

**T.C.  
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**



**KOAH'LI HASTALARDA HASTALIK ALGISININ YAŞAM  
KALİTESİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ayşe KARA**

Tez Danışmanı

**Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA**

Ortak Tez Danışmanı

**Doç. Dr. Hicran YILDIZ**

**BALIKESİR-2019**

**T.C.  
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KOAH'LI HASTALARDA HASTALIK ALGISININ YAŞAM KALİTESİNE  
ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ayşe KARA**

**TEZ SINAV JÜRİSİ**

**Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA**  
Balıkesir Üniversitesi - Başkan

**Doç. Dr. Hicran YILDIZ**  
Uludağ Üniversitesi - Üye

**Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL**  
Adnan Menderes Üniversitesi - Üye

**Doç. Dr. Sibel ERGÜN**  
Balıkesir Üniversitesi – Üye

**Dr. Öğr. Üyesi Celalettin ÇEVİK**  
Balıkesir Üniversitesi - Üye

Tez Danışmanı

**Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA**

**BALIKESİR - 2019**



T.C.  
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEZ KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan  
“**KOAH’LI HASTALARDA HASTALIK ALGISININ YAŞAM  
KALİTESİNE ETKİSİ**”

başlıklı tez çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul  
edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 08 / 07 / 2019

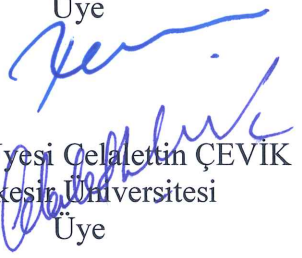
TEZ SINAV JÜRİSİ

  
Doç. Dr. Sibel KARACA SIVRIKAYA  
Balıkesir Üniversitesi  
Başkan

  
Doç. Dr. Hicran YILDIZ  
Uludağ Üniversitesi  
Üye

Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL  
Adnan Menderes Üniversitesi  
Üye

  
Doç. Dr. Sibel ERGÜN  
Balıkesir Üniversitesi  
Üye

  
Dr. Öğr. Üyesi Celalettin ÇEVİK  
Balıkesir Üniversitesi  
Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi, sınav jüri komisyonu tarafından imzalanarak  
.01. / .08. / 2019 tarihinde teslim edilmiştir.

  
Prof. Dr. İzzet KARAHAN  
Enstitü Müdürü

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim (08 / 07 / 2019).

Ayşe KARA



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sırasında ve tez çalışmam boyunca bana büyük bir sabırla rehberlik eden, her türlü desteğini, bilgisini, vaktini ve yardımlarını esirgemeyen çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA'ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesini esirgemeyen, tez çalışmamda önemli fikirlerini paylaşan ikinci danışman hocam Sayın Doç. Dr. Hicran YILDIZ'a

Verilerin istatistiksel analizindeki yardımlarından dolayı Sayın Su ÖZGÜR'e,

Tezimin veri toplama aşamasına imkan sağlayan Balıkesir Dursunbey Devlet Hastanesi yönetimine ve araştırmama gönüllü olarak katılan bütün hastalara,

Araştırmam süresince benden yardımlarını esirgemeyip, destek veren Balıkesir Dursunbey Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği'nde beraber çalıştığım tüm ekip arkadaşlarıma,

Yüksek lisansa başlamama vesile olan, çeviri aşamasında yardımlarını esirgemeyen ve her zaman desteğini hissettiğim abim İsmail ŞİMŞEK'e

Hayatımın her döneminde olduğu gibi, bu süreçte de benden sevgilerini, desteklerini ve dualarını esirgemeyen, beni yetiştirip bu günlere getiren sevgili anneme ve babama,

Her zaman olduğu gibi bu zorlu süreçte de bana güç veren, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen biricik eşim Mustafa KARA'ya,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Ayşe KARA**

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	iv
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	vi
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	vii
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	5
2.1. KOAH Tanımı .....	5
2.1.1. KOAH Sınıflaması .....	5
2.1.2. Fiziopatoloji .....	6
2.2. KOAH Epidemiyolojisi.....	7
2.2.1. Prevalans.....	7
2.2.2. Mortalite .....	8
2.2.3. Morbidite .....	9
2.2.4. Ekonomik Yük .....	11
2.3. KOAH'ta Risk Faktörleri .....	11
2.3.1. Sigara Kullanımı .....	11
2.3.2. Genetik Faktörler .....	12
2.3.3. Yaş ve Cinsiyet .....	12
2.3.4. Akciğer Büyüme ve Gelişmesi .....	13
2.3.5. Çevresel Tozlar ve Hava Kirliliği .....	13
2.3.6. Enfeksiyonlar .....	14
2.3.7. Sosyoekonomik Durum .....	14
2.4. KOAH'ta Belirti ve Bulgular.....	15
2.4.1. Dispne.....	15
2.4.2. Öksürük .....	15
2.4.3. Balgam Çıkarma .....	15
2.4.4. Wheezing ve Göğüste Sıkışma .....	16
2.5. KOAH Tanı Yöntemleri.....	16
2.5.1. Hastalık Öyküsü.....	16
2.5.2. Fizik Muayene .....	17
2.5.3. Spirometrik Değerlendirme .....	18

2.5.4. Görüntüleme Yöntemleri.....	18
2.5.5. Oksimetre ve Arteriyel Kan Gazı.....	18
2.5.6. Elektrokardiyografi ve Ekokardiyografi.....	19
2.5.7. Balgam Örneği.....	19
2.5.8. Egzersiz Testleri ve Fiziksel Aktivitenin Değerlendirilmesi.....	19
2.6. KOAH'ta Tedavi ve Bakım.....	20
2.6.1. Risk Faktörlerinin Azaltılması.....	20
2.6.2. Stabil KOAH Tedavisi.....	21
2.6.3. Alevlenmelerin Tedavisi.....	24
2.7. KOAH'ta Hemşirelik Bakımı.....	25
2.8. Hastalık Algısı.....	26
2.8.1. Hastalık Algısının Bileşenleri.....	27
2.9. Yaşam Kalitesi.....	29
2.10. KOAH'ta Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesi.....	30
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>32</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	32
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	32
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	33
3.5. Veri Toplama Araçları.....	33
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	33
3.5.2. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ-III-ness Perception Questionnaire).....	34
3.5.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	36
3.6. Verilerin Toplanması.....	37
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	38
3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	38
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	38
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	38
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>39</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>67</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>86</b>
6.1. Sonuç.....	86
6.2. Öneriler.....	87
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>89</b>

<b>EK-1. ETİK KURUL ONAYI .....</b>	<b>101</b>
<b>EK-2. KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU ÖRNEĞİ .....</b>	<b>103</b>
<b>EK-3. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....</b>	<b>104</b>
<b>EK-4. HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ .....</b>	<b>106</b>
<b>EK-5. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ .....</b>	<b>109</b>
<b>EK-6. HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ KULLANMA İZİN ONAYI.....</b>	<b>112</b>
<b>EK-7. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KULLANMA İZİN ONAYI.....</b>	<b>113</b>
<b>EK-8. BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ .....</b>	<b>114</b>
<b>EK-9. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>115</b>





## ÖZET

### KOAH'lı Hastalarda Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi

Araştırma, KOAH'lı hastalarda hastalık algısının yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, 1 Mart 2018-1 Eylül 2018 tarihleri arasında Balıkesir Dursunbey Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği'nde yatarak tedavi gören 105 KOAH'lı hasta oluşturmuştur. Veriler, hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini belirlemeye yönelik "Kişisel Bilgi Formu", yaşam kalitelerini ve hastalık algılarını belirlemek amacıyla "SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği" ve "Hastalık Algısı Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitney U testi, bağımsız örneklem t testi, tek yönlü ANOVA testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların, hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından olan hastalık belirtileri boyutunun puan ortalaması  $4,1\pm 2,0$  olarak bulunmuş olup, hastaların hastalığın başlangıcından beri en fazla soluk almada güçlük yaşadığı ve en çok bu belirtiyi hastalıkları ile ilişkilendirdikleri tespit edilmiştir. Hastaların hastalık hakkındaki görüşleri ile ilgili alt boyutlarından, süre (akut/kronik) ( $18,3\pm 1,7$ ) ve kişisel kontrol ( $18,3\pm 2,1$ ) puan ortalamalarının diğer alt boyutlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların en çok risk faktörleri ( $17,5\pm 4,0$ ) ve psikolojik atıfları ( $13,7\pm 4,1$ ) olası hastalık nedenleri olarak gördükleri tespit edilmiştir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından ise fiziksel fonksiyon ( $19,64\pm 4,73$ ) puan ortalamasının diğer alt boyutlardan daha yüksek değere sahip olduğu bulunmuştur. HAÖ alt boyutlarından hastalık belirtileri, sonuçlar, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu belirlenirken, HAÖ'nün kişisel kontrol ve tedavi kontrolü alt boyutlarının yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Araştırmada hastalık algısının çoğu alt boyutunun yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; KOAH hastalarının, takip ve tedavi sürecinde hastalık algıları değerlendirilerek, olumsuz algıların belirlenmesi ve bu algıların pozitif yönde değiştirilmesi için gerekli önlemlerin alınarak hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmeye çalışılması önerilerinde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** KOAH, hemşirelik, hastalık algısı, yaşam kalitesi

## ABSTRACT

### The Effect of Illness Perception on Quality of Life in COPD Patients

This research has been conducted as an identifier to determine the effect of illness perception on quality of life in COPD patients. The sample of the research is consisted of 105 COPD patients who were hospitalized in the Internal Diseases Clinic of Balıkesir Dursunbey State Hospital between 1 March 2018 and 1 September 2018. The data were collected that by using “Personal Information Form” to determine the sociodemographic and disease-related characteristics of the patients and by using “SF-36 Quality of Life Scale” and “Illness Perception Questionnaire (IPQ)” to determine the quality of life and illness perception. In the evaluation of data: number, percentage, mean, standard deviation, Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney U test, independent sample t test, one-way ANOVA test and Spearman correlation analysis were used. The mean score of the disease symptoms from IPQ sub-dimensions was found to be  $4,1 \pm 2,0$  and the patients had the greatest difficulty in breathing since the onset of the disease and it was found that they mostly associated this symptom with their diseases. Sub-dimensions of the patients about their opinions about the disease; timeline (acute/chronic) ( $18,3 \pm 1,7$ ) and personal control ( $18,3 \pm 2,1$ ) scores were higher than the other sub-dimensions. It was determined that the most risk factors ( $17,5 \pm 4,0$ ) and psychological references ( $13,7 \pm 4,1$ ) were seen as possible causes of disease by the patients. SF-36 quality of life subscale scores of physical function ( $19,64 \pm 4,73$ ) was found to be higher than other sub-dimensions. While there are significant negative correlations between the disease symptoms, outcomes, disease understanding and emotional representations and all sub-dimensions of SF-36 quality of life scale among the sub-dimensions of IPQ, personal control and treatment control from sub-dimensions of IPQ have a positive effect on the quality of life ( $p < 0,05$ ). In the study, it was found that the perception of the disease affected the quality of life most of the sub-dimension. According to the results obtained; In the follow-up and treatment process of COPD patients, evaluating the disease perceptions, by determining the negative perceptions and taking the necessary measures to change these perceptions positively, it has been suggested to try to increase the quality of life of the patients.

**Key Words:** COPD, nursing, illness perception, quality of life

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
GOLD	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease)
FEV1	: Birinci Saniyedeki Zorlu Ekspiratuar Hacim
FVC	: Zorlu Vital Kapasite
BOLD	: Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü (Burden of Obstructive Lung Disease)
YLD	: Sakatlık Nedeniyle Kaybedilen Yıllar (Year of Healty Life Lost Due to Disability)
DALY	: Erken Ölümler ve Sakatlık Nedeniyle Kaybedilen Yılların Toplamı (Disability Adjusted Life Years)
HIV	: İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü (Human İmmunodeficiency Virüs)
AIDS	: Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromu (Acquired İmmune Deficiency Syndrome)
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
SpO2	: Oksijen Saturasyonu
PaO2	: Parsiyel Oksijen Basıncı
PaCO2	: Parsiyel Arterial Karbondioksit Basıncı
USOT	: Uzun Süreli Oksijen Tedavisi
NIMV	: Noninvaziv Mekanik Ventilasyon
CPAP	: Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı (Continuous Positive Airway Pressure)
BIPAP	: İki Seviyeli Pozitif Havayolu Basıncı (Bi-Level Positive Airway Pressure)
IPAP	: İnspiryum Basıncı
EPAP	: Ekspiryum Basıncı
PR	: Pulmoner Rehabilitasyon
HAÖ	: Hastalık Algısı Ölçeği

## TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
<b>Tablo 2.1.</b> Bronkodilatör sonrası FEV1'e göre hava akımı kısıtlanmasının derecelendirilmesi.....	6
<b>Tablo 2.2.</b> Dünyada önde gelen 10 ölüm nedeninin 2002-2030 yılları arasında ölüm nedeni sıralamasındaki yerlerinin değişimi.....	10
<b>Tablo 2.3.</b> Dünyada önde gelen 11 DALY nedeninin 2002-2030 yılları arasında DALY sıralamasındaki yerlerinin değişimi.....	10
<b>Tablo 4.1.</b> Sosyodemografik verilerin dağılımı.....	39
<b>Tablo 4.2.</b> Hastalığa ilişkin verilerin dağılımı.....	40
<b>Tablo 4.3.</b> Hastalık Algısı Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.....	41
<b>Tablo 4.4.</b> Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği'ne göre yaşadıkları hastalık belirtilerinin dağılımı.....	42
<b>Tablo 4.5.</b> Sosyodemografik verilere göre Hastalık Algısı Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı.....	44
<b>Tablo 4.6.</b> Hastalığa ilişkin verilere göre Hastalık Algısı Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı.....	49
<b>Tablo 4.7.</b> Sosyodemografik verilere göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı.....	54
<b>Tablo 4.8.</b> Hastalığa ilişkin verilere göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı.....	58
<b>Tablo 4.9.</b> Hastalık Algısı Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin korelasyon analizi.....	63

# 1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar tıbbi girişimlerle tedavisi mümkün olmayan, ilerleyici, vücut fonksiyonlarını zayıflatan, hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin aktif rol almasını sağlamak için periyodik izlemlerle beraber, destek ve bakım gerektiren durumlardır (Özdemir ve Taşçı, 2013; Kılıçkaya, 2013). Kronik hastalıklar, her yıl meydana gelen diğer bütün ölüm nedenlerinin toplamından daha fazla insanın ölümüne yol açtıkları için dünya çapında en önemli ölüm nedeni haline gelmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014a).

Kronik hastalıklar arasında solunum sisteminin kronik hastalıkları tüm dünyada hastalık yükünde önemli bir paya sahip olmaları, ekonomik ve sosyal sonuçları nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kronik solunum yolu hastalıkları, solunum yollarını ve diğer akciğer yapılarını etkilemektedir, en yaygın olanı ise Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)'dır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013; WHO, 26 Ekim 2018).

KOAH, genellikle zararlı parçacık veya gazlara maruziyetin neden olduğu, havayolu ve/veya alveolar anormalliklere bağlı, persistan solunumsal semptomlar ve hava akımında kısıtlılık ile karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (GOLD, 2018). KOAH yavaş yavaş gelişip, genellikle 40 veya 50 yaşından sonra ortaya çıkarak balgam, hırıltılı solunum, nefes darlığı, göğüste sıkışma ve öksürük gibi semptomlara neden olabilmektedir (WHO, 03 Ekim 2018; National Heart, Lung, and Blood Institute, 03 Ekim 2018). Hastalıkta semptomlar gittikçe kötüleşmekte ve egzersiz sırasında meydana gelen nefes darlığı, zamanla dinlenme halinde meydana gelen nefes darlığına yol açmaktadır (WHO, 03 Ekim 2018).

KOAH, dünyadaki morbidite ve mortalitenin başlıca nedenlerinden biridir, ayrıca ciddi bir iş görmezlik ve ekonomik bir yüke sebebiyet vermektedir (Türk Toraks Derneği, 2017; American Thoracic Society, 2015; Tatlıcıoğlu, 2000). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, dünyada her yıl yaklaşık 3 milyon insan KOAH'ın bir sonucu olarak ölmektedir (WHO, 26 Ekim 2018). Günümüzde tüm dünyada 3. ölüm

nedeni haline gelen KOAH'ın, 2030 yılına kadar 4,5 milyondan fazla insanın ölümüne sebep olacağı öngörülmektedir (Türk Toraks Derneği, 2017). KOAH sadece önemli bir mortalite nedeni olarak kalmayıp, giderek artan oranlarda kronik sakatlıklara da neden olmaktadır. DSÖ'ye göre KOAH, 2002 yılında kronik sakatlık nedenleri arasında 11. sırada iken, 2030 yılında bu sıralamanın 7'ye çıkması beklenmektedir (WHO, 10 Temmuz 2019). Türkiye'de ise solunum sistemi hastalıkları en sık görülen 3. ölüm nedenidir ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin 2018 yılı verilerine göre 421,164 ölümden 23,879'unun KOAH'tan kaynaklandığı görülmektedir (TÜİK, 10 Temmuz 2019). KOAH'la ilişkili ölümlerin yaklaşık %90'ının gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerde meydana gelmesine rağmen, bu ülkelerde KOAH yüküyle ilgili çok az veri bulunmaktadır (Mahboub ve ark., 2017).

KOAH'ta hastalığın seyri hastalar arasında değişmekle birlikte, KOAH gelişimi için en sık karşılaşılan risk faktörü sigara içilmesidir. KOAH kaynaklı tüm ölümlerin %90'ından sigara sorumludur. Diğer risk faktörleri arasında, iş tozlarına, kimyasal maddelere ve birçok ülkede odun ve biyokütle yakıtlarının yakılmasına bağlı hava kirliliğine maruz kalınması bulunmaktadır. Ek olarak, bazı bireylerde erken yaştaki enfeksiyonlar, genetik yatkınlıklar ve önceden var olan astım gibi diğer etkenler de katkıda bulunabilir. Genel olarak KOAH, hastaların zararlı ajanlara maruz kalmaları durumunda ilerleyici bir hastalıktır (von Leupoldt ve ark., 2012; Mahboub ve ark., 2017).

KOAH hastaları, genel popülasyona göre KOAH'ta, daha yüksek bir prevalansla ortaya çıkan birçok hastalıktan muzdariptir. Komorbiditeler hastalığın prognozunu etkilemekte, hastaneye yatış ve mortalite riskini artırmakta, KOAH'ın sağlık bakım maliyetlerini anlamlı şekilde yükseltmektedir (Hatipoğlu, 2018; Barnes ve Celli, 2009). Ayrıca hastalık fiziksel, sosyal ve ruhsal iyilik halini etkileyerek, kişilerin yaşam kalitelerinin bozulmasına da neden olmaktadır (Soyyigit ve ark., 2006; İnal İnce ve ark., 2000). Sonuç olarak, KOAH'ın yönetiminin sadece hava akımı obstrüksiyonunun tedavisine odaklanması doğru değildir (Hatipoğlu, 2018; Barnes ve Celli, 2009).

Toplumda kişiler, herhangi bir hastalığa sahip olduklarını öğrendiklerinde bilişsel ve duygusal değerlendirme süreci başlamakta ve bu durumun da hastalık

algısının oluşmasına sebep olduğu belirtilmektedir. Hastalık algısı, hastaların bir hastalığa sahip olmasını nasıl değerlendirdikleri ile ilgilidir. Kişilerin hastalık süreçleri, inançları, baş etme mekanizmaları, maddi ve manevi değerleri üzerinde etkisi olan bir kavramdır (Borge ve ark., 2014; Bağçivan ve ark., 2018). Hastaların hastalık algıları, hastalık ile ilgili yaşanan sorunların artmasına ya da azalmasına sebep olarak yaşam kalitesini etkilemektedir (Akkoyunlu, 2012). Yapılan araştırmalar da KOAH'lı hastalarda, fiziksel sorunların yanı sıra, hastalık algısının da yaşam kalitesini etkilediğini göstermiştir (Weldam ve ark., 2014; Vaske ve ark., 2017; Tiemensma ve ark., 2016).

