- Konu ile ilgili belirlenen sorunların çözümüne yönelik müdahale ve etkilerinin belirlenebilmesi için randomize kontrollü çalışmaların yapılması ve kanıt düzeyinin artırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. **Tekin SÇ, Kara F.** Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık.*Uluslararası bilimsel araştırmalar dergisi*, **2018**; 3(1): 219-229.
2. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2018.
3. [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)) (24.10.2018).
4. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2016.
5. <http://www.who.int/respiratory/copd/en/> (24.10.2018).
6. **Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S.**Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi***2007**; 8:271-280.
7. Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, **2016**.<http://goldcopd.org/> (20.09.2018)
8. **Yazıcı O.** Depresif bozukluklarda eştanı (komorbidite). *Psikiyatri Dünyası*,**2001**; 5: 89-96.
9. **Akdemir N, Birol L.** İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 3.Baskı Nobel Tıp Kitapevi; **2011**:16-20.
10. **Mannino DM.** Chronic obstructive pulmonary disease: definition epidemiology. *Respiratory Care*, **2003**; 48: 1185-1191.
11. **Kocabaş A, Atış S, Çöplü L, Erdinç E, Ergan B, Gürgün A, ve ark.** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) koruma, tanı ve tedavi raporu 2014. Türk Toraks Derneği KOA çalışma grubu. *Turkish Thoracic Journal*, **2014**.
12. Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, **2018**.<http://goldcopd.org/> (20.09.2018)
13. **Viegi G, Scognamiglio A, Baldacci S, Pistelli F, Carrozzi L.** Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respiration*, **2000**; 68(1): 4-19.
14. **Miravitles M, Calle M, Soler-Cataluña JJ.** Clinical Phenotypes of COPD: Identification, Definition and Implications for Guidelines. *Archivos de Bronconeumologia***2012**; 48(3): 86-98.

15. **Özpuolat F, Yıldırım A.** Kronik Solunum Sistemi Hastalığı Olan Hastaların Hastalıkları İle Baş Etme Yöntemleri ve Sağlık Eğitimi Gereksinimleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **2014**; 23(4): 122-129.
16. **Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R.** The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and health*, **1996**; 11(3):431-445.
17. **Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ.** Self-regulation, health, and behavior: A perceptual cognitive approach. *Psychology and Health*, **1998**; 13 (4): 717-733.
18. **Karabulutlu EY, Okanlı A.** Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2011**; 14(4): 25-30.
19. **Aalto A-M, Heijmans M, Weinman J, Aro AR.** Illness perceptions in coronary heart disease: sociodemographic, illness-related, and psycho social correlates. *Journal Of Psycho Somatic Research*, **2005**; 58 (5): 393-402.
20. **Hajiro T, Nishimura K, Tsukino M, Ikeda A, Oga T.** Stages of disease severity and factors that affect the health status of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*, **2000**; 94: 841-846.
21. **Bourjeily G, Rochester CL.** Exercise training in chronic obstructive pulmonary disease. *Clinics In Chestmedicine*, **2000**; 21(4): 763-81.
22. **Spencer S, Calverley PMA, Burge PS, Jones PW.** Impact of preventing exacerbations on deterioration of health status in COPD. *European Respiratory Journal*, **2004**; 23: 698-702.
23. **Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, Lindberg E, Hallin R, Ulrik CS, et al.** Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. *European Respiratory Journal*, **2005**; 26: 414-419.
24. **Worth H.** Self management in COPD: One step beyond. *Patient Education and Counseling*, **1997**; 32: 105-109.
25. **Güner A, Atak N.** KOAH'lı hastalarda sağlık eğitiminin etkisinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, **2002**; 50(4): 451-461.
26. **Çil A, Olgun N.** KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)'ın pulmoner rehabilitasyon ile yönetimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2005**; 21(1): 103-113.
27. **Burgel PR, Escamilla R, Perez T, Carre P, Caillaud D, Chanez P, et al.** Impact of comorbidities on COPD-specific health-related quality of life. *Respiratory Medicine*, **2013**; 107: 233-241.