KOAH'ta tedavinin amacı semptomları azaltmak, akut atakları önlemek, solunum fonksiyonlarının kötüleşmesine engel olmak, mümkünse iyileştirmek, yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır (Akbay ve ark., 2001). Hastalara yönelik uygun tedavi planının oluşturulmasında, fizyolojik ve klinik göstergelerin yanı sıra, hastaların hastalık algılarının ve kronik hastalığa bağlı olarak yaşam kalitesinde oluşan kısıtlanmaların belirlenerek tedavi planına dahil edilmesi gerekmektedir (İnal İnce ve ark., 2000; Kaptein ve ark., 2008). Ancak hastaların, hastalıkları hakkındaki görüşleri ve düşünceleri hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından nadiren sorgulanmakta olup, hastalar hastalıkları hakkındaki inanışlarını çoğu zaman ifade etmemektedir (Bağçivan ve ark., 2018). Hastalık algılarının sorgulanması, bireylerin tedaviye uyumunun artmasını, hastalıklarını kontrol edebileceklerine inanmalarını ve bilgi düzeylerinin artmasını, hastaneye yatış sıklığının azalmasını, yaşam şeklindeki değişikliklere uyum sağlayabilmelerini ve yaşam kalitelerini arttırmalarını sağlayacaktır (Bağçivan ve ark., 2018; Yorulmaz ve ark., 2013). Bu nedenle KOAH'lı hastaların hastalık algılarının değerlendirilmesi son derece önemlidir. Bunu sağlayabilmek için, hemşirelerin başlangıçta hastaların hastalık algılarını belirlemeleri, ikinci aşamada da bu algıları tartışmaları ve gerekirse erken dönemde düzeltmek için gerekli önlemleri almaları gerekmektedir (Weldam ve ark., 2014).

KOAH hastalarının, hastalık algılarının tartışılıp pozitif yönde değiştirilmesiyle, kendi kendilerini yönetebilmeleri, hastalığın oluşturduğu duygusal durumla baş edebilmeleri ve hastalığa eşlik eden günlük stresin üstesinden gelebilmeleri sağlanarak yaşam kaliteleri arttırılacak ve engel düzeyleri azaltılacaktır.

Bu araştırmanın amacı KOAH hastalarında hastalık algısının yaşam kalitesine etkisini ve bunları etkileyen faktörleri belirlemektir.

Bu araştırma doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır;

1- Araştırma kapsamında ele alınan KOAH'lı hastaların sosyodemografik özellikleri nelerdir?

2- KOAH hastalarının hastalık algısı düzeyleri nedir?

3- KOAH hastalarının yaşam kalitesi düzeyleri nedir?

4- KOAH'lı hastaların hastalık alguları ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki var mıdır?



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. KOAH Tanımı**

KOAH geçmişte ilerleyici ve geri dönüşümü olmayan hava akımı kısıtlanması ile karakterize bir akciğer hastalığı olarak tanımlanmaktaydı. Ancak zaman içerisinde yeni bilgiler ışığında birçok ulusal ve uluslararası kuruluşun yapmış olduğu tanımlamalarla önemli oranda değişim göstermiş olup, son zamanlarda hava akımı kısıtlanmasının anormal inflamatuvar yanıt ile ilişkili olduğunun, hatta akciğerlerle sınırlı olmayıp sistemik etkilerinin de olduğunun ortaya sürülmesi KOAH tanımının değişmesine yol açmıştır (Güven, 2018; Başıyigit, 2010a).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim “Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease” (GOLD) 2018 raporuna göre KOAH, genellikle zararlı parçacık veya gazlara maruziyetin neden olduğu, havayolu ve/veya alveolar anormalliklere bağlı, persistan solunumsal semptomlar ve hava akımında kısıtlılık ile karakterize, yaygın, önlenbilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olarak tanımlanmıştır (GOLD, 2018).

KOAH tanımı, şiddetli hava yolu kısıtlamasına, ciddi şekilde sınırlı ve azalan performans düzeyine, ileri yaşa ve KOAH’ın sistemik belirtileri ile altta yatan fizyopatolojik mekanizmalara (örneğin, sistemik inflamasyon ve endokrin bozuklukları) dayanmaktadır (Viegi ve ark., 2007).

KOAH, amfizem ve kronik bronşiti de içeren ilerleyici akciğer hastalıklarını tanımlamak için kullanılan bir şemsiye terimdir (WHO, 12 Ekim 2018; COPD Foundation, 12 Ekim 2018). KOAH gelişiminde kronik bronşit ya da amfizemden hangisinin temel etken olduğunu belirlemek güçtür. Bu hastalarda amfizem ve kronik bronşitten biri ya da ikisi beraber görülebilmektedir (Çevik Akyıl, 2012).

#### **2.1.1. KOAH Sınıflaması**

KOAH sınıflaması için en güvenilir ve yaygın yöntem spirometrik ölçümlerdir. Spirometri değişkenliğini minimum seviyeye indirmek için, ölçüm en

az bir kısa etkili inhale bronkodilatörün yeterli dozunun uygulanmasından sonra yapılmalıdır. Bronkodilatasyon sonrası 1. saniyedeki zorlu ekspiratuar hacmin (FEV1), zorlu vital kapasite (FVC) oranı, FEV1/FVC<0,70 olması, hastalık tanısı koymak için en yaygın ve kabul edilmiş değerdir (Uysal, 2013; GOLD, 2018).

**Tablo 2.1.** Bronkodilatör sonrası FEV1'e göre hava akımı kısıtlanmasının derecelendirilmesi (GOLD, 2018).

<b>GOLD</b>	<b>Spirometri (bronkodilatör sonrası)</b>
1: Hafif	FEV1 $\geq$ % 80 (beklenenin)
2: Orta	% 50 $\leq$ FEV1 < % 80 (beklenenin)
3: Ağır	% 30 $\leq$ FEV1 < % 50 (beklenenin)
4: Çok Ağır	FEV1 < % 30 (beklenenin)

### **2.1.2. Fizyopatoloji**

Solunum yoluyla alınan zararlı gaz ve partiküller akciğerlerde abartılı bir inflamatuvar yanıtı neden olabilmektedir (Türk Toraks Derneği, 2014). Akciğerlerde inflamasyon nedeniyle meydana gelen patolojik değişiklikler akciğerlerin fizyolojik davranışlarını da etkileyerek hava akımında kısıtlanma ve hava hapsi, gaz değişiminde bozulma, mukus sekresyonunda artma, pulmoner hipertansiyon ve sistemik etkilerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Yıldırım, 2007; Başyigit, 2010b). KOAH'ta saptanan temel fizyopatolojik değişiklik ise obstrüksiyondur. Bunun sebebi de akciğer parankim hasarı ve küçük hava yolları değişiklikleridir (Erdinç, 2005).

Amfizemde meydana gelen kronik enfeksiyon havayollarının koruyucu mekanizmalarının bozulmasına sebep olmaktadır. Ayrıca salgılanan mukusun solunum yollarından atılması da zorlaşmaktadır. Enfeksiyon, aşırı mukus ve bronşiyol epitelinin inflamatuvar ödemi nedeniyle küçük havayollarında kronik tıkanmalar meydana gelmektedir. Hava yollarının tıkanması sonucunda da ekspirasyon zorlaşarak alveollerde havanın hapsolmesine ve alveollerin aşırı gerilmesine neden olmaktadır (Guyton ve Hall, 2013). Kronik bronşit nedeniyle ise bronşlarda aşırı mukus sekresyonu görülmektedir. İlerlemiş KOAH nedeniyle

pulmoner dolaşım, kalp, solunum kasları ve solunum merkezleri etkilendiğinde bu durum sistematik bir hastalık halini almaktadır (Çevik Akyıl, 2012).

## **2.2. KOAH Epidemiyolojisi**

KOAH'ın geçmişteki tanımlama problemleri nedeniyle hastalığın prevalansı, morbidite ve mortalitesi ile ilgili geçmişe ait sağlıklı pek veri bulunmamaktadır. Fakat 2002 yılında ülkelerin KOAH prevalansı, risk faktörleri, sosyal ve ekonomik yüklerini belirlemeyi amaçlayan Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü "Burden of Obstructive Lung Disease" (BOLD)'un kurulmuş olması, 2003 yılında GOLD kılavuzunda spirometrik ölçümlerle elde edilen prevalans verilerinin yayınlanması bu konuda önemli değişiklikler yaratmıştır (Türk Toraks Derneğı, 2010; Abul ve Özlü, 2013).

KOAH prevalansı, morbidite ve mortalite ile ilgili mevcut bilgilerin çoğı daha çok yüksek gelirli ülkelerden gelmektedir. Bu ülkelerde bile, KOAH ile ilgili doğru epidemiyolojik verilerin toplanması zor ve pahalıdır (WHO, 12 Ekim 2018). Hastalığın prevalansı, morbidite ve mortalitesi ile ilgili veriler ülkeler arasında hatta aynı ülkede bulunan değişik gruplar arasında dahi farklılıklar gösterebilmektedir (Türk Toraks Derneğı, 2017).

### **2.2.1. Prevalans**

KOAH prevalans verilerinde önemli olan, tüm çalışmaların KOAH'ı spirometri ile tek başına değil, semptomlar ve spirometri kombinasyonu ile tanımlamasıdır. Prevalansın en düşük tahminleri hasta ifadesine göre veya doktor tanılı KOAH prevalans değerleridir. Örneğın, çoğı ulusal veri, yetişkin nüfusun %6'sından daha azının KOAH hastası olduğunu söylemiştir. Bu, KOAH'ın yaygın olarak yetersiz tanınmasının bir yansımasıdır (GOLD, 2018).

KOAH, yaşlı popülasyonda sık görülmektedir ve özellikle 75 yaşın üzerindeki kişilerde oldukça yaygındır. 1990-2001 yılları arasında yayınlanan 32 prevalans çalışmasının sonuçları incelendiğinde 40 yaş üstü yetişkinlerde KOAH prevalansının (GOLD evre 2 veya daha fazla) %9-10 olduğu bildirilmiştir (Kocabaş, 2010; Vijayan, 2013). BOLD girişimi tarafından, post bronkodilatatör spirometri testini tamamlamış 9425 olguyu kapsayan ve 12 sahada yapılmış olan çalışmalarda

(GOLD evre 2 veya daha fazla) KOAH genel prevalansının %10,1 olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışma sonucunda KOAH prevalansının erkeklerde %11,8, kadınlarda ise %8,5 olduğu belirlenmiştir. Beş Latin Amerika ülkesinde post bronkodilatatör spirometri kullanan, KOAH yükünü tanımlayan çok merkezli PLATINO çalışması, hava yolu obstrüksiyonu prevalansının %14,3 olduğunu ve GOLD sınıflandırmasının II- IV evresi olanların oranının %5,6 olduğunu bildirmiştir (Vijayan, 2013). Ayrıca hastalığın sigara içimi ile ilişkili olarak arttığı, gelişmiş ülkelerde sigara içme ile ilişkili olarak erkek ve kadın cinsiyette benzer prevalans değerlerinin elde edildiği, fakat gelişmekte olan ülkelerde hastalığın erkeklerde daha yaygın olduğu belirlenmiştir (Kocabaş, 2010; Türk Toraks Derneği, 2010). 2016 Küresel Hastalık Yükü Çalışması'nda ise dünya genelinde 251 milyon KOAH vakasının bulunduğu bildirilmiştir (WHO, 03 Ekim 2018).

Ülkemizde ise, 40 yaş üzeri her 5 kişiden birinde KOAH görülmektedir. 2004 yılında gerçekleştirilen BOLD Adana çalışmasında 40 yaş üzeri erişkinlerde KOAH prevalansı %19,1 (erkeklerde %28,5, kadınlarda %10,3) olarak bulunmuştur (Doğan, 2010; Abul ve Özlü, 2013). 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması sonucunda ise 15 yaş ve üzeri kişilerde spirometriye dayalı KOAH prevalansı %5,3, doktor tanılı KOAH prevalansı ise %4 olarak bulunmuştur (Türk Toraks Derneği, 2014).

### **2.2.2. Mortalite**

KOAH'ın yeterince bilinmemesi ve yeterince teşhis edilememiş olması, günümüzde de mortalite verilerinin doğruluğunu etkilemektedir (Kocabaş, 2010; Türk Toraks Derneği, 2010; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014a). Ayrıca, gerçek ölüm nedeni olsa dahi, ölüm belgelerinde genellikle katkıda bulunan neden olarak kaydedilmesi veya hiç kaydedilmemesi sonuçları etkilemektedir (Türk Toraks Derneği, 2017; GOLD, 2018).

KOAH dünyadaki en önemli ölüm nedenleri arasında sayılmaktadır. Avrupa Birliği (AB) ülkeleri arasında, ölümlerin en önemli üçüncü nedeni olarak görülen solunum hastalıklarından en büyük bölümünü KOAH oluşturmaktadır (Eurostat, 10 Temmuz 2019). DSÖ'ye göre küresel olarak 2015 yılında 3,17 milyon insan KOAH nedeniyle ölmüştür ve bu da o yıl gerçekleşen tüm ölümlerin %5'ine denk

gelmektedir (WHO, 26 Ekim 2018). Günümüzde ise KOAH tüm dünyada 3. ölüm nedeni haline gelmiştir ve 2030 yılına kadar 4,5 milyondan fazla insanın ölümüne sebep olacağı öngörülmektedir (Türk Toraks Derneği, 2017; WHO, 26 Ekim 2018). KOAH mortalitesinde meydana gelen artışın esas nedenleri ise sigara içme salgınının artması, dünya nüfusunun giderek yaşlanması ve hastalığı etkileyen tedavilerin çok az olmasıdır (Türk Toraks Derneği, 2017; GOLD, 2018).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından ölüm nedenlerini tahmin etmeye yönelik olarak yapılan çalışmada “Türkiye’deki Ulusal Ölüm Sebepleri” sıralamasında KOAH’ın üçüncü sırada olduğu belirtilmiştir (Abul ve Özlü, 2013). TÜİK’in 2018 yılı verilerine göre 421,164 ölümden 23,879’unun KOAH’tan kaynaklandığı görülmektedir (TÜİK, 10 Temmuz 2019).

### **2.2.3. Morbidite**

Morbidite değerlendirmesinde daha çok poliklinik sayıları, acil servis başvuruları, hastane yatışları gibi ölçütlerden yararlanılmaktadır. Ancak morbidite verileri, mortalite verilerine göre daha az güvenilirdir. Çünkü hastane yatak sayısı, birinci-ikinci basamak sağlık kuruluşları arasındaki sevk zinciri gibi dış faktörler morbiditeyi değerlendirmede kullanılan ölçütleri etkileyebilmektedir (Kocabaş, 2010; Türk Toraks Derneği, 2010). Buna rağmen, mevcut veriler üzerinde yapılan çalışmalara göre, KOAH’a bağlı morbidite yaşla birlikte artmaktadır. KOAH morbiditesi, sigara, yaşlanma ve KOAH ile ilişkili diğer eşlik eden kronik durumlardan (kardiyovasküler hastalık, diabetes mellitus) etkilenebilir. Bu kronik durumlar, KOAH tedavisine müdahale etmenin yanı sıra KOAH’lı hastalar için hastaneye yatışların ve maliyetlerin başlıca nedenleri olarak hastanın sağlık durumunu önemli ölçüde bozabilir (GOLD, 2018).

Günümüzde morbiditeyi veya hastalık yükünü değerlendirmek için DSÖ tarafından sakatlık nedeniyle kaybedilen yıllar olarak tanımlanan (Year of Healty Life Lost Due to Disability) “YLD” ve erken ölümler ve sakatlık nedeniyle kaybedilen yılların toplamı olarak tanımlanan (Disability Adjusted Life Years) “DALY” ölçütleri tercih edilmektedir. YLD ve DALY, KOAH’ı önemli bir morbidite nedeni olarak görmektedir. Gelecek zamanda KOAH’ın yaygınlığının

artmasına bağlı olarak YLD ve DALY'nin de artması beklenmektedir (Kocabaş, 2010; Türk Toraks Derneği, 2010).

**Tablo 2.2.** Dünyada önde gelen 10 ölüm nedeninin 2002-2030 yılları arasında ölüm nedeni sıralamasındaki yerlerinin değişimi (Kocabaş, 2010).

Hastalık	2002 sırası	2030 sırası
İskemik kalp hastalığı	1	1
Serebrovaskuler hastalık	2	2
Alt solunum yolu enfeksiyonları	3	5
HIV/AIDS	4	3
KOAH	5	4
Perinatal durumlar	6	9
Diyare ile ilişkili hastalıklar	7	16
Tüberküloz	8	23
Trakea, bronş, akciğer kanserleri	9	6
Trafik kazaları	10	8

**Tablo 2.3.** Dünyada önde gelen 11 DALY nedeninin 2002-2030 yılları arasında DALY sıralamasındaki yerlerinin değişimi (Kocabaş, 2010).

Hastalık	2002 sırası	2030 sırası
Perinatal nedenler	1	5
Alt solunum yolu enfeksiyonları	2	8
HIV/AIDS	3	1
Unipolar depresif hastalıklar	4	2
Diyare ile ilgili hastalıklar	5	12
İskemik kalp hastalıkları	6	3
Serebrovaskuler hastalıklar	7	6
Yol trafik kazaları	8	4

#### **2.2.4. Ekonomik Yük**

KOAH prevalansı göz önüne alındığında, bu önemdeki bir hastalığın sahip olabileceği ekonomik etkiyi anlamak son derece önemlidir. Tahmin edilebileceği gibi, güç kaybına neden olan bu kronik hastalık bireyler ve toplum üzerinde önemli bir ekonomik yük oluşturmaktadır (Guarascio ve ark., 2013). KOAH'ta tanı ve tedavi harcamaları, sakatlığın ekonomik sonuçları, kaybedilen iş gücü, hastaların yıl içinde tekrarlı olarak acil klinikte veya hastanede yatarak tedavi almak durumunda kalmaları hastalığın ekonomik yükünün artmasına yol açmaktadır (Türk Toraks Derneği, 2014; Tel Aydın ve ark., 2012).

Avrupa Birliği'nde, solunum hastalıklarının toplam maliyetinin, toplam sağlık hizmetleri bütçesinin yaklaşık %6'sı kadar olduğu tahmin edilmektedir. KOAH, solunum yolu hastalıklarına ait maliyetin %56'sını (38,6 milyar Euro) oluşturmaktadır (GOLD, 2018). KOAH'ın neden olduğu küresel ekonomik maliyet ise 2,1 trilyon Dolar civarındadır ve bu maliyetin 2030 yılına kadar 4,8 trilyon Dolar'a yükselmesi beklenmektedir (Türk Toraks Derneği, 2014).

#### **2.3. KOAH'ta Risk Faktörleri**

KOAH'a ait risk faktörleri, genetik yatkınlık ve çevresel faktörlere maruz kalma arasındaki etkileşim ile ortaya çıkmaktadır (Raherison ve Girodet, 2009). Sigara içimi KOAH için en önemli risk faktörü olarak görülmektedir. Sigara içimine ek olarak, iş tozlarına, kimyasal maddelere ve birçok ülkede odun ve biyokütle yakıtlarının yakılmasına bağlı hava kirliliğine maruz kalınması diğer önemli risk faktörleridir. Ayrıca, yoksulluk, yetersiz beslenme, fiziksel hareketsizlik ve genetik yatkınlıklar hastalığın ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır (Türk Toraks Derneği, 2014; von Leupoldt ve ark., 2012).

##### **2.3.1. Sigara Kullanımı**

Dünya çapında sigara kullanımı en önemli KOAH nedeni olarak görülmektedir. DSÖ, yüksek gelirli ülkelerde KOAH mortalitesinin %73'ünün sigara içme ile ilgili olduğunu, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki sigara içme oranının %40 olduğunu tahmin etmektedir (Mannino ve Buist, 2007). Türkiye'de ise 14,8 milyon kişi (%27,1) tütün ürünü kullanmaktadır ve 15 yaşından önce sigaraya başlayanların

oranı %16,1'dir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014b). Sigara içimine başlanılan yaş, yılda kaç paket sigara içildiği ve hali hazırdaki sigara içme durumunun hepsi KOAH mortalitesi için belirleyicidir (Viegi ve ark., 2007). Sigara içen kişilerin yaklaşık yarısında hava akımı obstrüksiyonu gelişmektedir ve %10-20'sinde klinik olarak anlamlı KOAH oluşmaktadır. Sigara kullanımı KOAH için en önemli risk faktörü olmasına rağmen, bir önkoşul değildir. Sigara içmeyenlerde uzun süreli astım veya alfa-1 antitripsin eksikliği nedeni ile KOAH oluşabilmektedir (Devereux, 2006). Gebelikte aktif ve pasif sigara içiciliği, fetal akciğer gelişimini etkileyerek fetus için risk oluşturmaktadır (Raherison ve Girodet, 2009; Rabe ve ark., 2007).

### **2.3.2. Genetik Faktörler**

KOAH için en iyi belgelenmiş genetik risk faktörü alfa-1 antitripsin eksikliğidir. Ancak, bu durumla nadir olarak karşılaşılmaktadır ve KOAH'lı hastaların sadece %1-2'sinde görülmektedir (Devereux, 2006). Alfa-1 antitripsin, serumdaki antiproteaz aktivitesinin çoğundan sorumlu olup, inflamatuvar hücrelerden salınan yıkıcı enzimleri bloke eden bir glikoproteindir (Devereux, 2006; Türk Toraks Derneği, 2010). Bu enzimin eksikliği, özellikle sigara veya diğer maruziyetlerle bir araya gelerek, amfizem riskini arttırmaktadır (Mannino ve Buist, 2007). 40 yaşından önce ve herhangi bir risk faktörü olmadan ortaya çıkan amfizem nedeni KOAH'lı bireylerde de mutlaka alfa-1 antitripsin eksikliği araştırılmalıdır (Türk Toraks Derneği, 2010).

Genetikle ilgili çalışmalar sonucunda, birçok gen KOAH ile ilişkilendirilmiştir. Ancak, bu genetik ilişki çalışmalarının sonuçları büyük ölçüde tutarsızdır ve KOAH gelişimini etkileyen alfa-1 antitripsin eksikliği dışındaki fonksiyonel genetik varyantlar kesin olarak belirlenememiştir (Rabe ve ark., 2007).

### **2.3.3. Yaş ve Cinsiyet**

KOAH prevalansı, morbidite ve mortalitesi yaşla birlikte artış göstermektedir. Genç yetişkinlerde doruk seviyesine ulaşan akciğer fonksiyonu, 30-40 yaşlarında azalmaya başlamaktadır (Raherison ve Girodet, 2009; Mannino ve Buist, 2007). Ancak, KOAH'ın yaşlanmanın bir sonucu olarak mı, yoksa yaşam boyu toplam maruziyet nedeniyle mi geliştiği çok iyi bilinmemektedir (Türk Toraks Derneği,



2014). Gelişmiş ülkelerde yaşam süresindeki artış nedeniyle, KOAH'lı yaşlıların oranı da artmaktadır (Mannino ve Buist, 2007).

Epidemiyolojik açıdan bakıldığında, erkeklerin sigara alışkanlıkları nedeniyle kadınlara göre daha fazla KOAH'a yakalanma riski vardır (Raheison ve Girodet, 2009). Ancak gelişmiş ülkelerden elde edilen daha yakın tarihli veriler, KOAH prevalansının erkeklerde ve kadınlarda neredeyse eşit olduğunu ve bunun muhtemelen sigara içme eğilimlerindeki değişikliğe bağlı olduğunu bildirmiştir (GOLD, 2018; Rabe ve ark., 2007). Bazı araştırmalarda da kadınların tütün dumanına daha duyarlı olduğu ve eşit miktarda sigara tüketmelerine rağmen, kadınlarda erkeklere göre daha şiddetli hastalık geliştiği bildirilmiştir (GOLD, 2018).

#### **2.3.4. Akciğer Büyüme ve Gelişmesi**

Akciğerlerin büyüme ve gelişimi, anne karnından başlayarak, doğumla devam eden, çocukluk ve ergenlik dönemlerdeki maruziyetlerden etkilenen bir süreçtir (Türk Toraks Derneği, 2014). Akciğerlerin gelişme dönemini kapsayan bu süreçte karşılaşılan tüm olumsuz faktörler (annenin aktif veya pasif sigara içimi, çocuklukta aktif veya pasif sigara dumanına maruziyet, bronşiyal hiperaktivite, çocukluk solunum yolu enfeksiyonları...) KOAH gelişimine yol açabilmektedir (Türk Toraks Derneği, 2014; Türk Toraks Derneği, 2010).

Gebelik sırasında sigara içilmesi erken doğum ve düşük doğum ağırlığına sebep olabilirken, çocukluk dönemlerinde de ağır akciğer enfeksiyonlarına yol açarak, erişkin yaşlarda beklenen akciğer fonksiyonlarına erişimi zorlaştırmaktadır (Güven, 2018).

#### **2.3.5. Çevresel Tozlar ve Hava Kirliliği**

Kentsel hava kirliliği akciğerlerin fonksiyonunu etkileyerek KOAH için büyük bir risk oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalar, atmosferik hava kirliliğinin artmış öksürük, balgam üretimi, nefes darlığı ve azalmış solunum fonksiyonlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (Devereux, 2006). Kentsel alanlarda, dış hava kirliliği, büyük ölçüde hem motorlu taşıtlardan hem de endüstriyel tesislerden gelen hava kirliticilerinin emisyonlarından dolayı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Açık hava kirliliği ile trafik kaynaklı hava kirliliğinin 10-18 yaş arası çocukların akciğer

gelişimini olumsuz etkilediğini destekleyen kanıtlar mevcuttur. Dış hava kirliliğinin yetişkinlerin akciğer fonksiyonu üzerindeki etkisi tam net değildir ve toplumsal cinsiyet farklılığına sahip olduğu görülmektedir (Ko ve Hui, 2012).

Kötü havalandırılan konutlarda ısınma ve yemek pişirme için kullanılan kömür, saman, hayvan gübresi ve odun gibi biyokütle yakıtlarına maruz kalmak da KOAH için önemli bir risk faktörüdür. DSÖ, düşük ve orta gelirli ülkelerde, KOAH hastalarının %35'inin biyokütle yakıtlarının sebep olduğu iç mekan dumanına maruz kaldıktan sonra hastalığa yakalandığını tahmin etmektedir. Ayrıca, DSÖ alt solunum yolu hastalıklarından kaynaklanan ölüm oranının %36'sının da iç mekan dumanına maruz kalma ile ilişkili olduğunu ileri sürmektedir (Mannino ve Buist, 2007).

Kişilerin işyerlerinde çeşitli tozlara, kimyasallara, buharlara ve dumanlara maruz kalmaları da KOAH'a yakalanma için önemli bir nedendir (Mannino ve Buist, 2007).

### **2.3.6. Enfeksiyonlar**

Solunum sisteminin bakteriyel ve viral enfeksiyonları, hem KOAH gelişiminde hem de ilerlemesinde önemli bir role sahiptir. Erken yaşta solunum sistemi enfeksiyonlarına maruz kalmak, bronşektaziye ya da hava yolu duyarlılığında değişikliklere sebep olabilmektedir (Mannino ve Buist, 2007; Raheison ve Girodet, 2009). Ayrıca KOAH gelişimi açısından AIDS ve tüberkülozun da risk oluşturduğu bildirilmiştir (Türk Toraks Derneği, 2017).

Yetişkin bireylerde viral veya bakteriyel kökenli alevlenmelerin tekrarlanması da akciğer fonksiyonlarının azalmasına neden olmaktadır (Mannino ve Buist, 2007; Raheison ve Girodet, 2009).

### **2.3.7. Sosyoekonomik Durum**

Düşük sosyoekonomik durum KOAH gelişimi için net bir risk faktörüdür. Yoksulluk; kötü beslenme, iç ve dış ortam hava kirliliği, kalabalık yaşam ve enfeksiyonlar gibi KOAH riskini arttıran pek çok faktör için bir vekil ölçüt olarak kabul edilebilir (Türk Toraks Derneği, 2017; Öcal ve Topeli, 2014; Mannino ve Buist, 2007).

## **2.4. KOAH'ta Belirti ve Bulgular**

KOAH'ın karakteristik semptomları dispne, öksürük ve artmış balgam üretimidir. Bunlara göre daha az sıklıkta görülen semptomlar ise wheezing ve göğüste sıkışma hissidir (Miravitlles ve ark., 2014; Miravitlles ve Ribera, 2017). KOAH belirti ve bulgularının mevsimsel, haftalık ve günlük değişkenlik gösterdiği kabul edilmektedir. Ayrıca hastalar, sabah saatlerinin KOAH semptomları için en kötü zaman dilimi olduğunu ifade etmektedir (Miravitlles ve Ribera, 2017).

### **2.4.1. Dispne**

Dispne, KOAH'ın başlıca semptomudur ve hastalar tarafından nefes almada güçlük, göğüste ağırlık, hava açlığı veya nefes nefese kalma şeklinde ifade edilmektedir (Türk Toraks Derneği, 2017). Dispne KOAH'lı bireylerde başlangıçta eforla meydana gelirken, zamanla dinlenme sırasında da meydana gelebilmektedir. KOAH'ta hastayı doktora başvurmaya yönlendiren, hastalıkla ilgili sakatlık ve anksiyetenin en önemli nedenidir (Başyigit, 2010a). KOAH'la ilişkili dispne, sigarayı bırakma, bronkodilatörler, pulmoner rehabilitasyon ve uygun bakım ile dahi tam olarak düzeltilenmemektedir (Morelot-Panzini ve ark., 2016).

### **2.4.2. Öksürük**

KOAH hastalarında gelişen ilk semptom öksürüktür ancak genellikle pek önemsenmemektedir (Başyigit, 2010a). Öksürüğün, sigara dumanının doğrudan iritasyon ve enflamatuar etkisinden veya solunum yollarında aşırı mukus varlığından dolayı ortaya çıktığı görülmektedir (Calverley, 2013). Başlangıçta öksürük aralıklı olabilir, ancak daha sonra her gün ortaya çıkan ve genellikle gün boyunca devam eden bir hal alabilir (GOLD, 2018). Özellikle geceleri meydana gelen öksürük nöbetleri hastalarda uykusuzluğa sebep olabilir (Kılıç ve Özçelik, 2014).

### **2.4.3. Balgam Çıkarma**

KOAH nedeniyle oluşan balgam genellikle az miktarda ve yapışkandır. Ancak bronşektazi gibi ek bir durum mevcutsa balgam miktarında artış olabilir. Normal durumlarda balgam beyaz ve mukoid özelliktedir, miktarda artışla birlikte renk sarı-yeşile dönerse atak bulgusu olarak değerlendirilmektedir (Başyigit, 2010a).

Mobilizasyonda azalma ve kas güçsüzlüğü gibi durumların oluşması balgamın atılmasını zorlaştırarak hava yolunda balgam tıkaçlarının oluşmasına sebep olabilir (Kılıç ve Özçelik, 2014).

#### **2.4.4. Wheezing ve Göğüste Sıkışma**

Wheezing ve göğüste sıkışma; günden güne ve gün içinde değişebilen non-spesifik semptomlardır, bu semptomların olmayışı KOAH tanısı konulmasına engel olmamaktadır (Başyigit, 2010a; GOLD, 2018). Wheezing laringeal düzeyde ortaya çıkabilmektedir ve oskültasyonda anormallikler eşlik etmeyebilir ya da oskültasyonda yaygın olarak inspiratuvar ve ekspiratuvar ronküsler duyulabilir (GOLD, 2018; Türk Toraks Derneği, 2014). KOAH'lı kişilerde daha çok efor sonrası göğüste sıkışma hissiyle karşılaşılmaktadır ve kişiler sıkışma hissini tam olarak belirtmeyebilir (Türk Toraks Derneği, 2014).

#### **2.5. KOAH Tanı Yöntemleri**

Hafif ve orta dereceli KOAH'ı olan birçok hasta asemptomatiktir. Belirtilen semptomlar genellikle hafiftir ve çoğunlukla yaşla ilişkilendirildiğinden, sıklıkla önemsenmezler. Bu nedenle KOAH'ın erken evrelerinde hastalara genellikle tanı konulamamaktadır (Ischaki ve ark., 2014).

KOAH şüphesi olan her bireyden ayrıntılı bir anamnez alınmalı ve semptomların varlığı, sigara içme, mesleki maruziyet, akciğer hastalıklarına ilişkin aile öyküsü sorgulanmalıdır (Çevik Akyıl, 2012). KOAH semptomlarını taşıyan ve risk faktörlerine (sigara dumanı, mesleki toz, duman ve kimyasallar vb.) maruziyet öyküsü bulunanlarda kesin tanı için spirometri testi yapılmalıdır (Türk Toraks Derneği, 2014). Tanı koymada akciğer grafisi, akciğer bilgisayarlı tomografisi (BT), kan tetkikleri, ekokardiyografi, egzersiz testleri de kullanılabilir (Çevik Akyıl, 2012).

##### **2.5.1. Hastalık Öyküsü**

KOAH'ı olduğu bilinen veya şüphelenilen bir hastanın ayrıntılı olarak tıbbi öyküsü alınmalıdır. Tıbbi öykü alınırken aşağıdakiler mutlaka değerlendirilmelidir:

- 1) Risk faktörlerine maruz kalma durumu,

- 2) Astım, alerji, sinüzit, nazal polipler, çocuklukta geçirilen solunum yolu enfeksiyonları ve diğer solunum hastalıkları dahil olmak üzere tıbbi geçmişi,
- 3) KOAH veya diğer kronik solunum hastalıklarına dair aile öyküsü,
- 4) KOAH'a ait semptomların varlığı,
- 5) Alevlenme veya solunum bozuklukları için hastaneye yatış öyküsü,
- 6) Kalp hastalığı, maligniteler, osteoporoz ve kas-iskelet sistemi bozuklukları gibi komorbiditelerin varlığı,
- 7) Mevcut medikal tedavilerin uygunluğunun değerlendirilmesi,
- 8) Hastalığın, hastanın yaşamı üzerindeki etkisi, aktivite kısıtlaması, işe gidememe ve ekonomik etkileri, yaşadığı aile bireylerine etkisi, depresyon veya anksiyete hissi dahil sorgulanmalıdır (Rabe ve ark., 2007).

### 2.5.2. Fizik Muayene

Fizik muayene, hasta bakımının önemli bir parçası olmasına rağmen, KOAH'ta nadiren tanı koymayı sağlar. Akciğer fonksiyonlarında ciddi bozulma meydana gelene kadar fiziksel hava yolu sınırlaması işaretleri genellikle yoktur ve bunların saptanması göreceli olarak düşük bir duyarlılığa sahiptir (Rabe ve ark., 2007).

**İnspeksiyonda;** hafif aktivitelere solunum sıkıntısı, santral siyanoz, nefes verirken büyük dudak solunumu, boyun venöz dolgunluğu, kaşeksi görülebilir.

**Palpasyonda;** göğüs kafesinin nefes alma ile genişlemesinde kısıtlanma tespit edilebilir. Ancak bunun değerlendirilmesi zordur ve tanı için pek katkısı yoktur.

**Perküsyonda;** amfizemli hastalarda sonoritede artma ve timpanik ses bulunabilir. Ayrıca diyafragma hareketinde azalma tespit edilebilir.

**Oskültasyonda;** solunum seslerinde azalma ve ekspiryumda uzama tespit edilebilir, ronküs ve hışıltılı solunum duyulabilir (Türk Toraks Derneği, 2014; Başyigit, 2010a).

### **2.5.3. Spirometrik Değerlendirme**

Spirometri, hava akımı sınırlamasının en objektif ve tekrarlanabilir ölçümüdür. Noninvaziv ve kolay ulaşılabilir bir testtir (Vogelmeier ve ark., 2017). Spirometri, bir hastalığın akciğer fonksiyonu üzerindeki etkisini ölçmeyi, onun seyrini izlemeyi, terapötik girişimlerin sonucunu ölçmeyi ve preoperatif riski değerlendirmeyi sağlamaktadır (Coates ve ark., 2013).

Spirometri ile KOAH tanısı koyabilmek için 400 mcg salbutamol, 160 mcg ipratropium veya her ikisinin kombinasyonundan oluşan bronkodilatörlerin uygulanmasından en az 15-20 dakika sonra ölçülen FEV1/FVC oranı %70'den küçük olmalıdır (Türk Toraks Derneği, 2010; Türk Toraks Derneği, 2017).

### **2.5.4. Görüntüleme Yöntemleri**

Akciğer grafisi, KOAH tanısı ve ağırlığını belirlemede ilk başvuru yöntemlerinden birisidir. Ancak erken ve asemptomatik dönemde hastalığı ve ilerleme durumunu tahmin etme açısından duyarlılığı düşüktür (Atasever ve Erdinç, 2003a). Akciğer grafisi daha çok başka tanıları eleme ya da kalp yetersizliği, tüberküloz, bronşektazi, akciğer kanseri gibi ek hastalıkları ve komplikasyonları belirlemede önemlidir (Türk Toraks Derneği, 2010).

KOAH tanısı konusunda şüphe duyulduğunda, yüksek çözünürlüklü BT çekilmesi ayırıcı tanıda yardımcı olabilmektedir (Rabe ve ark., 2007). BT sadece pulmoner mikro yapıların ve morfolojik değişikliklerin erken teşhisini sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda akciğerlerdeki yapısal değişikliklerin kantitatif ölçümlerini de mümkün kılmaktadır. BT, küçük hava yolu ve akciğer dokusu hastalıklarını gözlemlemek için günümüzde daha iyi bir görüntüleme teknolojisidir (Zhang ve ark., 2015).

### **2.5.5. Oksimetre ve Arteriyel Kan Gazı**

Oksimetre, arteriyel kanda oksijenlenmiş hemoglobin yüzdesini belirlemektedir ve bu değer oksijen saturasyonu (SpO<sub>2</sub>) olarak bilinmektedir (Hakverdioğlu, 2007). Solunum yetmezliği ya da sağ kalp yetmezliği bulunan kişilerde SpO<sub>2</sub> değeri belirlenmelidir. Bu değer %92'nin altında ise arteriyel kan

gazı bakılması önerilmektedir (Türk Toraks Derneği, 2017). Arteriyel kan gazında; PaO<sub>2</sub><60 mmHg ve/veya PaCO<sub>2</sub>>50 mmHg ise, solunum yetmezliği olarak tanı konmaktadır (Türk Toraks Derneği, 2010).

#### **2.5.6. Elektrokardiyografi ve Ekokardiyografi**

Elektrokardiyografi daha çok pulmoner hipertansiyonun saptanmasında kullanılmaktadır (Kıral, 2010). Ekokardiyografi pulmoner hipertansiyon bulgusu, obstrüktif uyku apne sendromu kuşkusu olanlar veya kronik solunum yetmezliği bulunanlarda kullanılmaktadır (Türk Toraks Derneği, 2010). Ancak ekokardiyografi aşırı havalanma ve soluk alıp vermenin göğüs boşluğundaki basınçta yarattığı büyük dalgalanmalar nedeniyle kullanımını KOAH'lı olgularda sınırlı olabilmektedir (Kıral, 2010).

#### **2.5.7. Balgam Örneği**

Akciğer hastalıklarının tanısında ve hava yolu inflamasyonunun belirlenmesinde balgam incelemesi yaygın olarak başvurulan bir yöntemdir. Balgam örneği alınmasının hava yolu inflamasyonunu belirlemede etkili olduğunun anlaşılmasından sonra KOAH tanısı, tedavisi ve tedavinin etkilerinin izlenmesi gibi konuların belirlenmesinde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Kaçmaz Başoğlu, 2001).

#### **2.5.8. Egzersiz Testleri ve Fiziksel Aktivitenin Değerlendirilmesi**

Yürüme testleri, pulmoner sorunu olan kişilerde fonksiyonel kapasiteyi, hastalığın seyrini ve tedavinin etkinliğini değerlendirmek için geliştirilmiş testlerdir (Savcı ve ark., 2000). Bunun için daha çok 12 dakikalık yürüme testi, 6 dakikalık yürüme testi, artan hızda mekik yürüme testi ve kardiyopulmoner egzersiz testleri kullanılmaktadır (İnal İnce ve Arıkan, 2000; Türk Toraks Derneği, 2014). Bu testler egzersiz kapasitesinin, mortalite riskinin ve dispne şiddetinin belirlenmesinde etkilidir (Türk Toraks Derneği, 2014).