28. **Ansari S.** Understanding the impact of chronic obstructive pulmonary disease and intervening to improve self-management in the context of multi-morbidity. *Int J Integr Care*, **2018**; 18(3):7.
29. **Kılıçkaya C, Karakaş SA.** The effect of illness perception on loneliness and coping with stress in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *International Journal of Caring Sciences*, **2016**; 9(2): 481-488.
30. **Ekenler Ş.** Kronik obstrüktif akciğer hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, **2017**:69s
31. **Garcia-Aymerich J, Farrero E, Félez MA, Izquierdo J, Marrades RM, Antó JM.** Risk factors of read mission to hospital for a COPD exacerbation: a prospective study. *Thorax*, **2003**; 58(2): 100-105.
32. **Başığit İ.** KOAH patogenezi ve fizyopatolojisi. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, **2010**; 1(2).
33. **Lopez AD, Shibuya K, Rao C, Mathers CD, Hansell AL, Held LS et al.** Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. *Eur Respir J*, **2006**; 27:397-412.
34. Andreeva E, Pokhaznikova M, Lebedev A, Moiseeva I, Kutznetsova O, Degryse JM. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease by the global lung initiative equations in North-Western Russia. *Respiration*, **2016**; 91:43-55.
35. **Leupoldt A, Kenn K.** The psychology of chronic obstructive pulmonary disease. *Current Opinion in Psychiatry*, **2013**; 26: 458-463.
36. **Kocabaş A.** Kronik Obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. *Türk Toraks Dergisi*, **2010**; 1:105-113.
37. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı. Ankara, 2009.
38. **Günen H, Hacıevliyagil SS, Yetkin O, Gulbas G, Mutlu LC, Pehlivan E.** Prevalence of COPD: First epidemiological study of large region in Turkey. *Europesn Eur J Intern Med.*, **2008**; 19:499-504.
39. **Hansell AL, Walk JA, Soriano JB.** What do chronic obstructive pulmonary disease patients die from? A multiple case coding analysis. *EurRespir J*, **2003**; 22: 809-814.
40. **Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, Badamgarav E, Buist AS, Mannino DM.** Global burden of COPD: systematicreviewand meta-analysis. *EurRespir J*, **2006**; 28: 523-532.

41. **Menezes MBA, Victoria CG, Padilla RP.**The Platino project: methodology of a multicenter prevalence survey of chronic obstructive pulmonary disease in major Latin American cities. *Med Res Methodol*, **2004**;4 (15).
42. **Lamprecht B, McBurnie MA, Vollmer WM, Gudmundsson G, Welte T, Nizankowska-Mogilicka E.** COPD in never smokers: results from the population-based burden of obstructive lung disease study. *Chest*, **2011**; 139:752-763.
43. **Hooper R, Burney P, Vollmer WM, McBurnie MA, Gislason T, Tan WC.** Risk factors for COPD spirometrically defined from the lower limit of normal in the BOLD Project. *EurRespir J*, **2012**;39:1343-53.
44. **Viegi G, Pistelli F, Sherrill DL, Maio S, Baldacci S, Carrozzi L.** Definition, epidemiology and natural history of COPD. *European Respiratory Journal*, **2007**; 30: 993-1013.
45. **Celli BR, MacNee W, Agusti A, Anzueto A, Berg B, Buist AS et al.** Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *European Respiratory Journal*, **2004**; 23 (6): 932-46.
46. Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management. 2010. nice.org.uk/guidance/cg101. (e.t: 23.09.2018).
47. **Kuyucu T, Güçlü SZ, Saylan B, Demir C, Şenol T, Güner S, et al.** A cross-sectional observational study to investigate daily symptom variability, effects of symptom on morning activities and therapeutic expectations of patients and physicians in COPD- Sunrise Study. *Tuberk Toraks*, **2011**;59(4):328-339.
48. **Kessler R, Partridge MR, Miravittles M, Cazzola M, Vogelmeimer C, Leynaud D, et al.** Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European cross-sectional study. *EurRespir J*, **2011**;37:264-272.
49. **Korkmaz T, Tel H.** KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2010**;13:2-7.
50. **Wilkinson A.** Living with advanced lung disease: A Guide For Family Caregivers. **2002** <https://www.alpha1.org/Portals/0/Documents/copdbookfinal.pdf> (18.11.2018).
51. **Fletcher MJ, Dahl BH.**Expanding nursing practice in COPD: key to providing high-quality, effective and safe patient care?. *Primary Care Respiratory Journal*,**2013**: 22.
52. Kozier B, Erb G, Blais K. Fundamentals of Nursing. 5th Ed, 1994; Addison-Wesley New York.

53. **Heijmans M, DeRidder D.** Assessing illness representations of chronic illness: explorations of their disease-specific nature. *J BehavMed*, **1998**; 21: 485–503.
54. **Petrie JK, Jago AL, Devhich DA.** The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, **2007**; 20(2):163–167.
55. **Groarke A, Curtis J, Clan R, Gsel A.** The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoidarthritis: a longitudinal study. *Psychology and Health*, **2005**; 20(5): 597–613.
56. **Kaptein AA, Scharloo M, Fischer MJ, Snoei L, Cameron LD, Sont JK et al.** Illness Perceptions and COPD: An Emerging Field for COPD Patient Management. *Journal of Asthma*, **2008**; 45(8): 625-629.
57. **Petrie JK, Wessely S.** Modern worries, new technology, and medicine. *British Medical Journal*, **2002**; 324: 690–691
58. **Petrie KJ, Weinman J.** Why illness perception smatter. *Clinical Medicine*, **2006**, 6: 536.
59. **Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S.** Hastalık algısı ölçeğın'in kanser hastalarında türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, **2007**; 10: 192-200.
60. **Aras A, Tel H.** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi*, **2007**; 10 (2): 63-68.
61. **Özdemir Ü, Taşcı S.** Kronik Hastalıklarda Psikosoyal Sorunlar ve Bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2013**; 1(1): 57-72.
62. **White J, Dixon S.** Nurse led Patient Education Programme for patient sunder going a lung resection for primary lung cancer. *Journal of Thoracic Disease*, **2015**; 7(2): 131-137.
63. **Üskül TB, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Türker H.** Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ve hastalık tanılarının ilişkisi. *Turkiye Klinikleri Archives of Lung*, **2006**; 7,(1) 11-15.
64. **Hill K, Geist R, Goldstein R, Lacasse Y.** Son dönem KOAH'da anksiyete ve depresyon. *EurRespir J*, **2008**; 31: 667-677.
65. **Mahler DA.** How should health related quality of life be assessed in patients with COPD? *Chest*, **2000**; 117: 54-7.
66. **Mandzuk L, McMillan D.** A conceptanalysis of quality of life", *Journal of Oryhopaedic Nursing*, **2005**; 9:12-18.
67. **Jones PW.** Health status measurement in COPD. *Thorax*, **2001**; 56: 880-887.

68. **Atasever A, Erdinç E.** KOAH'da Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, **2003**; 51(4): 446-455.
69. **Kocaman N.** Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2008**; 11:1.
70. **Zackrisson AB, Hagglund D.** The asthma-COPD nurses' experience of educating patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in primary health care. *Scand J Caring Sci*, **2010**; 24(1): 147-55.
71. **Durademir A.** Kronik kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri ve öz bakım davranışları. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, **1999**; 3(1): 16-20.
72. **Yüksel EG, Ursavaş A, Irdesel J, Koç M, Uzaslan EK, Güneş S ve ark.** Kronik obstrüktif akciğer hastalığında multidisipliner pulmoner rehabilitasyon programının etkinliği. *Akciğer Arşivi*, **2005**; 6: 115-119.
73. **Bilgiç H, Karadağ M.** Pulmoner Rehabilitasyon Cep Kitabı. *Türk Toraks Derneği*, Türkiye, **2009**; 1-12.
74. **Elkhateeb NG, Elhadidi AA, Masood HH , Mohammed AR.** Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, **2015**: 64, 359–369.
75. **Salman GF, Mosier MC, Beasley BW, Calkins DR.** Rehabilitation for patient with Chronic obstructive pulmonary disease. Meta-analysis of randomised controlled trials. *J Gen InternMed*, **2003**; 18: 2132-21.
76. **Gallefoss F, Bakke PS.** Impact of patient education and self-management on morbidity in asthmatics and patients with obstructive pulmonary disease. *RespirMed*, **2000**; 94: 279-287.
77. **Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick L.** The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, **2002**; 17:1–16.
78. **Ware JE, Sherbourne CD.** The MOS 36- item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*. **1992**; 30(6): 473-483.
79. **Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişke G, Ölmez N, Memiş A.** Kısa Form-36'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, **1999**; 12(2).
80. **Scharloo M, Kaptein AA, Schlösser M, Pouwels H, Bel EH, Rabe KF, Wouters EF.** Illness perceptions and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Asthma*, **2007**; 44(5):75-81.