## **2.6. KOAH'ta Tedavi ve Bakım**

KOAH'a ait patogenezin son yıllarda daha iyi anlaşılması ve hastalıkla ilgili bilgilerin artması, KOAH tedavisinin daha etkili olmasını sağlamış; erken tanı ve uygun tedaviyle hastalığın gidişatının düzelebileceği gerçeği, hekimlerin KOAH'a bakış açısını olumlu yönde etkilemiştir. Buda KOAH tanımının önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olarak değişmesini sağlamıştır (Türk Toraks Derneği, 2010).

KOAH tedavisinin amacı hastaneye yatışları azaltmak, alevlenmeleri azaltmak ve önlemek, nefes darlığını azaltmak, yaşam kalitesini iyileştirmek, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak ve mortaliteyi azaltmaktır (Gentry ve Gentry, 2017).

### **2.6.1. Risk Faktörlerinin Azaltılması**

#### ***Sigaranın Bıraktırılması***

Sigara içimi bir bağımlılıktır ve DSÖ tarafından primer bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, tütün kullanımının ve bağımlılığının tedavisi, birincil ve spesifik bir müdahale olarak görülmelidir (Celli ve ark., 2004). Sigaranın bıraktırılmasında, nikotin yerine koyma tedavisi ve çeşitli farmakolojik ürünler kullanılmaktadır (GOLD, 2018). Ancak, sadece farmakolojik tedavi sigaranın bıraktırılması için yeterli değildir. Sosyal çevrenin etkisinde bu konuda son derece önemlidir. Gerekli yasal düzenlemelerle de sosyal çevrenin sigaradan kurtulması sağlanmalıdır (Karadağ, 2013).

#### ***Maruziyetten Kaçınma***

Ev ve işyerlerinde bulunup, solunum fonksiyonlarında kayıplara sebep olan solunabilir toz, gaz ve duman halindeki maddelerin havadaki yoğunluklarının azaltılması ya da solunmalarının önlenmesi, solunum fonksiyonlarındaki kaybı önleyebilir. Bunun için; ev ve işyerlerinde oluşan maruziyetler düzenli olarak izlenmelidir, işyerlerinde çalışanların solunumla ilgili semptom ve bulguları değerlendirilmelidir, çalışanların, idarecilerin, hekimlerin eğitimleri sağlanmalı ve sürdürülmelidir, kişilere ayrıca sigara bırakma konusunda yardımcı olunmalıdır (Türk Toraks Derneği, 2010).



## 2.6.2. Stabil KOAH Tedavisi

Stabil KOAH tedavisi farmakolojik ve nonfarmakolojik tedaviden oluşmaktadır.

### *Farmakolojik Tedavi*

KOAH'ta semptomları önlemek ve kontrol etmek, alevlenmelerin sıklığını ve şiddetini azaltmak, sağlık durumunu iyileştirmek ve egzersiz toleransını artırmak için farmakolojik tedavi kullanılmaktadır (Pauwels ve ark., 2001).

**Bronkodilatörler:** KOAH'ta yakınmaları azaltmak ve egzersiz kapasitesini arttırmak için ana tedavi olarak bronkodilatörler kullanılmakta ve daha çok inhaler formları tercih edilmektedir (Çelik ve ark., 2010). KOAH tedavisinde yaygın olarak kullanılan bronkodilatör ilaçlar arasında  $\beta_2$  agonistler, antikolinerjikler ve metilksantinler bulunur. Seçim, ilaçların kullanılabilirliğine ve hastanın yanıtına bağlıdır. İnhalasyon yoluyla tedavi verildiğinde, mutlaka inhaler teknik konusunda eğitim verilerek etkili ilaç uygulamasına dikkat edilmelidir (Rabe, ve ark., 2007).

**Kortikosteroidler:** İnhaler kortikosteroidlerle yapılan düzenli tedavi, KOAH'lı hastalarda FEV1'in uzun süreli düşüşünü değiştirmemektedir. Oral kortikosteroidlerle de uzun süreli tedavinin uzun vadeli fayda sağladığına dair bir kanıt bulunmamaktadır (Pauwels ve ark., 2001). KOAH'ta sistemik kortikosteroidler alevlenmeler sırasında kullanılmalıdır (Türk Toraks Derneği, 2010). Uzun süreli kortikosteroid kullanımı kas güçsüzlüğüne, işlevselliğin azalmasına ve solunum yetmezliğine katkıda bulunan steroid miyopatiye neden olabilmektedir. (Pauwels ve ark., 2001; Rabe ve ark., 2007).

**Alfa-1 Antitripsin Tedavisi:** Ciddi kalıtsal alfa-1 antitripsin eksikliği ve yerleşik amfizemi olan genç hastalarda uygulanabilir. Bununla birlikte, bu tedavi çok pahalıdır ve alfa-1 antitripsin eksikliği ile ilişkili olmayan KOAH hastaları için önerilmemektedir (Rabe ve ark., 2007).

**Antibiyotikler:** Profilaktik, sürekli antibiyotik kullanımının, KOAH'ta alevlenmelerin sıklığı üzerinde hiçbir etkisinin olmadığı gösterilmiştir (Rabe ve ark., 2007). KOAH'lı kişide hava yolu infeksiyon bulguları eşlik ediyorsa antibiyotikler tedaviye eklenebilir (Güven, 2018).

**Mukolitik ve Antioksidan İlaçlar:** Balgamı bulunan birkaç hasta mukolitiklerden fayda görebilmesine rağmen, genel faydalar çok azdır (Rabe ve ark., 2007). Antioksidanların düzenli kullanımının ise, alevlenmeleri azalttığı ileri sürülmektedir (Türk Toraks Derneği, 2017).

**Aşılama:** İnfluenza aşılı KOAH'lı hastalarda ciddi hastalıkları ve ölümleri yaklaşık %50 oranında azaltabilmektedir. KOAH hastalarında pnömokok aşısının genel kullanımını desteklemek için yeterli veri bulunmamaktadır (Pauwels ve ark., 2001).

### *Nonfarmakolojik Tedavi*

Nonfarmakolojik tedaviler, KOAH tedavisinin önemli bir parçası olarak hızla gelişmektedir. Tamamlayıcı tedaviler, özellikle fonksiyon kaybı, yaşam kalitesinde azalma ve psikolojik bozukluklarında eşlik ederek hastalığın daha komplike olduğu durumlarda, daha çok önem kazanmaktadır (Clini ve Ambrosino, 2008).

**Eğitim ve Özyönetim:** Özyönetim eğitiminin amacı; hastaların olumlu sağlık davranışları kazanmalarına yardımcı olmak, hastalıklarıyla baş edebilmeleri konusunda onları motive etmek, desteklemek ve rehberlik sağlamak olarak tanımlanmaktadır. Tüm sağlık çalışanları, hastaların özyönetim becerilerini kazanmaları konusunda yardımcı olmalıdır. Özyönetim, sigara içme ve beslenme gibi davranışsal risk faktörleri ile ilgilenmenin yanı sıra, hastalığın belirti ve bulgularıyla başa çıkma sürecinde hasta takibini, tedavi sürecini, hasta-doktor iletişiminin düzenli olmasını ve hastalıkla ilgili psikososyal sorunlarla başetme sürecini de kapsamalıdır (GOLD, 2018).

Eğitim, hastanın bireysel ihtiyaçlarına ve çevresine göre uyarlanmalı, yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik, hastanın ve bakıcıların zihinsel ve sosyal becerilerine uygun olmalıdır (Rabe ve ark., 2007). Bir eğitim programı için en uygun görülen konular arasında şunlar yer alır: sigarayı bırakma, KOAH ve hastalığın patofizyolojisi hakkında temel bilgiler, tedaviye genel yaklaşım, öz bakım becerileri, fiziksel aktivitenin devamı veya arttırılması, yeterli uyku ve sağlıklı beslenme, nefes darlığı ile başetme, ne zaman yardım isteyeceğine dair tavsiyeler, düzenli hasta-doktor kontrollerinin ve iletişiminin devam ettirilmesidir (Rabe ve ark., 2007; Türk Toraks Derneği, 2017).

**Fiziksel Aktivite:** KOAH hastalarında fiziksel aktivitenin azalmasına bağlı olarak yaşam kalitesi azalmakta, hastaneye yatış ve hastalık nedeniyle ölümler artmaktadır. Fiziksel aktivitenin artırılması için davranış hedefli yaklaşımlar gerçekleştirilmeli ve hastalar bu programlara yönlendirilmelidir (GOLD, 2018).

**Pulmoner Rehabilitasyon (PR):** PR, egzersiz eğitimi, eğitim ve psikolojik desteği içeren, sakatlığı azaltmayı ve hastanın yaşayışını iyileştirmeyi amaçlayan kanıta dayalı çok disiplinli bir girişimdir (Clini ve Ambrosino, 2008). Bu tanımdan, PR'nin hasta değerlendirmesi, fiziksel eğitim, periferik kas güçlendirme, mesleki terapi, özyönetim eğitimi, sigarayı bırakma müdahalesi, beslenme müdahalesi ve psikososyal destek gibi iyi yapılandırılmış bir tedavi yaklaşımı olduğunu çıkarılabilir (Corhay ve ark., 2014). Ayrıca PR, hastaneye başvuru sayısını ve hastanedeki kalış süresini azaltmakta, alevlenme dönemlerinde çabuk mobilizasyon sağlamaktadır (Korkmaz Ekren ve Gürgün, 2013).

**Oksijen Tedavisi:** Uzun süreli oksijen tedavisi (USOT), kronik solunum yetmezliğinden mustarip ileri derece KOAH'lı hastalar için ana tedavilerden biridir (Clini ve Ambrosino, 2008). USOT için 3-4 haftalık uygun tedaviye rağmen  $PaO_2 < 55$  mmHg veya  $SaO_2 < 88$  olması,  $PaO_2 > 55$  mmHg olmasına rağmen, uykuda oksijen saturasyonunda düşme olması gerekmektedir. Sigara alışkanlığı devam eden kişilerde ise USOT başlanmamalıdır. USOT'un amacı dokuların yeterince oksijenlenmesini sağlamaktır, yani  $PaO_2$ 'yi 60 mmHg'nin üzerinde tutmaktır. Bu da hem yaşam süresini uzatacak hem de hospitalizasyonu azaltarak, egzersiz toleransını arttırarak yaşam kalitesini arttıracaktır (Akçay ve ark., 2001).

**Noninvasiv Mekanik Ventilasyon (NIMV):** NIMV'nin en yaygın olarak kullanıldığı hastalıklardan birisi de KOAH'dır. Akut ataklarda etkisi kanıtlanmıştır. Ancak uzun süreli ve sürekli kullanımının yararı ile ilgili az sayıda çalışma olduğu için yeterli veri bulunmamaktadır. Buna rağmen kronik dönemde yaygın olarak kullanılmaktadır (Çelik ve ark., 2010).

KOAH akut atak hastalarının destek tedavilerinde NIMV son derece önemlidir ve öncelikli olarak uygulanmalıdır (Uçgun, 2013). Continuous Positive Airway Pressure (sürekli pozitif hava yolu basıncı) (CPAP) veya Bi-level Positive Airway Pressure (iki seviyeli pozitif hava yolu basıncı) (BIPAP) olarak iki şekilde

uygulanabilmektedir. BIPAP modu en çok tercih edilen moddur ve bu modda inspiriyum basıncı (IPAP) ve ekspiryum basıncı (EPAP) ayarları yapılabilmektedir. CPAP ile de normal olarak nefes alıp verebilen hastada tüm solunum döngüsü boyunca sabit bir pozitif basınç uygulanmaktadır (Uçgun, 2013; Özyılmaz ve Kaya, 2012).

**Beslenme Desteği:** KOAH'lı kişilerin hipermetabolizma ve yaşadıkları solunum güçlüğü nedeniyle beslenme durumları bozulmaktadır (Balıoğlu ve ark., 2002). Buna bağlı olarak ağır KOAH'lı hastalarda kilo kaybı sık görülmektedir. Bu kilo kaybı daha çok yağsız vücut kitlesinde oluşmaktadır. Buda yaşam kalitesini, fiziksel aktiviteyi ve mortaliteyi etkilemektedir (Türk Toraks Derneği, 2014; Celli ve ark., 2004). KOAH'lı hastaların yeterli kalori almaları sağlanmalıdır. Hastanın yemek yiyeceği ortam ferah ve temiz olmalıdır, yemek öncesinde yorucu aktivitelerden kaçınılmalıdır, sevdiği yiyecekler sık öğünler şeklinde ve azar azar verilmelidir (Kılıç ve Özçelik, 2014).

**Cerrahi Tedavi:** KOAH'ta cerrahi olarak büllektomi, akciğer hacim azaltma ameliyatı, akciğer transplantasyonu uygulanmaktadır (Rabe ve ark., 2007).

**Yaşam Sonu ve Palyatif Bakım:** Palyatif bakımın amacı, hastaların fiziksel, psikososyal ve ruhsal semptomlarının kapsamlı bir değerlendirme ve tedavisiyle hastaların ve ailelerinin acılarını hafifletmektir (GOLD, 2018). Yaşam sonu bakım hasta ve ailesinin istekleri, kültürel değerleri ve etik standartlar doğrultusunda yönetilmelidir. Tedavi sonlandırma, kardiyopulmoner resüsitasyon yapıp yapılmayacağı gibi konularda ailenin görüşü alınmalıdır (Türk Toraks Derneği, 2017).

### 2.6.3. Alevlenmelerin Tedavisi

KOAH alevlenmesi, hastalığın normal seyrettiği dönemde aniden nefes darlığında artış ve günlük performansta azalma, balgam miktarı ve renginde değişiklik, öksürükte şiddetlenme, yüksek ateş ve/veya mental durumda bozulmanın meydana geldiği kötüleşme dönemi olarak tanımlanmaktadır (Atasever ve Erdinç, 2001). Bu durumun iyi değerlendirilerek gerekli olan ilaç ve destek tedavisinin doğru şekilde uygulanması gereklidir (İlvan, 2009).

Akut ataklarda tedaviye başlanmadan önce ilk olarak atak şiddetinin belirlenmesi gerekmektedir. Bunun için hastanın atak öncesindeki semptom durumu ve günlük aktivitelerini yapabilme durumunu belirleyen ayrıntılı bir anamnez alınmalıdır. Ayrıca atağın süresi, dispnenin şiddeti, balgam miktarı ve özelliği, son zamanlardaki tedavisi, uyku ve beslenme durumu, evde bakım imkânları da sorgulanmalıdır (Atasever ve Erdinç, 2001).

Atak geçiren hastaya ilk olarak oksijen tedavisi başlanmalı ve alevlenmenin yaşamı tehdit edip etmediğini belirlemek için semptomların şiddeti, kan gazları, göğüs röntgeni ve gerekli olabilecek diğer tetkikler yapılarak değerlendirilmelidir (Rabe ve ark., 2007). KOAH'ta uygulanacak farmakolojik tedaviler arasında bronkodilatör ilaçlar, antibiyotikler, kortikosteroidler ve mukolitik ilaçlar bulunmaktadır. Eğer endikasyon mevcutsa da hastaya ventilasyon desteği sağlanmalıdır (Rabe ve ark., 2007; İlvan, 2009).

### **2.7. KOAH'ta Hemşirelik Bakımı**

KOAH zamanla hastaların aktivitelerini yerine getirmesine engel olarak fiziksel güçsüzlüğe neden olmaktadır. Hemşireler, hasta bakımı konusunda, hastanın kendisinin yerine getiremediği ihtiyaçlarının karşılanmasında ve kendi ihtiyaçlarını karşılayabilir duruma gelmesinde kişilere yardımcı olmalıdır (Çevik Akyıl, 2012). KOAH'ta solunum fonksiyonlarını korumak, komplikasyon gelişmesini engellemek, semptom kontrolü sağlamak, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, tedaviye uyum sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmak için yapılan hemşirelik bakımında önemli olan; hasta ve yakınlarının eğitimi, bakıma hasta ve ailenin katılımı ve bakımın sürekliliğidir (Bal Özkaptan, 2013). Hastaların hemşirelik bakımında; havayolu açıklığını sağlama, sigara içiyorsa sigarayı bırakması konusunda destekleme, aktivite intoleransını ve anksiyetesini azaltma, ilaçların kullanımı ve yan etkileri, beslenme ihtiyacına yönelik olarak nasıl beslenmesi gerektiği, uyku düzenini sağlama gibi konularda belirlenen hemşirelik girişimleri planlanmalı ve uygulanmalıdır (Çevik Akyıl, 2012; Bal Özkaptan, 2013).

## 2.8. Hastalık Algısı

Sağlık ve hastalık kavramlarıyla ilgili algılar ve bunlar arasındaki ilişkinin belirlenmesi sağlığı devam ettirme, hastalıkların önlenmesi, tedaviye uyum sağlanması ve hastaların eğitimi için etkili olan girişimlerin planlanması ve uygulanmasındaki önemi gün geçtikçe daha da artmaktadır (Yılmaz Karabulutlu ve Karaman, 2015).

Bireylere bir hastalık teşhisi konulduğunda genellikle kendi durumlarıyla ilgili bir inanç modeli geliştirirler. Geliştirilen bu inanç modeli, hastalığı yönetmeye yönelik davranışların temel belirleyicisidir (Petrie ve Weinman, 2006). Çoğu insan hayatı boyunca bir hastalığa yakalanmasına rağmen, benzer bir hastalıkla karşılaşan kişiler bu hastalıklara farklı tepkiler göstermektedir. Hastalıklarla ilgili bu farklı tepkiler ise, kişilerin kendi deneyimlerinden, bilgilerinden, maddi ve manevi değerlerinden, inançlarından ve kişisel gereksinimlerinden kaynaklanmaktadır (Kocaman ve ark., 2007; Yılmaz Karabulutlu ve Karaman, 2015). Ayrıca bu durum sadece hastalar arasında kalmayıp, sağlık profesyonellerinin hastalık algıları da kendi aralarında farklılık gösterebilmektedir. Bu sebeple hastaların bireysel algılarının değerlendirilmesi son derece önemlidir (Yılmaz Karabulutlu ve Karaman, 2015).

Hastanın, hastalığı hakkındaki düşüncesi ve yorumu, hastalık algısı ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu tepkileri, hastanın hastalıkla baş etme biçimini, psikiyatrik sorunların gelişimini ve yaşam kalitesini etkileyen bir unsurdur (Armay ve ark., 2007).

Hastalık algısı, kişilerin hastalık süresi boyunca yaşadıkları tecrübeler, hastalık süreci, inançları, maddi ve manevi değerleri, baş etme yöntemleri ve psikopatoloji üzerinde doğrudan etkisi olan bir kavramdır (Borge ve ark., 2014; Bağçivan ve ark., 2018). Geliştirilen bu hastalık algıları, bireyin hastalığa karşı olan duygusal tepkisini ve tedaviye uyum gibi davranışlarını doğrudan etkilemektedir (Petrie ve Weinman, 2006; Yorulmaz ve ark., 2013).

Son yıllarda, hastaların hastalık algıları ve başa çıkma yöntemleri üzerinde özellikle vurgu yapılmaktadır. Sağlık psikologları göstermiştir ki, herhangi bir hastalığın neden olduğu sorunlara anlam ve cevap vermek için hastalar kendi hastalıklarını üzerinde kendi inançlarını oluşturmaktadırlar. Bu alandaki güçlü

destekleyici modellerden biri de Leventhal ve arkadaşlarının geliştirdiği kendini denetleme (self regulatory) modelidir. Bu model, sağlıkla ilgili davranışların ve yaşam kalitesi gibi sağlıkla ilgili sonuçların hastanın kendi inançları tarafından büyük ölçüde etkilendiğini öne sürmektedir. Hastalık algısı, hastalığa neyin sebep olduğu, ne kadar süreceği, beklenen etkileri ve kontrol edilebilirliği ile ilgili inançlardır ve ayrıca hastalığa karşı duygusal tepkiyi de içermektedir (Boot ve Heijmans, 2008).