81. **Günay S, Günay E, Sönmez ÖS, Demirci YN, Keyf İA, Şimşek C.** KOAH tanılı hastalarda solunumsal maruziyetler İle hastalık arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, **2013**; 16(3):243-252.
82. **Borge CR, Moum T, Puline Lein M, Austegard EL, Wahl AK.** Illness perception in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Scandinavian Journal of Psychology*, **2014**; 5(5): 456-463.
83. **Schure MB, Borson S, Nguyen HQ, Trittschuh EH, Thielke SM, Pike KC, et all.** Associations of cognition with physical functioning and health-related quality of life among COPD patients. *Respiratory Medicine*, **2016**; 114: 46-52.
84. **Türk G, Üstün R.** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesi. *DEUHFED*, **2018**; 11(1): 19-25.
85. **Vicdan KA.** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. *DEUHFED*, **2018**: 11(1).
86. **Chau QN, Thuy TB, Giap VV, Hanh TC, Phuong TP, Ha NP, et all.** Direct hospitalization cost of patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in Vietnam. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, **2019**; 16(1): 88.
87. **Sorheim IC, Johannessen A, Gulsvik A, Bakke PS, Silverman EK, DeMeo DL.** Gender differences in COPD: are women more susceptible to smoking effects than men? *Thorax*, **2010**; 65:480-485.
88. **Foreman MG, Zhang L, Murphy J, Hansel NN, Make B, Hokanson JE, et al.** Early-onset chronic obstructive pulmonary disease is associated with female sex, maternal factors, and African American race in the COPD Gene Study. *Am J Respir Crit Care Med*, **2011**; 184(4): 414-20.
89. **Ntritsos G, Franek J, Belbasis L, Christou AM, Markozannes G, Altman P, et all.** Gender-specific estimates of COPD prevalence: a systematic review and meta-analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, **2018**; 13: 1507–1514.
90. **Ünsal A, Yetkin A.** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, **2005**; 8(1): 42-53.
91. **Kinnula VL, Vasankari T, Kontula E, Sovijarvi A, Saynajakangas O, Pietinalho A.** The 10-year COPD programme in Finland: Effects on quality of diagnosis, smoking, prevalence, hospital admissions and mortality. *Prim Care Respir J*, **2011**; 20: 178-83.
92. **Karpman M, Eldridge R, Follis JL, Etzel CJ, Shete S, El-Zein RA.** Chronic obstructive pulmonary disease among lung cancer-free smokers: The importance of healthy controls. *Respiratory Investigation*, **2018**; 56: 28–33.

93. **Fidan F, Palan E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z.** Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi*,**2005**; **6(3)**.
94. **Ünal B, Ergör G, Horasan DG, Kalaça S, Sözmen K.** T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. **2013**, Ankara.
95. **Roberts CM, Lopez-Campos JL, Pozo-Rodriguez F, Hartl S; on behalf of the European COPD Audit team.** European hospital adherence to GOLD recommendations for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbation admissions. *Thorax*, **2013**;68:1169-71.
96. **Üstünova E, Nahcivan N.** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **2015**; 23(1): 11-22.
97. **McAllister DA, Maclay JD, Mills NL, Mair G, Miller J, Anderson D et al.** Arterial stiffness is independently associated with emphysema severity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med***2007**;176:1208–14.
98. **Ojuawo OB, Aladesanmi AO, Opeyemi CM, Desalu OO, Fawibe AE, Salami AK.** Profile of patients with chronic obstructive pulmonary disease in Ilorin who were never-smokers. *Nigerian Journal of Clinical Practice*,**2019**; 22(2):221-226.
99. **Soykök K, Arslan S, Demirel Y.** Kronik obstrüktif akciğer hastalığında komorbidite durumu. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*,**2017**; 31(3).
100. **Barnes PJ, Celli BR.** Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *European Respiratory Journal*, **2009**; 33: 1165-1185.
101. **Mahler DA, Mackowiak JI.** Evaluation of the short-form 36-item questionnaire to measure health-related quality of life in patients with COPD. *Chest*, **1995**; 107(6):1585-1589.
102. **Polatlı M, Yorgancıoğlu A, Aydemir Ö, Demirci YN, Kırkıl G, Naycı AS ve ark.** Saint george solunum anketinin türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. **2013**, *Tüberk Toraks*; 61(2): 81- 87.
103. **Soyyigit Ş, Erk M, Güler N, Kılınç G.** Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesinin belirlenmesinde SF-36 sağlık taramasının değeri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*,**2006**; 54(3): 259-266.
104. **Yenilmez Ö, Gürsoy S, Evyapan F, Kitiş A.** KOAH'lı bireylerde aktivite katılımı ve yaşam kalitesinin incelenmesi. **2018**, *YSAD-EIRJ*; 11(2):30-36.