Hastalığın belirtileri ile ilgili olarak ta hastalar tarafından benzer modeller geliştirilebilmektedir. İnsanlar toplumda sık görülen hastalık belirtileri ile ilgili genelde bir fikre sahip olmaktadır. Ancak sık karşılaşılmayan hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmayabilirler. Buna rağmen kendilerine bilmedikleri bir hastalık tanısı konduğunda zamanla belirtiler hakkında bazı inanışlar geliştirirler ve bu inanışlar tedavilerini düzenleyen sağlık profesyonellerinin inanışından çok farklı da olabilmektedir. Hastalar düzenlenen tedavinin yan etkileri konusunda veya hiçbir alakası olmasa dahi yaşanan belirtiler hakkında yanlış yorumlar yapabilirler (Yılmaz Karabulutlu ve Karaman, 2015).

Hastalıkla ilgili olumlu algıların psikolojik iyi oluş ile ilişkili olduğu ve kişilerin çalışma hayatına daha erken dönüş yaptıkları bildirilmiştir. Buna karşılık olumsuz algılar gelecekte daha fazla sakatlık, daha yavaş iyileşme ve çalışma hayatına dönüşün gecikmesine sebep olmaktadır. Sağlık profesyonelleri, politikacılar ve toplumun inançları da algılanan engelleri azaltmada ve tedaviyi kolaylaştırmada önemli bir role sahiptir (Giri ve ark., 2009).

### **2.8.1. Hastalık Algısının Bileşenleri**

Hastaların, hastalık algılarını oluşturan, birbiriyle ilişkili beş bileşen bulunmaktadır. Bunlar; hastalığın kimliği, nedensel inanışlar, zamansal inanışlar, kontrol ve tedavi ile ilgili inanışlar ve sonuçlardır.

**Hastalığın Kimliği:** Kimlik, bir hastanın hastalıklarına atadığı etikete ve bu etiketle ilişkili semptomlara işaret etmektedir (Averous ve ark., 2018). Hastalığın kimliği bileşeninin önemli yönü, hastanın hastalığın neden olduğu semptomlarla ilgili görüşünün, durumu tedavi eden tıbbi personelininkinden oldukça farklı olabileceğidir. Hastalar, herhangi bir ilişki olmasa bile, genellikle hastalığın yan

etkilerini ve hatta diğer sık görülen semptomları yanlış yönlendirebilmektedir (Petrie ve Weinman, 2006).

**Nedensel İnanışlar:** Hastalığın veya durumun sebebi olduğuna inanılan faktörlerle ilgilidir (Averous ve ark., 2018). Günümüzde yaygın hastalık nedenleri, stres veya kirlilik gibi modern yaşamın algılanan zararlı yönünü göstermektedir. Nedensel inanışlar bazı hastalıklar açısından önemlidir; çünkü hastaların durumlarını veya tedavilerini mantıklı bir şekilde kontrol etmek için yaptıkları değişiklikleri ve tedavi türlerini etkileyebilmektedir. Örneğin, bir kalp krizi hastası hastalığının, sigara ve yağlı gıdalar gibi kötü sağlık alışkanlıklarından kaynaklandığını düşünürse, bu davranışlarda değişiklik yapma olasılığı daha yüksektir (Petrie ve Weinman, 2006).

**Zamansal İnanışlar:** Bireyin hastalığının veya durumunun seyrini algılamasını ifade etmektedir (Averous ve ark., 2018). Hastalar, genellikle akut ile kronik arasında değişen durumlar hakkında zamansal inanışları benimsemektedirler. Zamansal inanışların ilaç alma ile önemli ilişkileri bulunmaktadır. Hastalıkların akut modellerine sahip olan hastaların, kronik modele sahip olan hastalara göre ilaçlarını ve diğer tedavilerini erken terk etme olasılıkları daha yüksektir (Petrie ve Weinman, 2006).

**Kontrol ve Tedavi İle İlgili İnanışlar:** Kontrol ve tedavi ile ilgili inanışlar kişisel kontrolü, hastalıkları kontrol etmek için kişisel yetenekler hakkındaki inanışları ve hastalığın tedavi edilmesinde veya yönetilmesinde tedavinin etkinliğine dair inanışları yansıtmaktadır (Averous ve ark., 2018). Zaman ve nedensel inançlar, hastalığın kontrolü veya tedavisi ile ilgili inançlarla yakından ilişkilidir. Genel olarak, bu inanış, hastalığın kişisel kontrole nasıl yatkın olduğu ve tedavi ile ne kadar iyi kontrol edilebileceğinden oluşur (Petrie ve Weinman, 2006).

**Sonuçlar:** Hastalık algılarının son bileşeni, hastanın hastalıkları ile ilişkilendirdiği sonuçlardır. Bir kimsenin hastalığının ya da durumunun yaşamları ve faaliyetleri üzerindeki etkilerini (fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik sonuçlar dahil) değerlendirmesini yansıtmaktadır (Averous ve ark., 2018).



## 2.9. Yaşam Kalitesi

Ortalama yaşam süresinin uzaması ve gelişen teknolojiyle yeni tedavi yöntemlerinin bulunması, sağlık hizmetlerinin yeterliliğinin ölçülmesinde kullanılan geleneksel göstergelerin yetersiz kalmasına sebep olmuştur. Bu nedenle 1980'li yıllardan başlayarak uygulanan klinik uygulamaların başarısı yada başarısızlığını belirlemek için hastaların yaşam kaliteleri de değerlendirilmeye başlanmıştır (Eser, 2012).

Yaşam kalitesinin, birçok farklı tanımı bulunmaktadır. Ancak tüm tanımlarda insan faktörü ve onun öznel değerlendirmesi üzerinde durulmaktadır (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). DSÖ, yaşam kalitesini, bireyin yaşamdaki konumlarını, içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında, hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri bağlamında algılaması olarak tanımlar. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilgili göze çarpan özellikleri ile karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavramdır (WHO, 11 Kasım 2018).

Genel olarak yapılan yaşam kalitesi tanımları kişinin yaşamı ile ilgili sübjektif algısı etrafında şekillenmektedir. Ancak yaşam kalitesine objektif ve sübjektif olarak iki açıdan bakılmaktadır. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri; gelir, eğitim, yapılan iş, sağlık, yaşanılan ortamın durumu vb. iken; kişinin sahip olduğu bu imkânlardan duyduğu tatmin ise yaşam kalitesinin sübjektif göstergesini oluşturmaktadır (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Sağlığa bağlı yaşam kalitesi, bir hastalık ya da tedaviyle bağlantılı olan fiziksel, ruhsal ve sosyal öğeleri içine alan çok kapsamlı bir kavramdır. Fizyolojik ve ruhsal fonksiyonlar yaşam kalitesini direk etkilediği için bunların beraber ele alınması sağlığa bağlı yaşam kalitesini olumlu olarak etkilemektedir. Sosyal fonksiyonlarında diğer fonksiyonlarla beraber değerlendirilmesi sağlık dışı yaşam kalitesini yükseltmektedir (Öksüz ve Malhan, 2005). Sağlığa bağlı yaşam kalitesini, sosyodemografik özellikler, kültürel ve ekonomik koşullar, yaşanılan mekan gibi çevre koşulları, engellilik gibi özellikler etkilemektedir (Aslan, 2009).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi biyolojik, genel ve hastalığa özgü olarak üç başlıkta incelenmektedir (Top ve ark., 2003).

**Biyolojik Sağlık Durumu:** Organların işleyişi üzerine odaklanmıştır. Tanı aşamasında laboratuvar testleri ve diğer değerlendirmelerle süreç değerlendirilmektedir.

**Genel Sağlık Durumu:** Bu konudaki sorular hastalık veya bozukluğa özgü değildir. Tamamen kişilerin hastalık durumlarını etkileyebilecek yaş, cinsiyet ve ekonomik durumlarına göre sağlık durumları değerlendirilmektedir. Bu konuda özellikle fiziksel işlevsellik (fiziksel kabiliyetler, yatakta geçirilen gün sayısı, ağrı vb.), ruh sağlığı (anksiyete ve depresyon gibi psikolojik bozukluklar, psikolojik iyi olma hali vb.), sosyal ve rol işlevselliği (sosyal ilişkiler geliştirme, sosyal olarak iyi olma hali, iş durumu, okul durumu vb.), genel sağlık algıları (kişinin tüm sağlığı ile ilgili inanç ve değerlendirmeleridir) tanımlanmaktadır.

**Hastalığa Özgü Sağlık Durumu:** Sağlık ile ilgili genel düşünce daha çok hastalık ve işlevsellik üzerine yoğunlaşmıştır (Top ve ark., 2003).

## **2.10. KOAH'ta Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesi**

KOAH yönetiminin önemli bir hedefi hastaların yaşam kalitesini arttırmaktır ve hastalık bakım sonuçlarını etkileyen faktörler incelendiğinde, KOAH'lı kişilerin hastalık algıları ve başa çıkma yöntemleri bu kişilerin yaşam kalitesini etkilemektedir (Tiemensma ve ark., 2016). Ayakta ve klinik popülasyonda yapılan araştırmalar, hastalığın günlük yaşam üzerindeki etkisinin daha az ciddi olduğuna inanan, daha iyi tedavi kontrolü yaşayan ve daha az duygusal yanıtı olan KOAH hastalarının daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermiştir (Weldam ve ark., 2014; Scharloo ve ark., 2007; Kaptein ve ark., 2008).

Hastalık algıları ve hastalıkla başa çıkma becerisi gibi faktörler, KOAH ile yaşamayı ve günlük aktivitelere katılımı zorlaştırabilmektedir (Bonsaksen ve ark., 2014). KOAH'ta sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin azalmasını önlemek için, hastalıkla baş etme ve fonksiyonel hastalık algılarının desteklenmesi ile hastaların tedaviye uyum sağlayabilecekleri sonucuna varılmıştır (Vaske ve ark., 2017). Hastalık algılarının tartışılması ve değiştirilmesi, KOAH hastalarının yaşam kalitesini artıracak ve engellilik düzeylerini azaltacaktır (Kaptein ve ark., 2008).

Hastalık algılarının değerlendirilmesi çok önemli bir unsur olmasına rağmen, hastaların hastalıkları veya semptomları hakkındaki görüşleri tıbbi görüşmelerde doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından nadiren sorgulanmaktadır ve hastalar hastalıkları hakkındaki inançlarını çoğu zaman paylaşmama eğilimindedir (Petrie ve Weinman, 2006; Bağçivan ve ark., 2018). Hastaların, hastalık algılarının sorgulanarak, hastalıklarını kişisel olarak kontrol edebileceklerine inanmaları ve bilgilerini arttırmaları, kişilerin hastaneye sürekli yatışlarını azaltacak ve yaşam kalitelerini yükseltecektir (Bağçivan ve ark., 2018).

Hastalık algılarının iyileştirilmesi KOAH'a uyum sağlanabilmesi açısından son derece önemli bir konudur. Hastaların, hastalık inançlarının keşfedilmesine, tartışılmasına ve hastalıklarının yönetiminde etkin davranışsal becerilerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması için hastaların harekete geçirilmesine yönelik müdahaleler, yaşam kalitesi için en umut verici yol olarak görülmektedir (Scharloo ve ark., 2007). Bu sebeple hemşirelerin planladıkları girişimlerde hastalık algılarını sorgulayıp, hastaları bilgilendirmeleri, kişilerin öz bakımlarında işlev ve sorumluluklarını en üst düzeye çıkarmalarını sağlayacaktır (Bağçivan ve ark., 2018). Herhangi bir hastalığı bulunan kişilerin, hastalık algılarının pozitif yönde değiştirilmesiyle, bu kişilerin kendi kendini yönetebilmeleri, hastalık nedeniyle oluşan duygusal durumla ve stresle baş etmeleri sağlanarak yaşam kaliteleri arttırılacaktır (Yorulmaz ve ark., 2013). KOAH gibi kronik hastalıkların kontrolünde son derece önemli olan hasta katılımının sağlanması için hastaların hastalık algılarının belirlenerek hemşirelik bakım sürecinde dikkate alınması gerekmektedir (Bağçivan ve ark., 2018).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma, KOAH'lı hastalarda hastalık algısının yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, 1 Mart 2018-1 Eylül 2018 tarihleri arasında Balıkesir Dursunbey Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği'nde yapılmıştır. Balıkesir Dursunbey Devlet Hastanesi 75 yatak kapasiteli olup, dahiliye, genel cerrahi, ortopedi, göz, çocuk, kadın doğum, anestezi ve kulak burun boğaz branşlarında poliklinik hizmeti vermektedir. Hastanede cerrahi, çocuk, dahiliye ve palyatif klinikleri ile 1 yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Dahiliye kliniği 25 yataklı olup 2 uzman doktor ve 6 hemşire çalışmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini belirtilen tarihler arasında Balıkesir Dursunbey Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği'nde yatarak tedavi alan 172 KOAH'lı hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleme evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda, örneklemedeki birey sayısını belirlemek amacıyla kullanılan formül ile hesaplanmıştır ve 102 hastanın evreni temsil ettiği belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini Balıkesir Dursunbey Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği'nde 1 Mart 2018- 1 Eylül 2018 tarihleri arasında yatarak tedavi alan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 105 KOAH'lı hasta oluşturmuştur.

Evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklemedeki birey sayısını belirlemek amacıyla kullanılan formül (Asan, 2015);

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N= Evrendeki birey sayısı (172)

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenen olayın görülüş sıklığı (%20)

q= incelenen olayın görülmeyiş sıklığı (%80)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1,96)

d= Olayın görüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma (0,05)

### 3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırma kapsamına alınan hastalar aşağıda belirtilen kriterlere göre belirlenmiştir.

- En az 6 ay önce KOAH tanısı almış olmak,
- 18 yaşından büyük olmak,
- Fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanması planlanan formları cevaplamaya uygun olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” ile hastaların yaşam kalitelerini ve hastalık algılarını belirlemek amacıyla “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Hastalık Algısı Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

#### 3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Çalışmada, araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Kişisel Bilgi Formu (EK-3) kullanılmıştır (Kılıçkaya, 2013; Ekenler, 2017; Doğan, 2018; Çelik, 2018). Kişisel Bilgi Formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yerleşim yeri, aylık gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler gibi hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalıkla ilgili özellikleri (ne kadar süredir KOAH hastası olduğu,

sigara kullanma durumu, evde oksijen tedavisi alıp almadığı, vb.) içeren toplam 21 sorudan oluşmaktadır.

### 3.5.2. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ-Illness Perception Questionnaire)

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (EK-4); Leventhal'in hastalık temsili kuramına dayandırılarak, 1996 yılında Weinmann ve arkadaşları tarafından geliştirilip, 2002 yılında Moss-Morris ve arkadaşları tarafından ölçek alt boyutlarında yenilemeler yapılarak tekrardan düzenlenmiştir (Kocaman ve ark., 2007; Armay ve ark., 2007). 2007'de Kocaman ve arkadaşları ölçeği Türkçe'ye uyarlamış ve güvenilirlik çalışmasını tamamlamıştır. Aynı yıl, Armay ve arkadaşları ölçeğin güvenilirlik ve geçerliliğini değerlendiren araştırmalarını gerçekleştirmişlerdir (Armay ve ark., 2007; Yorulmaz ve ark., 2014).

Hastalık Algısı Ölçeği, hastalık belirtileri, hastalık hakkındaki görüşler ve hastalık nedenleri olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır (Kocaman ve ark., 2007; Armay ve ark., 2007).

**Hastalık Belirtileri Boyutu:** Bu boyut sık karşılaşılan 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrıları, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlükleri, sersemlik hissi, güç kaybı) kapsamaktadır (Ekenler, 2017). Ölçek uygulanırken öncelikle kişiye “hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşayıp yaşamadığı”, sonrasında ise “bu belirtinin hastalığı ile ilgili olup olmadığı” sorulmaktadır. Bu boyut, kişinin her belirti için evet ya da hayır cevabını vereceği biçimde düzenlenmiştir. İkinci soruya verilen evet cevaplarının toplamı bu boyutun değerlendirme sonucunu vermektedir (Armay ve ark., 2007).

**Hastalık Hakkındaki Görüşler Boyutu:** Bu boyut 38 maddeden oluşmaktadır ve 5'li Likert tipi ölçüm kullanılarak (kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) oluşturulmuştur. Boyut içerisinde süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilen yedi alt boyut bulunmaktadır (Kocaman ve ark., 2007).

Süre (akut/kronik) alt boyutu; 1, 2, 3, 4, 5 ve 18. maddeleri içermektedir ve bireylerin hastalıklarının süresiyle ilgili olarak ne düşündüklerini araştırmaktadır. Buradan yüksek puan alınması, hastalığın kronik olduğunun düşünüldüğünü göstermektedir.

Sonuçlar alt boyutu; 6, 7, 8, 9, 10 ve 11. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan yüksek puan alınması, hastalığın çok ciddi sonuçlarının olduğuna inanıldığını göstermektedir.

Kişisel kontrol alt boyutu; 12, 13, 14,15, 16 ve 17. maddeleri kapsamaktadır ve bireylerin hastalıklarını kontrol algılarını belirlemektedir. Buradan ne kadar yüksek puan alınırsa, kişilerin hastalıklarını kontrol edebilme algılarının o kadar yüksek olduğunu göstermektedir.

Tedavi kontrolü alt boyutunda 19, 20, 21, 22 ve 23. maddeler yer almaktadır. Bu boyut bireylerin tedavinin etkisine ne kadar inandıklarını göstermektedir. Alınan yüksek puan hastalığın tedavi ile kontrol edilebileceğine inanıldığını göstermektedir.

Hastalığı anlayabilme alt boyutunda; 24, 25, 26, 27 ve 28. maddeler bulunmaktadır. Bireylerin hastalığını ne kadar kavrayabildiğini ölçmektedir.

Süre (döngüsel) alt boyutu; 29, 30, 31, 32. maddeleri içermektedir. Yüksek puan alınması hastalığın dönem dönem ortaya çıktığının düşünüldüğünü göstermektedir.

Duygusal temsiller alt boyutu; 33, 34, 35, 36, 37 ve 38. maddelerden oluşmaktadır ve bu maddeler kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırmaktadır (Armay ve ark., 2007; Ekenler, 2017).

**Hastalık Nedenleri Boyutu:** Bu boyut hastalıkların oluşmasına sebep olabilecek 18 maddeden oluşmaktadır ve 5’li Likert tipi ölçüm kullanılarak (kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) oluşturulmuştur.

Psikolojik atıflar (stres yada endişe, benim tutumum, aile problemleri, aşırı çalışma, duygusal durumum, kişilik özelliklerim), risk faktörleri (kalıtsal, diyet-yemek alışkanlıkları, geçmişteki kötü tıbbi bakım, kendi davranışım, yaşlanma,

alkol, sigara içme), bağışıklık ( mikrop veya virüs, çevre kirliliği, vücut direncinin azalması), kaza veya şans (şans ya da kötü talih, kaza ya da yaralanma) alt boyutlarından oluşan bu bölüm bireylerin hastalık nedeni olarak ne düşündüğünü araştırmaktadır. Ayrıca ölçeğin son kısmında kişilerden hastalık nedeni olarak gördükleri en önemli üç sebebi yazmaları istenmektedir (Kocaman ve ark., 2007).

Ölçeğin Türk toplumunda yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında hastanın hastalık hakkındaki görüşlerini içeren alt boyutların alfa katsayılarının 0,69-0,77 arasında ve hastalık nedenlerinin alt boyutlarının alfa güvenirlik katsayılarının ise 0,25-0,72 arasında değiştiği saptanmıştır (İşcan Ayyıldız, 2016). Bu araştırmada ise cronbach alfa değeri hastalık belirtileri boyutu için 0,83, hastalık hakkındaki görüşler boyutu için 0,93, hastalık nedenleri boyutu için 0,72 olarak tespit edilmiştir.