105. **Gökçek Ö, Hüzmeli ED, Katayıfçı N.** Kronik obstrüktif akciğer hastalarında dispnenin yaşam kalitesi ve depresyona etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg*, **2019**; 10(1):84-88.
106. **Hajiro T, Nishimura K, Tsuniko M, Ikeda A, Koyama H, Takateru I.** Comparison of discriminative properties among disease specific questionnaires for measuring health related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care*, **1998**; 157:785-790.
107. **Kanervisto M, Paavilainen E, Heikkila J.** Family dynamics in families of severe COPD patients. *J Clin Nurs*, **2007**;16:1498-1505.
108. **Lynn J, Ely EW, Zhong Z, Landrum K, Dawson NV, Desbiens NA et al.** Living and dying with chronic obstructive pulmonary disease. *J Am Geriatr Soc*, **2000**; 48(5): 91-100.
109. **Miravitlles M, Anzueto A, Legnani D, Forstmeier L, Fargel M.** Patient's perception of exacerbations of COPD—the perceive study. *Respiratory Medicine*, **2007**; 101 :453–460.
110. **Martinez CH, Diaz AA, Parulekar AD, Rennard SI, Kanner RE, Hansel NN et al.** Age-related differences in health-related quality of life in COPD: An Analysis of the COPDGene and SPIROMICS Cohorts. *Chest*, **2016**; 149(4): 927-935.
111. **Akbay S, Kurt B, Ertürk A, Gülhan M, Çapan N.** KOAH'ta yaşam kalitesi ve solunum fonksiyon testi ilişkisi. *Tüberküloz ve Toraks*, **2001**; 49: 338-344.
112. **Castillion P G, Sendio AR, Baneges JR, Garcia EL, Rodriquez AF.** Differences in quality of life women and men in the older population of Spain. *Social Science & Medicine*; **2005**, 60: 1229-1240.
113. **Koçoğlu, D. ve Akın, B.** “Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **2009**; 2(4), 145-154.
114. **Gülmez H.** Çalışanların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, **2013**; 7(4): 74-82.
115. **Chousemoglou B.** KOAH'da psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesi üzerine etkisi. Uzmanlık Alan Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli, **2018**:70.
116. **Jimenez CA, Masa F, Miravitlles M.** Smoking characteristics: differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD. *Chest*, **2001**; 119:1365-1370.
117. **Pierce JP, Fiore MC, Novotny TE, Hatziandreu EJ, Davis RM.** Trends in cigarette smoking in the United States: projections to the year 2000. *JAMA* **1989**; 261:61– 65.