### **3.5.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği**

Yaşam kalitesini değerlendirmek için 1992'de Rand Corporation tarafından geliştirilen SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-5)'nin, Türk toplumunda geçerlilik ve güvenirlik çalışması Pınar tarafından yapılmıştır (Özdemir ve ark., 2011; Zincir ve ark., 2008). SF-36; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel sağlık anlayışı alt boyutlarını 36 maddede incelemektedir (Gülseren ve ark., 2001; Göçgeldi ve ark., 2008; Gün ve Korkmaz, 2014).

Fiziksel fonksiyon alt boyutu; birkaç kat merdiven çıkma, eğilip çömelme ya da bir kilometreden fazla yürüme gibi fiziksel aktivitelerdeki kısıtlılıkları ölçen 10 maddeyi (3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j),

Sosyal fonksiyon alt boyutu; hastaların akraba ve arkadaşlarıyla olan sosyal etkinliklerini bedensel veya duygusal problemlerin ne sıklıkla etkilediğini sorgulayan 2 maddeyi (6, 10),

Fiziksel rol güçlüğü; fiziksel sorunların hastaların aktivitelerini ne kadar kısıtladığını belirleyen 4 maddeyi (4a, 4b, 4c, 4d),

Emosyonel rol güçlüğü; emosyonel sorunların hastaların aktivitelerini ne kadar kısıtladığını belirleyen 3 maddeyi (5a, 5b, 5c)



Mental sağlık alt boyutu; çeşitli konularda mental sağlık durumunu ölçen 5 maddeyi (9b, 9c, 9d, 9f, 9h),

Zindelik/yorgunluk alt boyutu; kişilerin enerji durumlarını ve yorgunluk düzeylerini belirleyen 4 maddeyi (9a, 9e, 9g, 9i),

Ağrı alt boyutu; kişilerin vücutlarında ne kadar ağrı olduğunu ve ağrının hastanın günlük aktivitelerini ne kadar etkilediğini değerlendiren 2 maddeyi (7, 8),

Genel sağlık anlayışı alt boyutu ise; hastaların kendini nasıl hissettiklerini (tam enerjik, sakin ve huzurlu, çok sinirli...) ve genel olarak sağlıklarının ileride nasıl olacağına dair görüşlerini belirleyen 5 maddeyi (1, 11a, 11b, 11c, 11d) kapsamaktadır (Bulantekin, 2008; Pelin, 2017).

Alt ölçeklerin puanları 0-100 arasında değişmektedir ve düşük puan kötü sağlık durumunu göstermektedir (Özdemir ve ark., 2011). Ölçek bazı maddeler hariç Likert tipindedir ve son 4 hafta dikkate alınarak sağlıktaki değişim ile ilgili düşünceleri içeren maddeler bulunmaktadır (Gülseren ve ark, 2001; Göçgeldi ve ark., 2008).

Ölçekte dördüncü ve beşinci sorular evet/hayır, diğer sorular likert tipi (3'lü, 5'li, 6'lı) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d maddeleri ters çevrilerek puanı hesaplanmaktadır (Arslan, 2019). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında alt ölçeklerinin cronbach alfa değerleri 0.73-0.76 arasında bulunmuştur (Çolakdalcı, 2012). Araştırmada SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin 8 alt boyutu için cronbach alfa değerleri 0,82 ile 0,93 arasında tespit edilmiştir.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Kişisel Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Veri toplama formlarının doldurulması, yaklaşık 25-30 dakika arası sürmüştür.

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın sonucunda elde edilen veriler değerlendirilirken, verilerin kodlanması ve istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 20 paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Shaphiro Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama, ortanca, standart sapma, en düşük, en yüksek, sayı ve yüzde değerleri olarak verilmiştir. Verilerin analizinde Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitney U testi, bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA); korelasyon analizinde Spearman Korelasyon analizi; ikili karşılaştırmalar için (Post Hoc) Dunn testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

### 3.8. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımsız Değişkenler:** KOAH hastalarının hastalık algısı ölçeğinin bölümlerinden aldıkları puan ortalamalarıdır.

**Bağımlı Değişkenler:** KOAH hastalarının SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarıdır.

### 3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK-1) etik kurul onayı, Balıkesir Dursunbey Devlet Hastanesi için Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırma izni (EK-8), Hastalık Algısı Ölçeği'nin kullanımı için geçerlilik ve güvenilirliğini yapan yazardan yazılı izin (EK-6), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin kullanımı içinde geçerlilik ve güvenilirliğini yapan yazardan yazılı izin (EK-7) ve araştırmaya katılan hastalardan bilgilendirilmiş onam (EK-2) sözlü ve yazılı olarak alınmıştır.

### 3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği

Bu araştırma, sadece adı geçen hastanede yatarak tedavi gören hastalara uygulandığı için örneklem sınırlılığı içermektedir. Bu sebeple araştırmanın sonuçları tüm KOAH hastalarına genellenemez, ancak genellemeye katkı sağlayabilir.

## 4. BULGULAR

**Tablo 4.1.** Sosyodemografik verilerin dağılımı (Sayı (s)=105).

Sosyodemografik Veriler	Sayı	Yüzde	
Yaş	30-50	17	16,2
	51-70	76	72,4
	71 ve üzeri	12	11,4
Cinsiyet	Kadın	43	41,0
	Erkek	62	59,0
Medeni durum	Evli	87	82,9
	Bekâr	18	17,1
Eğitim durumu	Okuryazar değil	18	17,1
	İlkokul	53	50,5
	Ortaokul	19	18,1
	Lise ve Üniversite	15	14,3
Meslek	İşçi+Memur	20	19,0
	Serbest meslek	12	11,4
	Emekli	22	21,0
	Ev hanımı	40	38,1
	Çiftçi	11	10,5
Yerleşim yeri	İlçe	67	63,8
	Köy	38	36,2
Aylık gelir durumu	Gelir giderden az	21	20,0
	Gelir gidere eşit	73	69,5
	Gelir giderden fazla	11	10,5
Isınma şekli	Kalorifer	34	32,4
	Soba	71	67,6
Ailede birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	10	9,5
	Eş	51	48,6
	Çocuklar	8	7,6
	Eş ve çocuklar	36	34,3

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan KOAH hastalarına ait sosyodemografik özellikler yer almaktadır. Araştırmaya alınan hastaların %72,4’ünün 51-70 yaş aralığında, %41’inin kadın, %82,9’unun evli, %17,1’inin okuma-yazma bilmediği, %38,1’inin ev hanımı olduğu saptanmıştır. Hastaların %63,8’i ilçede yaşadığını, %69,5’i gelirinin giderine eşit olduğunu, %67,6’sı ısınma için soba kullandığını ve %48,6’sı eşiyile birlikte yaşadığını bildirmiştir.

**Tablo 4.2.** Hastalığa ilişkin verilerin dağılımı (s=105).

Hastalığa İlişkin Veriler		Sayı	Yüzde
KOAH tanısı alma süresi	0-5 yıl	24	22,9
	6-11 yıl	42	40,0
	12-17 yıl	24	22,9
	18 yıl üzeri	15	14,3
KOAH tedavisi görme süresi	0-5 yıl	28	26,7
	6-11 yıl	43	41,0
	12-17 yıl	19	18,1
	18 yıl ve üzeri	15	14,3
Sigara içme durumu	Halen sigara içiyorum	27	25,7
	Kullandım -Bıraktım	24	22,9
	Hiç sigara kullanmadım	54	51,4
Halen sigara içenlerin sigara içme süreleri (s=27)	20-29 yıl	13	48,1
	30-39 yıl	8	29,6
	40 yıl ve üzeri	6	22,2
Halen sigara içenlerin günlük içtikleri sigara adedi (s=27)	1 paketten az	14	51,9
	1-2 paket arası	13	48,1
Ailede sigara içen kişiler	Var	37	35,2
	Yok	68	64,8
Günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede yardıma ihtiyaç duyma durumu	Evet	29	27,6
	Hayır	76	72,4
Yardımcı olan kişiler (s=29)	Kimse yok	6	20,7
	Eşi	12	41,4
	Çocuğu	11	37,9
KOAH'a ek bir kronik hastalığın varlığı	Var	41	39,0
	Yok	64	61,0
Evde oksijen tedavisi alma durumu	Evet	7	6,7
	Hayır	98	93,3
Geçtiğimiz bir yıl boyunca KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumu	Hiç yatmadım	51	48,6
	1 veya 2 kez	54	51,4
KOAH ile ilgili hastaneye geldikçe bilgi alma durumu	Evet	40	38,1
	Hayır	65	61,9
Bilgi veren kişi (s=40)	Doktor	28	70,0
	Hemşire	12	30,0
İlaçlarını düzenli kullanma durumu	Evet	86	81,9
	Hayır	19	18,1

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan KOAH’lı hastalara ait hastalığa ilişkin özellikler verilmiştir. Hastaların %14,3’ünün 18 ve üzeri yıldır KOAH hastası olduğu, %18,1’nin 12-17 yıldır KOAH tedavisi gördüğü saptanmıştır. Hastaların sigara içme durumlarına bakıldığında %25,7’sinin halen sigara içtiği ve bunlardan %22,2’sinin 40 yıl ve üzeri sigara içmekte olup, %48,1’inin günde 1-2 paket arası sigara içtiği görülmüştür, %35,2’si ise ailesinde sigara içen kişilerin bulunduğunu

bildirmiştir. Hastaların %27,6'sının günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede yardıma ihtiyaç duyduğu ve bu hastaların %20,7'sine yardımcı olabilecek kimsenin bulunmadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %39'unda KOAH'a ek bir kronik hastalığın bulunduğu, %38,1'i hastaneye geldikçe KOAH ile ilgili bilgi aldıklarını ve bunların da %30'u bu bilgiyi hemşirelerden aldıklarını belirtmişlerdir. Hastaların ilaç kullanma durumlarına bakıldığında %81,9'u ilaçlarını düzenli olarak kullandığını ifade etmiştir.

**Tablo 4.3.** Hastalık Algısı Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (s=105).

<b>Hastalık Algısı Ölçeği</b>		
<b>Ölçek Alt Boyutları</b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	<b>Min.-Max. Değerler</b>
<b>1-Hastalık Belirtileri</b>	4,1±2,0	1-8
<b>2-Hastalık Hakkındaki Görüşler</b>		
Süre (Akut/Kronik)	18,3±1,7	11-26
Sonuçlar	17,4±4,0	10-26
Kişisel Kontrol	18,3±2,1	10-22
Tedavi Kontrolü	16,7±1,9	12-21
Hastalığı Anlayabilme	14,4±2,9	8-22
Süre (Döngüsel)	15,3±1,9	8-20
Duygusal Temsiller	17,3±4,7	7-26
<b>3-Hastalık Nedenleri</b>		
Psikolojik Atıflar	13,7±4,1	6-25
Risk Faktörleri	17,5±4,0	7-27
Bağıışıklık	8,3±2,2	3-12
Kaza veya Şans	3,4±1,4	2-6
<b>SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>		
<b>Ölçek Alt Boyutu</b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	<b>Min.-Max. Değerler</b>
Fiziksel Fonksiyon	19,64±4,73	10-30
Sosyal Fonksiyon	8,08±1,85	4-10
Fiziksel Rol Güçlüğü	1,50±1,73	0-4
Emosyonel Rol Güçlüğü	1,34±1,35	0-3
Mental Sağlık	22,34±3,31	13-29
Zindelik/Yorgunluk	12,01±3,63	4-18
Ağrı	8,85±1,96	4-11
Genel Sağlık Anlayışı	13,28±3,28	7-20

Tablo 4.3'te Hastalık Algısı Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. HAÖ puan ortalamaları incelendiğinde “hastalık belirtileri” boyutu puan ortalaması  $4,1\pm 2,0$  olarak bulunmuştur. HAÖ “hastalık hakkındaki görüşler” alt boyutlarından en yüksek ortalamanın  $18,3\pm 1,7$  ile süre (akut/kronik) ve  $18,3\pm 2,1$  ile kişisel kontrol alt boyutlarına, en düşük ortalamanın ise  $14,4\pm 2,9$  ile hastalığı anlayabilme alt boyutuna ait olduğu saptanmıştır. HAÖ “hastalık nedenleri” boyutunda ise; en yüksek ortalamanın  $17,5\pm 4,0$  ile risk faktörlerine, en düşük ortalamanın ise  $3,4\pm 1,4$  ile kaza veya şans alt boyutuna ait olduğu belirlenmiştir.

SF-36 ölçek alt boyutlarına bakıldığında en yüksek ortalamanın  $22,34\pm 3,31$  ile mental sağlık, en düşük ortalamanın ise  $1,34\pm 1,35$  ile emosyonel rol gücüğü alt boyutuna ait olduğu bulunmuştur.

**Tablo 4.4.** Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği'ne göre yaşadıkları hastalık belirtilerinin dağılımı (s=105).

	Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım		Bu belirti hastalığım ile ilgili	
	Evet s (%)	Hayır s (%)	Evet s (%)	Hayır s (%)
<b>Ağrı</b>	55 (52,4)	50 (47,6)	14 (13,3)	91 (86,7)
<b>Boğazda yanma</b>	32 (30,8)	72 (69,2)	31 (29,5)	74 (70,5)
<b>Bulantı</b>	4 (3,8)	101 (96,2)	4 (3,8)	101 (96,2)
<b>Soluk almada güçlük</b>	98 (93,3)	7 (6,7)	98 (93,3)	7 (6,7)
<b>Kilo kaybı</b>	28 (26,7)	77 (73,3)	8 (7,6)	97 (92,4)
<b>Yorgunluk</b>	83 (79)	22 (21)	77 (73,3)	28 (26,7)
<b>Eklem sertliği</b>	21 (20)	84 (80)	0 (0)	105 (100)
<b>Gözlerde yanma</b>	11 (10,5)	94 (89,5)	0 (0)	105 (100)
<b>Hırıltılı soluma</b>	84 (80)	21 (20)	84 (80)	21 (20)
<b>Baş ağrıları</b>	28 (26,7)	77 (73,3)	4 (3,8)	101 (96,2)
<b>Mide yakınmaları</b>	45 (42,9)	60 (57,1)	7 (6,7)	98 (93,3)
<b>Uyku güçlükleri</b>	47 (44,8)	58 (55,2)	36 (34,3)	69 (65,7)
<b>Sersemlik hissi</b>	30 (28,6)	75 (71,4)	20 (19)	85 (81)
<b>Güç kaybı</b>	62 (59)	43 (41)	46 (43,8)	59 (56,2)

Tablo 4.4 incelendiğinde; hastaların %52,4'ünün ağrı, %30,8'inin boğazda yanma, %3,8'inin bulantı, %93,3'ünün soluk almada güçlük, %26,7'sinin kilo kaybı, %79'unun yorgunluk, %20'sinin eklem sertliği, %10,5'inin gözlerde yanma, %80'inin hırıltılı soluma, %26,7'sinin baş ağrısı, %42,9'unun mide yakınmaları, %44,8'inin uyku güçlükleri, %28,6'sının sersemlik hissi ve %59'unun güç kaybı yaşadıkları belirlenmiştir.

Hastaların %13,3'ü ağrı, %29,5'i boğazda yanma, %3,8'i bulantı, %93,3'ü soluk almada güçlük, %7,6'sı kilo kaybı, %73,3'ü yorgunluk, %80'i hırıltılı soluma, %3,8'i baş ağrısı, %6,7'si mide yakınmaları, %34,3'ü uyku güçlükleri, %19'u sersemlik hissi ve %43,8'i güç kaybı belirtilerini hastalıkları ile ilişkili bulduklarını ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.5.** Sosyodemografik verilere göre Hastalık Algısı Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı (s=105).

	Hastalık Belirtileri	Hastalık Hakkındaki Görüşler							Hastalık Nedenleri				
		Süre (akut/kronik)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlayabilme	Süre (döngüsel)	Duygusal temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Faktörleri	Bağıışıklık	Kaza veya Şans	
		Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
<b>Yaş</b>													
30-50 yaş	3 (1-8)	18 (16-20)	15 (11-26)	20 (16-21)	18 (13-19)	12 (11-18)	14 (11-16)	14 (9-26)	12 (6-18)	16 (12-25)	9 (5-12)	2 (2-6)	
51-70 yaş	4 (1-8)	18 (11-26)	17,5 (10-26)	19 (10-22)	17 (12-21)	15 (8-22)	16 (8-20)	18 (7-26)	14,5 (6-25)	18 (7-27)	9 (3-12)	4 (2-6)	
71 ve üzeri	5 (1-7)	18 (17-19)	19,5 (11-26)	18 (14-20)	16,5 (14-19)	12 (8-18)	15 (13-18)	21 (14-26)	11,5 (6-16)	16 (10-24)	9 (5-11)	2 (2-4)	
	KW=3,557 p=0,169	KW=0,243 p=0,886	<b>KW=7,936</b> <b>p=0,019</b>	KW=4,531 p=0,104	KW=0,586 p=0,746	<b>KW=11,835</b> <b>p=0,003</b>	<b>KW=12,799</b> <b>p=0,002</b>	<b>KW=10,107</b> <b>p=0,006</b>	<b>F=7,244</b> <b>p=0,001</b>	F=1,302 p=0,276	KW=0,347 p=0,841	<b>KW=9,642</b> <b>p=0,008</b>	
<b>Cinsiyet</b>													
Kadın	4 (1-7)	18 (14-20)	16 (11-26)	19 (10-21)	17 (12-21)	15 (8-21)	15 (8-20)	18 (7-26)	14 (6-25)	17 (7-22)	9 (3-12)	3 (2-6)	
Erkek	4 (1-8)	18 (11-26)	17 (10-26)	19 (14-22)	17 (12-20)	12 (8-22)	16 (11-18)	14 (9-26)	13 (6-22)	18 (10-27)	8,5 (3-12)	3 (2-6)	
	U=1312,0 p=0,890	U=1201,0 p=0,371	U=1244,0 p=0,560	U=1210,0 p=0,405	U=1120,5 p=0,157	<b>U=974,5</b> <b>p=0,014</b>	U=1266,5 p=0,655	U=1232,0 p=0,499	<b>t=1,994</b> <b>p=0,049</b>	<b>t=-3,231</b> <b>p=0,002</b>	U=1320,0 p=0,932	U=1288,5 p=0,765	
<b>Medeni Durum</b>													
Evli	4 (1-8)	18 (11-26)	16 (10-26)	19 (10-22)	17 (12-21)	13 (8-19)	15 (8-20)	14 (7-26)	14 (6-25)	18 (7-27)	9 (3-12)	3 (2-6)	
Bekâr	5 (3-7)	18 (17-20)	18 (11-26)	18 (14-20)	16,5 (12-20)	17,5 (12-22)	16 (13-20)	22 (13-26)	15 (7-21)	16 (10-22)	9 (3-11)	3 (2-5)	
	<b>U=490,5</b> <b>p=0,012</b>	U=738,5 p=0,694	U=682,5 p=0,391	U=6576,0 p=0,067	U=665,0 p=0,305	<b>U=529,0</b> <b>p=0,023</b>	U=593,5 p=0,097	<b>U=496,0</b> <b>p=0,012</b>	t=-1,193 p=0,236	t=1,936 p=0,056	U=712,5 p=0,544	U=642,5 p=0,218	

U: Mann Whitney U test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, KW: Kruskal Wallis test istatistiği, F: Tek yönlü ANOVA test istatistiği, Dunn testi, p<0,05 Anlamlılık düzeyi



**Tablo 4.5.** Sosyodemografik verilere göre Hastalık Algısı Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı (s=105) (devam)