118. **Whang, L L., Shen, Y.** Chinese SF-36 health survey: Translation, cultural adaptation, validation, and normalisation. *Journal Epidemiology and Community Health*, **2003**; 57 (4): 259-261.
119. **Burström K, Johannesson M, Diderichsen F.** Health related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy*, **2001**; 55: 51–69.
120. **İnce İnal C, Tunalı N, Savcı S, Arıkan H.**Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları*,**2000**; 11: 333-337.
121. **Polatlı M, Yorgancıoğlu A, Aydemir Ö, Demirci YN, Kırkıl G, Naycı AS, ve ark.** Saint George Solunum Anketinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Tüberk Toraks*, **2013**; 61(2): 81- 87.
122. **Stahl E, Lindberg A, Jansson SA, Rönmark E, Sversson K, Andersson F et all.** Health-related quality of life is related to COPD disease-severity. *Healand Qual of Life Outcom* , **2005**; 3: 56-64.
123. **Ferreira CAS, Stelmach R, Feltrin MIZ, Wilson JH, Toshio C, Alberto C.** Evaluation of health related quality of life in low-income patients with COPD receiving long-term oxygen therapy. *Chest*, **2003**; 123: 136-41.
124. **Ferrer M, Alonso J, Morera J, Marrades RM, Khalaf A, Aguar C et all.** Chronic obstructive pulmonary disease stage and health-related quality of life. *Ann Intern Med***1997**; 127: 1072-1079.
125. **Ulubay G, Ulaşlı SS, Akıncı B, Görek A, Akçay Ş.** KOAH'lı olgularda depresyon durumu, solunum fonksiyon testi, egzersiz performansı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, **2009**; 57(2): 169-176.
126. **Trooster T, Sciurba F, Battaglia S, Langer D, Valluri RS, Martino L, et all.** Physical inactivity in patients with COPD, a controlled multi-center pilot-study. *Respir Med*, **2010**; 104: 1005-1011.
127. **Frisk B, Espehaug B, Hardie AJ, Strand AI, MoeNilssen R, Eagan, TML, et all.** Physical activity and longitudinal change in 6- min walk distance in COPD patients. *Respir Med*, **2014**, 108: 86-94.
128. **Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel RN, Mercier M.** Quality of Life in Rural and Urban Populations in Lebanon Using SF-36 Health Survey. *Health Quality Life*, **2003**; 1: 1-14.

8. EKLER

EK-1: Onam Formu

KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU

Araştırmacının Açıklaması

Sayın Katılımcı;

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi göğüs hastalıkları servis ve polikliniğine başvuran KOAH tanısı olan bireylerle “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi” adlı bir çalışma yapmayı planlamaktayım. Bu araştırma bilimsel bir tez çalışması olup Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Çiğdem KARAGÜLLE tarafından yürütülmektedir. Bu araştırmaya katılmanız sonucu KOAH’lı bireylerin hastalık algılarının yaşam kaliteleri üzerine etkisi belirlenerek daha sonraki uygulama ve çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma için sizlerden “Hasta Bilgi Formu”, “Hastalık Algısı ” ve “SF-36 Yaşam Kalitesi” ölçeğini doldurmanız/cevaplandırmanız istenecektir. Bu araştırmaya katılmakta özgürsünüz. Araştırmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ve sizden ücret talep edilmeyecektir. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahiptir. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararınıza engel duruma yol açmayacaktır.

Bu araştırma sonuçları kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki çalışmalarda, hemşire eğitimlerinde ve KOAH’lı bireylerde yaşam kalitesinin artırılmasında yol gösterici olacaktır. Size ait veriler gizli tutulacak ve bilimsel amaçla kullanılacaktır. Elde edilen verilere sadece kimliği yukarıda belirtilen araştırmacı ulaşabilecektir. Ancak araştırmacının izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Sizde istediğinizde

kendi bilgilerinize ulaşabilirsiniz. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın güvenliği açısından oldukça önemlidir.

Bu araştırma Abant İzzet Baysal Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Araştırmaya katılımınızla ilgili herhangi bir şikâyetiniz varsa Sosyal Psikoloji Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Hamit COŞKUN'a (Tel:03742541310) bildirebilirsiniz. Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

Katkı ve katılımınız için içtenlikle teşekkür ederim.

Çiğdem KARAGÜLLE

**BAİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans
Öğrencisi**

ONAM FORMU

(Araştırmacı Nüshası)

Araştırmanın Adı: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi

	Evet	Hayır
Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?		
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?		
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartişma fırsatı tanındı mı?		
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?		
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?		
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?		
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?		
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız....</i>		

Adı / Soyadı:

Tarih:

İmza:

ONAM FORMU

(Katılımcı Nüshası)

Araştırmanın Adı: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi

	Evet	Hayır
Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?		
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?		
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?		
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?		
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?		
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?		
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?		
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız....</i>		

Adı / Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK-2: Hasta Tanıtım Formu

SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz nedir?
 - a) Kadın
 - b) Erkek
3. Medeni Durumunuz nedir?
 - a) Evli
 - b) Bekar
4. Eğitim durumunuz:
 - a) Okur yazar değil
 - b) İlköğretim
 - c) Ortaöğretim
 - d) Lise
 - e) Üniversite
5. Çalışıyor musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
6. Sosyal güvenceniz var mı?
 - a) Var
 - b) Yok
7. Gelir durumunuz:
 - a) Gelir giderden az
 - b) Gelir gidere eşit
 - c) Gelir giderden fazla
8. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?
 - a) Yalnız
 - b) Ailemle birlikte
 - c) Diğer.....
9. Sigara kullanıyor musunuz? (Cevabınız hayır veya bırakmış ise 12. soruya geçiniz)
 - a)Evet
 - b) Hayır
 - c) Bırakmış
10. Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz?
 - a) 0-10 yıl
 - b) 11-21 yıl
 - c) 22-32 yıl
 - d) 33-43 yıl
 - e) 44 yıl ve üzeri
11. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?
 - a) 0-10 adet
 - b) 11-20 adet
 - c) 21-30 adet
 - d) 30-40 adet
 - e) 41 adet ve üzeri
12. Alkol kullanıyor musunuz? (Cevabınız hayır veya bırakmış ise 15. soruya geçiniz)
 - a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Bırakmış
13. Kaç yıldır alkol kullanıyorsunuz?
 - b) 0-10 yıl
 - b) 11-21 yıl
 - c) 22-32 yıl
 - d) 33-43 yıl
 - e) 44 yıl ve üzeri
14. Alkol almaya başladığınızda genellikle kaç tane (kadeh ya da şişe) içersiniz?
 - a) 1-3 tane
 - b) 4-6 tane
 - c) 7-9 tane
 - d) 10 tane ve üzeri

15. Kaç yıldır KOAH hastasıdır?
- a) 0-5 yıl b) 6-11 yıl c) 12-17 yıl d) 18-23 yıl e) 23 yıl ve üzeri
16. Kaçınıcı evre KOAH hastasıdır?
- a) 1. Evre b) 2. Evre c) 3. Evre d) 4. Evre
17. KOAH dışında başka bir kronik hastalığınız var mı?
- a) Başka hastalık yok
- b) Hastalığınız var ise belirtiniz.....



EK-3: Hastalık Algısı Ölçeği

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

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

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

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

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

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemmez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri var					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygunkutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

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

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

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

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

EK-4: Kısa Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

AKTİVİTELER	Evet çok kısıtlıyor	Evet çok az kısıtlıyor	Hayır hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar			
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf			
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak			
d. Pek çok katı çıkmak			
e. Tek katı çıkmak			
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek			
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek			
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek			
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek			
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek			

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a) İş ya da diğer aktiviteler için harcadığımız zamanda kesinti	1	2
b) İstedığınızden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c) İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d) İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a) İş ya da diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b) İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c) İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

	Her zaman	Çoğu zaman	Bir kısım	Bazen	Çok nadir	Hiçbir zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

	Tamamen doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Tamamen yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Ek 5: Etik Kurul İzni Yazısı



Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu

Çiğdem KARAGÜLLE
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Bolu Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü

Sayın Çiğdem KARAGÜLLE,

“Kronik Ostrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi” konulu araştırmanız ile ilgili olarak Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kuruluna yapmış olduğunuz başvuru (Protokol NO. 2015/106) Kurulumuzun 21.07.2015 tarihli ve 2015/106 toplantısında değerlendirilerek etik olarak uygun bulunmuştur. Bilgilerinize sunarız.

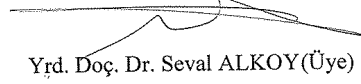

Prof. Dr. Hamit COŞKUN (Başkan)


Doç. Dr. Mehmet BRYİĞİT (Üye)

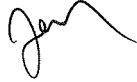

Doç. Dr. Mithat DURAK (Üye)


Doç. Dr. Altay EREN (Üye)



Yrd. Doç. Dr. Dilşad ÇOKNAZ (Üye)


Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY (Üye)

Av. Zuhâl DEMİRCİ (Üye)



Ek 6: Kurum İzin Yazısı

 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Bolu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

BOLU İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - BOLU İLİ KURUMSAL EĞİTİM BİRİMİ
20102015 11 04 / 71924980 / 770 / 461
00014426954

Sayı : 71924980/770
Konu : Araştırma İzni

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu yüksek lisans öğrencisi Çiğdem KARAGÜLLE'nin, "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi " konulu araştırmasını Genel Sekreterliğimize bağlı İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fakülte Ünitesinde yapmasını olurlarınıza arz ederim.