	Hastalık Belirtileri	Hastalık Hakkındaki Görüşler							Hastalık Nedenleri				
		Süre (akut/kronik)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlayabilme	Süre (döngüsel)	Duyusal temsiller	Psikolojik Atflar	Risk Faktörleri	Bağıışıklık	Kaza veya Şans	
		Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
<b>Eğitim Durumu</b>													
Okuryazar Değil	5 (1-7)	18 (17-19)	19,5 (11-26)	17,5 (14-21)	15,5 (12-21)	13,5 (8-22)	15 (13-20)	21 (13-26)	13,5 (6-18)	15 (7-22)	9 (3-11)	2,5 (2-6)	
İlkokul	4 (1-8)	18 (11-26)	16 (11-26)	19 (10-22)	18 (13-20)	15 (8-19)	16 (8-20)	14 (7-26)	15 (6-25)	18 (10-27)	8 (3-12)	3 (2-6)	
Ortaokul	4 (1-8)	18 (14-21)	16 (10-26)	18 (16-20)	17 (12-20)	15 (12-18)	15 (11-18)	16 (9-26)	14 (7-19)	20 (13-26)	9 (3-12)	4 (2-6)	
Lise ve Üniversite	3 (1-8)	19 (16-20)	16 (13-20)	20 (18-21)	18 (15-19)	12 (11-15)	15 (11-18)	14 (9-22)	12 (6-16)	17 (10-21)	8 (4-11)	2 (2-5)	
	KW=3,297 p=0,192	KW=4,540 p=0,209	KW=7,316 p=0,062	<b>KW=14,418</b> <b>p=0,002</b>	KW=7,221 p=0,065	<b>KW=11,763</b> <b>p=0,008</b>	KW=3,595 p=0,309	<b>KW=10,495</b> <b>p=0,015</b>	F=2,693 p=0,051	<b>F=4,186</b> <b>p=0,008</b>	KW=0,720 p=0,698	KW=5,330 p=0,070	
<b>Meslek</b>													
İşçi+Memur	2 (1-8)	18,5 (11-20)	16 (13-26)	20 (16-21)	18 (13-19)	12 (11-18)	15 (11-18)	14 (9-26)	13 (6-22)	18 (12-26)	9 (4-12)	3,5 (2-6)	
Serbest meslek	3,5 (1-8)	17 (16-20)	15 (10-16)	18,5 (16-20)	17 (14-20)	12 (12-18)	15 (11-18)	14 (9-21)	12,5 (6-18)	17 (10-25)	8 (3-12)	3 (2-6)	
Emekli	4 (2-8)	18 (17-26)	20,5 (11-26)	18 (14-20)	17,5 (12-20)	12 (8-22)	16 (13-18)	22 (10-26)	13 (9-21)	20 (10-26)	7,5 (3-11)	3 (2-4)	
Ev hanımı	4 (1-7)	18 (16-20)	16,5 (11-26)	19 (10-21)	16 (12-21)	15 (8-21)	15 (8-20)	19 (7-26)	14,5 (6-25)	16,5 (7-22)	9 (3-12)	3 (2-6)	
Çiftçi	5 (2-8)	19 (17-20)	19 (11-21)	18 (16-22)	17 14-19)	17 (12-18)	15 (13-17)	14 (13-24)	15 (6-21)	18 (14-27)	9 (5-12)	4 (2-6)	
	KW=4,095 p=0,129	KW=5,904 p=0,206	<b>KW=14,346</b> <b>p=0,006</b>	KW=7,720 p=0,102	KW=3,747 p=0,441	<b>KW=17,326</b> <b>p=0,002</b>	KW=2,369 p=0,668	<b>KW=9,847</b> <b>p=0,043</b>	F=1,033 p=0,394	<b>F=3,759</b> <b>p=0,007</b>	KW=1,541 p=0,463	KW=1,654 p=0,437	
<b>Yerleşim yeri</b>													
İlçe	3 (1-8)	18 (14-26)	16 (10-26)	19 (10-21)	17 (12-20)	13 (8-22)	15 (9-20)	14 (7-26)	13 (6-25)	17 (10-26)	8 (3-12)	3 (2-6)	
Köy	4 (1-8)	18 (11-20)	18 (11-26)	18,5 (14-22)	17 (12-21)	15 (8-19)	15 (8-20)	19,5 (13-26)	15 (6-22)	18 (7-27)	9 (3-12)	3 (2-6)	
	<b>U=943,0</b> <b>p=0,026</b>	U=1229,0 p=0,760	U=1090,5 p=0,222	U=1147,5 p=0,384	U=1215,0 p=0,693	U=1107,0 p=0,245	U=1217,5 p=0,703	U=1037,0 p=0,106	t=-1,409 p=0,162	t=-0,805 p=0,423	U=1094,5 p=0,228	U=1201,5 p=0,623	

U: Mann Whitney U test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, KW: Kruskal Wallis test istatistiği, F: Tek yönlü ANOVA test istatistiği, Dunn testi, p<0,05 Anlamlılık düzeyi

**Tablo 4.5.** Sosyodemografik verilere göre Hastalık Algısı Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı (s=105) (devam)

	Hastalık Belirtileri	Hastalık Hakkındaki Görüşler							Hastalık Nedenleri				
		Süre (akut/kronik)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlayabilme	Süre (döngüsel)	Duygusal temsiller	Psikolojik Atflar	Risk Faktörleri	Bağışıklık	Kaza veya Şans	
		Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
<b>Aylık gelir durumu</b>													
Gelir giderden az	5 (2-8)	18 (16-19)	18 (15-26)	18 (14-22)	16 (12-19)	16 (12-21)	16 (11-20)	20 (10-26)	15 (6-25)	18 (13-22)	9 (5-11)	4 (2-6)	
Gelir gidere eşit	4 (1-8)	18 (11-26)	17 (10-26)	19 (10-21)	17 (12-21)	14 (8-22)	15 (8-20)	14 (7-26)	14 (6-22)	18 (7-27)	8 (3-12)	3 (2-6)	
Gelir giderden fazla	2 (1-8)	19 (17-20)	15 (11-21)	20 (12-20)	17 (16-19)	12 (12-15)	15 (11-17)	14 (12-22)	10 (6-13)	16 (10-20)	7 (3-11)	2 (2-4)	
	KW=4,092 p=0,129	KW=0,445 p=0,801	<b>KW=6,703</b> <b>p=0,035</b>	KW=4,274 p=0,118	<b>KW=10,322</b> <b>p=0,006</b>	<b>KW=10,423</b> <b>p=0,005</b>	KW=0,923 p=0,630	KW=3,434 p=0,180	<b>F=4,440</b> <b>p=0,014</b>	F=2,098 p=0,128	KW=3,084 p=0,214	<b>KW=11,904</b> <b>p=0,003</b>	
<b>İsınma şekli</b>													
Kalorifer	4 (1-8)	18 (14-21)	15,5 (10-26)	20 (14-21)	17 (10-20)	12 (10-22)	15 (11-20)	14 (9-26)	12 (6-21)	18 (10-25)	9 (3-12)	3 (2-6)	
Soba	4 (1-8)	18 (11-26)	18 (11-26)	18 (10-22)	17 (12-21)	15 (8-19)	15 (8-20)	19 (7-26)	14 (6-25)	18 (7-27)	8 (3-12)	3 (2-6)	
	U=1106,0 p=0,486	U=1091,0 p=0,409	<b>U=860,5</b> <b>p=0,017</b>	<b>U=871,0</b> <b>p=0,017</b>	U=1079,5 p=0,372	U=1008,5 p=0,154	U=1183,0 p=0,865	U=981,0 p=0,112	<b>t=-2,301</b> <b>p=0,023</b>	t=-0,269 p=0,789	U=1177,5 p=0,838	U=1000,0 p=0,144	
<b>Ailede birlikte yaşadığı kişiler</b>													
Yalnız	4,5 (3-7)	18 (17-20)	17 (11-25)	18,5 (14-20)	17,5 (14-20)	16,5 (12-18)	16 (14-17)	20 (13-26)	17,5 (10-21)	17 (10-22)	8,5 (3-11)	3 (2-5)	
Eş	4 (1-8)	18 (16-26)	18 (10-26)	18 (10-21)	17 (12-21)	15 (8-18)	16 (9-20)	18 (7-26)	14 (6-25)	18 (7-27)	8 (3-11)	3 (2-6)	
Çocuklar	5 (2-7)	18 (17-19)	22 (11-26)	16,5 (14-18)	15 (12-18)	17,5 (12-22)	15,5 (13-20)	24,5 (13-26)	13,5 (9-18)	16 (14-20)	9 (3-11)	2,5 (2-5)	
Eş ve Çocuklar	4 (1-8)	18 (11-20)	15,5 (11-26)	20 (16-22)	17 (13-19)	12 (11-19)	15 (8-18)	14 (9-26)	13,5 (6-22)	18 (10-26)	9 (3-12)	3 (2-6)	
	KW=5,184 p=0,075	KW=1,013 p=0,603	KW=2,862 p=0,239	KW=5,297 p=0,071	<b>KW=7,752</b> <b>p=0,021</b>	KW=2,667 p=0,264	KW=0,443 p=0,801	<b>KW=6,175</b> <b>p=0,046</b>	KW=5,438 p=0,066	KW=0,092 p=0,955	KW=1,443 p=0,486	KW=2,718 p=0,257	

U: Mann Whitney U test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, KW: Kruskal Wallis test istatistiği, F: Tek yönlü ANOVA test istatistiği, Dunn testi, p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Tablo 4.5’de hastaların Hastalık Algısı Ölçeği alt boyut puanlarının sosyodemografik verilere göre dağılımı verilmiştir. Yaş değişkenine göre HAÖ puanlarına bakıldığında; sonuçlar, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller, psikolojik atıflar ve kaza veya şans alt boyutlarının yaş değişkeninden etkilendiği belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Sonuçlar ve duygusal temsiller alt boyut ortanca puanlarının 71 ve üzeri yaştaki hastalarda anlamlı olarak yüksek olduğu bulunurken, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), psikolojik atıflar ve kaza veya şans alt boyutları ortanca puanlarının 51-70 yaş aralığında olan hastalarda anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların cinsiyetine göre HAÖ alt boyutlarının ortanca değerleri karşılaştırıldığında; hastalığı anlayabilme ve psikolojik atıflar alt boyut ortanca puanlarının kadın hastalarda anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenirken, risk faktörleri alt boyutunun ortanca değerinin erkek hastalarda anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre HAÖ alt boyutları değerlendirildiğinde; bekâr hastaların hastalık belirtileri, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller alt boyut ortanca değerlerinin evli olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların eğitim durumuna göre HAÖ alt boyutlarının ortanca değerleri arasında yapılan analizde; kişisel kontrol, hastalığı anlayabilme, duygusal temsiller ve risk faktörleri alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde, farkın lise ve üniversite mezunu olan hastalardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların mesleklerine göre HAÖ alt boyutlarının ortanca puanları arasında yapılan analizde; sonuçlar, hastalığı anlayabilme, duygusal temsiller ve risk faktörleri alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sonuçlar, duygusal temsiller ve risk faktörleri alt boyutlarında emekli hastalar en yüksek ortanca değerine sahipken, hastalığı anlayabilme alt boyutunda çiftçi hastalar en yüksek ortanca puanına sahip olan grubu oluşturmuştur.

Hastaların yerleşim yerlerine göre HAÖ alt boyutları değerlendirildiğinde; hastalık belirtileri alt boyutunda köyde yaşayan hastaların ortanca puanının, ilçede yaşayan hastalara göre yüksek olduğu tespit edilmiş olup ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların aylık gelir durumlarına göre HAÖ alt boyut ortanca puan değerlerine bakıldığında; sonuçlar, hastalığı anlayabilme, psikolojik atıflar ve kaza veya şans alt boyutlarında geliri giderinden az olan hastaların ortanca puanı en yüksek değere sahipken, tedavi kontrolü alt boyutunda ise gelir durumunun arttıkça hastaların ortanca puanının arttığı gözlenmiştir. Aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Yapılan ileri analizde bu farkın geliri giderinden az olan hastalardan kaynaklandığı sonucuna varılmıştır.

Hastaların ısınma şekillerine göre HAÖ alt boyut ortanca değerleri arasında yapılan analizde sonuçlar, kişisel kontrol ve psikolojik atıflar alt boyut ortanca puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Sonuçlar ve psikolojik atıflar alt boyutlarında kalorifer ile ısınan hastaların ortanca değerleri soba ile ısınan hastaların ortanca değerlerinden anlamlı olarak düşük bulunurken, kişisel kontrol alt boyutunda kalorifer ile ısınan hastaların ortanca puanı yüksek bulunmuştur.

Hastaların ailede birlikte yaşadığı kişilere göre HAÖ puanlarına bakıldığında; tedavi kontrolü alt boyutunda yalnız yaşayan hastaların ortanca puanı yüksek bulunurken, duygusal temsiller alt boyutunda çocukları ile yaşayan hastaların ortanca puanının yüksek olduğu tespit edilmiş olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4.6.** Hastalığa ilişkin verilere göre Hastalık Algısı Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı (s=105).

	Hastalık Belirtileri	Hastalık Hakkındaki Görüşler							Hastalık Nedenleri				
		Süre (akut/kronik)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlayabilme	Süre (düzensel)	Duygusal temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Faktörleri	Bağıışıklık	Kaza veya Şans	
		Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
<b>KOAH tanısı alma süresi</b>													
0-5 yıl	3 (1-7)	18 (14-20)	15 (11-20)	20 (16-21)	17,5 (13-19)	12 (10-19)	15 (8-19)	14 (9-22)	13 (6-21)	17,5 (10-25)	8,5 (5-12)	3 (2-6)	
6-11 yıl	4 (1-8)	18 (16-21)	16 (10-26)	18 (10-22)	16,5 (13-20)	15 (8-18)	15 (9-20)	16 (7-26)	14 (6-25)	18 (10-26)	9 (3-12)	4 (2-6)	
12-17 yıl	5 (2-8)	18 (11-22)	18 (11-25)	19,5 (16-20)	18 (12-20)	12 (12-18)	16 (13-18)	16 (13-26)	15 (9-22)	17,5 (10-27)	8 (3-12)	3 (2-6)	
18 yıl üzeri	4 (1-7)	18 (18-26)	23 (13-26)	16 (14-20)	17 (12-21)	12 (8-22)	16 (14-20)	22 (13-26)	13 (6-18)	18 (7-24)	7 (3-11)	3 (2-5)	
	<b>KW=12,508</b> <b>p=0,006</b>	KW=0,669 p=0,880	<b>KW=19,421</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=16,593</b> <b>p=0,001</b>	KW=2,328 p=0,507	KW=3,546 p=0,315	<b>KW=10,608</b> <b>p=0,014</b>	<b>KW=21,813</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>F=2,930</b> <b>p=0,037</b>	F=0,262 p=0,853	KW=5,300 p=0,151	KW=2,616 p=0,455	
<b>KOAH tedavisi görme süresi</b>													
0-5 yıl	3 (1-7)	18 (14-20)	15 (10-20)	20 (16-21)	17,5 (13-20)	12 (10-19)	15 (8-19)	14 (9-22)	13 (6-21)	18,5 (10-25)	9 (5-12)	3 (2-6)	
6-11 yıl	4 (1-8)	18 (11-22)	18 (11-26)	18 (10-22)	16 (13-19)	15 (8-18)	15 (9-20)	18 (7-26)	14 (6-25)	18 (10-27)	9 (3-12)	4 (2-6)	
12-17 yıl	5 (2-8)	18 (16-20)	17 (11-23)	20 (16-20)	18 (12-20)	12 (12-18)	16 (13-18)	14 (13-26)	14 (9-21)	17 (10-22)	7 (3-11)	3 (2-6)	
18 yıl üzeri	4 (1-7)	18 (18-26)	23 (13-26)	16 (14-20)	17 (12-21)	12 (8-22)	16 (14-20)	22 (13-26)	13 (6-18)	18 (7-24)	7 (3-11)	3 (2-5)	
	<b>KW=9,313</b> <b>p=0,025</b>	KW=0,564 p=0,905	<b>KW=20,115</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=17,110</b> <b>p=0,001</b>	KW=5,141 p=0,162	KW=2,667 p=0,446	<b>KW=10,151</b> <b>p=0,017</b>	<b>KW=19,116</b> <b>p&lt;0,001</b>	F=1,537 p=0,210	F=0,724 p=0,540	KW=6,444 p=0,092	KW=3,421 p=0,331	
<b>Sigara içme durumu</b>													
Halen sigara içiyorum	4 (1-8)	18 (11-26)	16 (10-26)	20 (16-21)	17 (14-20)	13 (11-18)	15 (11-18)	14 (9-26)	14 (6-22)	20 (14-27)	8 (3-12)	4 (2-6)	
Kullandım -bıraktım	4 (1-8)	18,5 (16-26)	17,5 (11-26)	18 (14-20)	17,5 (14-20)	12 (12-22)	16 (11-18)	14 (9-26)	12 (6-21)	19,5 (12-26)	8 (3-11)	3 (2-6)	
Hiç sigara kullanmadım	4 (1-8)	18 (16-20)	16,5 (11-26)	19 (10-22)	17 (12-21)	15 (8-21)	15 (8-20)	18 (7-26)	14 (6-25)	15,5 (7-22)	9 (3-12)	3 (2-6)	
	KW=0,980 p=0,613	KW=0,287 p=0,866	KW=0,012 p=0,994	KW=1,510 p=0,470	KW=2,244 p=0,326	KW=1,262 p=0,532	KW=3,136 p=0,208	KW=0,920 p=0,631	<b>F=3,787</b> <b>p=0,026</b>	<b>F=17,757</b> <b>p&lt;0,001</b>	KW=5,214 p=0,157	KW=5,418 p=0,144	
<b>Halen sigara içenlerin sigara içme süreleri</b>													
20-29 yıl	3 (1-6)	18 (14-20)	15 (10-20)	20 (16-21)	17 (14-20)	12 (11-18)	15 (11-16)	14 (9-20)	13 (6-18)	18 (15-25)	8 (5-12)	3 (2-6)	
30-39 yıl	4,5 (2-8)	18,5 (11-21)	20 (14-25)	18 (16-20)	17,5 (15-19)	16 (12-18)	15 (12-17)	18,5 (13-24)	16 (9-22)	23 (14-26)	10 (5-12)	5 (2-6)	
40 yıl ve üzeri	4 (2-8)	18 (17-26)	20 (11-26)	20 (16-20)	18 (14-19)	12 (12-18)	16 (13-18)	17 (14-26)	15 (9-21)	19,5 (14-27)	7 (3-10)	3 (2-6)	
	F=1,620 p=0,219	KW=2,022 p=0,364	<b>F=3,882</b> <b>p=0,036</b>	<b>KW=6,749</b> <b>p=0,034</b>	KW=2,152 p=0,341	KW=4,380 p=0,112	KW=1,748 p=0,417	F=2,611 p=0,094	F=2,049 p=0,151	F=1,801 p=0,187	F=1,062 p=0,361	KW=3,779 p=0,151	

U: Mann Whitney U test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, KW: Kruskal Wallis test istatistiği, F: Tek yönlü ANOVA test istatistiği, Dunn testi, p<0,05 Anlamlılık düzeyi

**Tablo 4.6.** Hastalığa ilişkin verilere göre Hastalık Algısı Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı (s=105) (devam)

	Hastalık Belirtileri	Hastalık Hakkındaki Görüşler							Hastalık Nedenleri			
		Süre (akut/kronik)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlayabilme	Süre (düngüsel)	Duygusal temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Faktörleri	Bağıışıklık	Kaza veya Şans
		Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
<b>Ailede sigara içen kişiler</b>												
Var	4 (1-8)	18 (14-26)	17 (11-26)	18 (10-21)	16 (12-21)	15 (8-22)	15 (8-20)	15 (7-26)	13 (6-25)	18 (7-26)	8 (3-12)	3 (2-6)
Yok	4 (1-8)	18 (11-26)	16 (10-26)	19 (14-22)	17 (12-20)	12 (8-18)	16 (11-20)	14 (9-26)	14 (6-22)	18 (10-27)	9 (3-12)	3 (2-6)
	U=1177,0 p=0,582	U=1004,0 p=0,076	U=1063,5 p=0,190	U=1096,5 p=0,260	U=1131,0 p=0,384	<b>U=968,0</b> <b>p=0,041</b>	U=1066,0 p=0,184	U=1214,5 p=0,765	U=1195,0 p=0,672	t=-0,744 p=0,459	U=1078,0 p=0,222	U=1248,5 p=0,948
<b>Günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede yardıma ihtiyaç duyma durumu</b>												
Evet	5 (2-8)	18 (16-22)	20 (11-26)	18 (10-20)	17 (12-19)	12 (8-22)	16 (9-20)	22 (13-26)	14 (9-19)	17 (10-24)	9 (3-11)	3 (2-6)
Hayır	3,5 (1-8)	18 (11-26)	16 (10-25)	19 (14-22)	17 (13-21)	14,5 (8-19)	15 (8-20)	14 (7-24)	14 (6-25)	18 (7-27)	9 (3-12)	3 (2-6)
	<b>U=683,0</b> <b>p=0,002</b>	U=1019,0 p=0,536	<b>U=579,5</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>U=770,0</b> <b>p=0,013</b>	U=920,5 p=0,183	U=1098,5 p=0,979	U=892,5 p=0,122	<b>U=576,5</b> <b>p&lt;0,001</b>	t=0,105 p=0,917	t=0,751 p=0,455	U=998,5 p=0,453	U=1042,0 p=0,657
<b>KOAH'a ek bir kronik hastalığın varlığı</b>												
Evet	4 (1-8)	18 (16-26)	19 (11-26)	19 (14-21)	16 (12-19)	15 (12-22)	16 (8-20)	20 (10-26)	15 (6-25)	18 (10-27)	9 (3-11)	3 (2-6)
Hayır	4 (1-8)	18 (11-22)	16 (10-26)	19 (10-22)	17 (12-21)	12 (8-18)	15 (9-19)	14 (7-26)	13,5 (6-22)	17 (7-26)	8,5 (3-12)	3 (2-6)
	U=1063,5 p=0,099	U=1278,5 p=0,819	<b>U=981,5</b> <b>p=0,029</b>	U=1247,5 p=0,660	<b>U=993,5</b> <b>p=0,032</b>	<b>U=976,0</b> <b>p=0,021</b>	U=1163,0 p=0,313	<b>U=771,0</b> <b>p&lt;0,001</b>	t=1,578 p=0,118	t=0,621 p=0,536	U=1240,0 p=0,632	U=1184,5 p=0,388
<b>Evde oksijen tedavisi alma durumu</b>												
Evet	5 (4-8)	18 (18-18)	26 (17-26)	16 (10-20)	17 (13-21)	12 (8-22)	15 (9-18)	26 (13-26)	13 (9-16)	15 (7-24)	7 (3-11)	2 (2-5)
Hayır	4 (1-8)	18 (11-26)	16 (10-25)	19 (12-22)	17 (12-20)	14 (10-21)	15 (8-20)	14 (7-26)	14 (6-25)	18 (10-27)	9 (3-12)	3 (2-6)
	<b>U=153,0</b> <b>p=0,014</b>	U=273,0 p=0,349	<b>U=60,5</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>U=161,0</b> <b>p=0,015</b>	U=332,0 p=0,885	U=316,0 p=0,716	U=294,0 p=0,516	<b>U=103,0</b> <b>p=0,002</b>	t=-0,668 p=0,506	t=-1,708 p=0,091	U=282,0 p=0,428	U=266,5 p=0,311

U: Mann Whitney U test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, KW: Kruskal Wallis test istatistiği, F: Tek yönlü ANOVA test istatistiği, Dunn testi, p<0,05 Anlamlılık düzeyi

**Tablo 4.6.** Hastalığa ilişkin verilere göre Hastalık Algısı Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı (s=105) (devam)

	Hastalık Belirtileri	Hastalık Hakkındaki Görüşler							Hastalık Nedenleri			
		Süre (akut/kronik)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlayabilme	Süre (döngüsel)	Duygusal temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Faktörleri	Bağıışıklık	Kaza veya Şans
		Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
<b>Geçtiğimiz bir yıl boyunca KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumu</b> Hiç yatmadım 1 veya 2 kez	3 (1-8) 4,5 (1-8) U=923,5 p=0,003	18 (14-22) 18 (11-26) U=1081,0 p=0,048	15 (10-22) 20 (11-26) t= -5,478 p<0,001	20 (12-22) 18 (10-20) U=974,0 p=0,007	17 (13-20) 17 (12-21) U=1270,0 p=0,483	12 (10-19) 15 (8-22) U=1200,5 p=0,235	15 (8-20) 15 (9-20) U=1243,0 p=0,376	14 (9-24) 20 (7-26) U=744,0 p<0,001	13 (6-21) 14 (6-25) U=1145,5 p=0,136	17 (10-25) 18 (7-27) U=1123,0 p=0,099	9 (3-12) 8,5 (3-12) U=1178,5 p=0,201	3 (2-6) 3 (2-6) U=1229,0 p=0,328
<b>KOAH ile ilgili hastaneye geldikçe bilgi alma durumu</b> Evet Hayır	4 (1-8) 4 (1-8) U=1114,0 p=0,214	18 (11-20) 18 (14-26) U=1275,0 p=0,864	16,5 (10-26) 17 (11-25) U=1215,5 p=0,576	19,5 (10-21) 18 (12-22) U=1124,0 p=0,227	18 (13-21) 17 (12-19) U=1028,0 p=0,066	12 (8-22) 15 (10-21) U=1143,0 p=0,277	15 (8-18) 15 (12-20) U=1262,0 p=0,796	14,5 (9-26) 14 (7-26) U=1269,5 p=0,836	13,5 (6-22) 14 (6-25) t=-0,192 p=0,848	18 (7-27) 18 (10-26) t=0,097 p=0,923	8,5 (3-12) 9 (3-12) U=1251,5 p=0,746	3 (2-6) 3 (2-6) U=1223,0 p=0,600
<b>İlaçlarımı düzenli kullanma durumu</b> Evet Hayır	4 (1-8) 4 (1-8) U=787,0 p=0,801	18 (11-26) 18 (14-20) U=683,5 p=0,248	16 (11-26) 18 (10-25) U=781,5 p=0,767	19 (10-22) 19 (14-20) U=756,0 p=0,598	17 (12-21) 17 (12-20) U=793,0 p=0,838	14,5 (8-22) 12 (12-18) U=714,0 p=0,368	15 (8-20) 15 (13-18) U=813,5 p=0,976	14,5 (7-26) 14 (9-22) U=700,0 p=0,317	14 (6-25) 15 (6-20) t=-0,260 p=0,796	17,5 (7-27) 20 (13-26) t=-1,787 p=0,077	9 (3-12) 9 (4-12) U=794,5 p=0,850	3 (2-6) 3 (2-6) U=697,5 p=0,305

U: Mann Whitney U test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, KW: Kruskal Wallis test istatistiği, F: Tek yönlü ANOVA test istatistiği, Dunn testi, p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Tablo 4.6’da hastaların Hastalık Algısı Ölçeği alt boyut puanlarının hastalığa ilişkili verilere göre dağılımı verilmiştir. KOAH tanısı alma sürelerine göre HAÖ alt boyutları değerlendirildiğinde; hastalık belirtisi, sonuçlar, kişisel kontrol, süre (döngüsel), duygusal temsiller ve psikolojik atıflar alt boyutlarının ortanca puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kişisel kontrol alt boyutunda 18 ve üzeri yıl önce tanı almış olan hastaların ortanca değeri anlamlı olarak düşük iken, anlamlı farkın bulunduğu diğer alt boyutlarda ise 0-5 yıl önce tanı almış olan hastaların ortanca puanının anlamlı olarak düşük olduğu bulgusu elde edilmiştir.

Hastaların KOAH tedavisi görme sürelerine göre HAÖ alt boyutlarının ortanca değerleri karşılaştırıldığında; bu değişkene göre hastalık belirtisi, sonuçlar, kişisel kontrol, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt boyutlarının ortanca puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kişisel kontrol alt boyutunda 18 ve üzeri yıldır tedavi gören hastaların ortanca puanının düşük olduğu bulgusu elde edilirken, hastalık belirtileri, sonuçlar, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt boyutlarında ise 0-5 yıldır tedavi gören hastaların ortanca puan değerinin düşük olduğu belirlenmiştir.

Sigara içme durumlarına göre incelendiğinde; psikolojik atıflar ve risk faktörleri alt boyutlarının sigara içme durumundan etkilendiği ve halen sigara içmekte olanların ortanca puanının yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Yapılan ileri analizde bu farklılığın 20-29 yıldan beri sigara içen hastalardan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Ailesinde sigara içen kişilerin varlığına göre HAÖ alt boyutları ortanca değerlerine bakıldığında; sadece hastalığı anlayabilme alt boyutunun ailede sigara içme durumundan etkilendiği ve ailesinde sigara içen kişilerin bulunması hastalığı anlayabilme alt boyut puanının bulunmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Hastaların günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede yardıma ihtiyaç duyma durumlarına göre HAÖ alt boyutlarının ortanca puanları karşılaştırıldığında; hastalık belirtileri, sonuçlar, kişisel kontrol ve duygusal temsiller alt boyutları ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir ( $p<0,05$ ). Hastalık



belirtileri, sonuçlar ve duygusal temsiller alt boyutlarında yardıma ihtiyaç duyan hastaların ortanca değeri yüksek bulunurken, kişisel kontrol alt boyutunda ise yardıma ihtiyaç duymayan hastaların ortanca puanı yüksek bulunmuştur.

KOAH'tan başka ek bir hastalığı bulunma durumuna göre HAÖ alt boyutları ortanca değerleri karşılaştırılmış olup, sonuçlar, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Tedavi kontrolü alt boyutunda ek kronik hastalığı olmayan bireylerin ortanca puanı yüksek bulunurken, farkın bulunduğu diğer alt boyutlarda ek kronik hastalığı olan bireylerin ortanca puan değeri yüksek bulunmuştur.

Hastaların evde oksijen tedavisi alma durumlarına göre HAÖ puanlarına bakıldığında; hastalık belirtisi, sonuçlar, kişisel kontrol ve duygusal temsiller alt boyutlarının evde oksijen tedavisi alma durumundan etkilendiği belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Kişisel kontrol alt boyutunda evde oksijen tedavisi almayan bireylerin ortanca puanı yüksek bulunurken, hastalık belirtisi, sonuçlar ve duygusal temsiller alt boyutlarında ise evde oksijen tedavisi alan bireylerin ortanca değerinin anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.

KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumlarına göre HAÖ alt boyutları değerlendirildiğinde; hastalık belirtileri, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol ve duygusal temsiller alt boyutları ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hastalık belirtileri, sonuçlar ve duygusal temsiller alt boyutlarında hastanede 1 veya 2 kez yatanların ortanca puanları yüksek bulunurken, kişisel kontrol alt boyutunda hastanede hiç yatmayan hastaların ortanca değerinin anlamlı olarak yüksek olduğu bulgusu elde edilmiştir. Süre (akut/kronik) alt boyutunda ise ortanca değerlerinin her iki durumda eşit olduğu belirlenmiştir.

KOAH ile ilgili bilgi alma durumlarına göre HAÖ alt boyutları ortanca değerleri karşılaştırılmış olup, tüm alt boyutların değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumlarına göre HAÖ alt boyut ortanca puanları karşılaştırıldığında; tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.7.** Sosyodemografik verilere göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı (s=105).

	Fiziksel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Emosyonel Rol Güçlüğü	Mental Sağlık	Zindelik/Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Anlayışı
	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
<b>Yaş</b>								
30-50 yaş	25 (14-27)	10 (4-10)	4 (0-4)	3 (0-3)	24 (13-29)	16 (6-18)	11 (8-11)	17 (9-19)
51-70 yaş	19 (10-30)	8 (4-10)	0 (0-4)	1 (0-3)	22 (13-28)	12 (4-18)	9,5 (4-11)	12 (7-20)
71 ve üzeri	14 (10-27)	6 (4-10)	0 (0-4)	0 (0-3)	24 (13-29)	7 (6-14)	6,5 (4-10)	10,5 (7-15)
	<b>KW=22,271</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=19,506</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=25,463</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=21,694</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=9,598</b> <b>p=0,008</b>	<b>KW=29,015</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=20,914</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=24,391</b> <b>p&lt;0,001</b>
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	19 (12-27)	9 (4-10)	1 (0-4)	1 (0-3)	23 (13-29)	12 (6-17)	9 (4-11)	12 (9-19)
Erkek	20 (10-30)	8,5 (4-10)	0 (0-4)	0,5 (0-3)	22 (13-29)	12 (4-18)	10 (4-11)	13 (7-20)
	U=1265,0 p=0,657	U=1281,5 p=0,731	U=1270,5 p=0,660	U=1271,5 p=0,667	t=1,277 p=0,204	U=1260,5 p=0,635	U=1233,5 p=0,509	U=1271,0 p=0,684
<b>Medeni Durum</b>								
Evlü	20 (10-30)	9 (4-10)	1 (0-4)	1 (0-3)	23 (13-29)	13 (6-18)	10 (4-11)	13 (7-20)
Bekar	16,5 (10-23)	7,5 (4-10)	0 (0-2)	0 (0-3)	22 (13-28)	10,5 (4-16)	8 (4-11)	11,5 (7-17)
	<b>U=394,5</b> <b>p=0,001</b>	<b>U=480,0</b> <b>p=0,008</b>	<b>U=483,5</b> <b>p=0,006</b>	<b>U=502,5</b> <b>p=0,010</b>	t=1,507 p=0,135	<b>U=411,0</b> <b>p=0,001</b>	<b>U=462,0</b> <b>p=0,005</b>	<b>U=461,0</b> <b>p=0,006</b>
<b>Eğitim Durumu</b>								
Okuryazar Değil	14 (10-27)	6 (4-10)	0 (0-3)	0 (0-3)	22 (13-28)	6,5 (4-16)	6 (4-10)	10 (7-14)
İlkokul	19 (13-27)	9 (4-10)	1 (0-4)	1 (0-3)	22 (17-29)	12 (6-18)	9 (4-11)	13 (9-19)
Ortaokul	22 (13-30)	9 (4-10)	1 (0-4)	1 (0-3)	21 (13-26)	12 (6-18)	10 (6-11)	13 (7-20)
Lise ve Üniversite	25 (18-27)	10 (8-10)	4 (0-4)	3 (0-3)	25 (20-28)	16 (12-18)	10 (9-11)	17 (12-20)
	<b>KW=31,484</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=27,280</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=22,065</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=19,150</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=8,623</b> <b>p=0,035</b>	<b>KW=33,586</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=25,274</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=27,669</b> <b>p&lt;0,001</b>
<b>Meslek</b>								
İşçi+Memur	22 (13-27)	9,5 (4-10)	2,5 (0-4)	3 (0-3)	23,5 (13-27)	14,5 (6-18)	10 (6-11)	15,5 (9-19)
Serbest meslek	24 (20-30)	9 (5-10)	2 (0-4)	2,5 (0-3)	22 (20-25)	14,5 (6-18)	10 (8-11)	15 (12-20)
Emekli	15 (10-24)	6,5 (4-10)	0 (0-4)	0 (0-3)	21 (13-27)	8 (4-14)	7 (4-11)	11 (7-20)
Ev hanımı	18,5 (12-27)	9 (4-10)	1 (0-4)	1 (0-3)	23 (13-29)	12 (6-17)	9 (4-11)	12 (9-19)
Çiftçi	19 (14-26)	9 (6-10)	0 (0-4)	1 (0-3)	22 (17-29)	12 (9-18)	8 (5-11)	13 (9-19)
	<b>KW=26,116</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=22,318</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=24,609</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=30,055</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=7,387</b> <b>p=0,117</b>	<b>KW=35,904</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=20,526</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=20,358</b> <b>p&lt;0,001</b>

U: Mann Whitney U Test İstatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, KW: Kruskal Wallis Test İstatistiği, p<0,05 Anlamlılık düzeyi

**Tablo 4.7.** Sosyodemografik verilere göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı (s=105) (devam)

	Fiziksel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Emosyonel Rol Güçlüğü	Mental Sağlık	Zindelik/Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Anlayışı
	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
<b>Yerleşim Yeri</b> İlçe Köy	21 (10-30) 17,5 (10-25) <b>U=848,0</b> <b>p=0,004</b>	9 (4-10) 8 (4-10) U=1141,0 p=0,368	1 (0-4) 0 (0-4) <b>U=951,5</b> <b>p=0,020</b>	2 (0-3) 0 (0-3) <b>U=920,5</b> <b>p=0,012</b>	23 (13-29) 22 (13-29) U=1216,5 p=0,705	13 (4-18) 11 (6-18) <b>U=969,5</b> <b>p=0,042</b>	10 (4-11) 8 (5-11) <b>U=955,5</b> <b>p=0,031</b>	13 (7-20) 12 (9-19) <b>U=980,0</b> <b>p=0,049</b>
<b>Aylık gelir durumu</b> Gelir giderden az Gelir gidere eşit Gelir giderden fazla	17 (12-25) 20 (10-30) 24 (10-27) <b>U=9,005</b> <b>p=0,011</b>	8 (4-10) 9 (4-10) 9 (7-10) <b>U=8,958</b> <b>p=0,011</b>	0 (0-4) 1 (0-4) 4 (0-4) U=5,929 p=0,052	0 (0-3) 1 (0-3) 3 (0-3) <b>U=6,690</b> <b>p=0,035</b>	22 (13-28) 23 (13-29) 24 (20-29) U=5,077 p=0,079	11 (6-16) 12 (4-18) 14 (8-18) <b>U=7,689</b> <b>p=0,021</b>	8 (4-11) 10 (4-11) 10 (6-11) U=4,574 p=0,102	11 (9-19) 13 (7-20) 15 (10-20) <b>U=7,473</b> <b>p=0,024</b>
<b>Isınma şekli</b> Kalorifer Soba	24 (10-30) 18 (10-27) <b>U=644,0</b> <b>p&lt;0,001</b>	9 (4-10) 8 (4-10) <b>U=852,0</b> <b>p=0,013</b>	2 (0-4) 0 (0-4) <b>U=842,0</b> <b>p=0,007</b>	3 (0-3) 0 (0-3) <b>U=825,0</b> <b>p=0,005</b>	23,5 (16-29) 22 (13-29) U=1059,5 p=0,310	14 (6-18) 12 (4-18) <b>U=819,5</b> <b>p=0,008</b>	10 (4-11) 9 (4-11) <b>U=874,0</b> <b>p=0,020</b>	16 (7-20) 12 (7-19) <b>U=706,0</b> <b>p=0,001</b>
<b>Ailede birlikte yaşadığı kişiler</b> Yalnız Eş Çocuklar Eş ve Çocuklar	17 (13-23) 19 (13-30) 13 (10-23) 22,5 (13-27) <b>KW=22,832</b> <b>p&lt;0,001</b>	8 (6-10) 9 (4-10) 4,5 (4-10) 9 (4-10) <b>KW=16,777</b> <b>p=0,001</b>	0 (0-2) 0 (0-4) 0 (0-2) 3,5 (0-4) <b>KW=17,199</b> <b>p=0,001</b>	0 (0-2) 1 (0-3) 0 (0-1) 3 (0-3) <b>KW=17,655</b> <b>p=0,001</b>	22 (13-28) 22 (13-29) 21 (16-27) 23 (13-29) KW=2,516 p=0,472	12 (6-13) 12 (6-18) 6 (4-16) 14 (6-18) <b>KW=23,654</b> <b>p&lt;0,001</b>	8 (6-11) 9 (4-11) 6 (4-10) 10 (6-11) <b>KW=18,641</b> <b>p&lt;0,001</b>	12 (7-17) 12 (9-20) 9,5 (8-13) 15 (7-19) <b>KW=18,818</b> <b>p&lt;0,001</b>

U: Mann Whitney U Test İstatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, KW: Kruskal Wallis Test İstatistiği, p&lt;0,05 Anlamlılık düzeyi

Tablo 4.7’de SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının sosyodemografik verilere göre dağılımı verilmiştir. Yaş değişkenine bakıldığında, yaşın tüm alt boyutları etkilediği ve 30-50 yaş aralığındaki hastaların tüm alt boyutlardaki ortanca puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Cinsiyet değişkeni ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Kadın ve erkek hastalarda benzer puan ortancaları gözlenmiştir.

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları değerlendirildiğinde; mental sağlık alt boyutu dışındaki alt boyutlarda evli ve bekâr hastaların ortanca değerleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bekâr hastaların tüm alt boyutlardaki ortanca puanlarının evli hastaların puanlarından anlamlı olarak düşük