Uzm. Dr. Abdullah DANIŞMAN
İdari Hizmetler Başkan V.

OLUR
.../.../2015

Op. Dr. Metin TAHAOĞLU
Genel Sekreter

Bolu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim Birimi Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Ağaççılar
Mevkii 0(374)2753030-2649 N.Yıldız Eğitim Birimi
e-posta:www.bolu.khb @ saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7397559b-e86a-4d49-882b-0f9bb82074b8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 44be3738-cf4d-4497-b787-dc231a9a43d7 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 7: Ölçek Kullanım İzni

Re: Ölçek İzin Talebi



Zeynep Armay 12.06.2015

Kime: çiğdem karagülle

Çiğdem Hanım,
Ölçeği çalışmanızda memnuniyetle kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar,

Dr. Zeynep Armay
Klinik Psikolog/Psikoöğrenci

www.zeyneparmay.com
mail@zeyneparmay.com

Prof. Orhan Ersek Sokak, Ferah Apt. No: 35 D:2 Nişantaşı

Tel: 0212- 2305848

Jun 12, 2015 tarihinde 00:24 saatinde, çiğdem karagülle <ciğdem.k@msn.com> şunları yazdı:

Zeynep Hanım merhabalar,

Ben Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümü yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmamızda sizin geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Hastalık Algısı" ölçeğini kullanmak istiyoruz. Tez konu başlığımız "KOAH'lı Hastalarda Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi". Geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Hastalık Algısı" ölçeğini tez çalışmamızda kullanabilir miyiz? Teşekkür ediyor ve iyi çalışmalar diliyorum.

Çiğdem KARAGÜLLE

9. ÖZGEÇMİŞ

Çiğdem KARAGÜLLE 15.04.1988 tarihinde Kdz. Ereğli’de doğdu. İlk, orta ve lise öğretimini Kdz. Ereğli’de tamamladı. 2006 yılında girdiği Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden Haziran 2010’da mezun oldu. 2010 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde yüksek lisans öğrenimine başladı. 2011 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde çalışmaya başladı. 2016 yılında buradan ayrıлып İzzet Baysal Devlet Hastanesi’nde çalışmaya başladı. Halen İzzet Baysal Devlet Hastanesi Merkez Ünite binası Palyatif Bakım bölümünde çalışmaktadır.

10. ORİJİNALLİK RAPORU



T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKTORA / YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI
ORİJİNALLİK RAPORU

30/05/2017

AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Öğrencinin Adı Soyadı: Çiğdem KARAGÜLLE

Numarası: 21010803

Anabilim Dalı: Hemşirelik ABD

Lisansüstü Eğitim Düzeyi: Yüksek Lisans

Doktora

Tez Başlığı: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi

Yukarıda başlığı yazılı olan tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç bölümlerinden oluşan 84 sayfalık kısmına ilişkin 22/04/2019 tarihinde tarafımdan/tez danışmanımca *Turnitin* intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı "alıntılar hariç" yapıldığında % 14, "alıntılar dahil" yapıldığında ise % 19 olarak tespit edilmiştir.

Uygulanan Filtrelemeler:

- 1- Kaynakça Hariç,
- 2- Alıntılar Hariç / Dahil
- 3- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

"AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması Ve Kullanılması Uygulama Esasları" nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini, aksinin tespit edileceği durumda her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Bilgilerinize arz ederim.

Çiğdem KARAGÜLLE

EK: 1 adet tezin tam başlığım öğrencinin ad soyad bilgisini ve tezin toplam sayfa sayısını gösterecek şekilde raporlama işlemi bittikten sonra alınmış ekran görüntüsü eklenecektir.

TEZ DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR
22/04/2019

Dr. Öğr. Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK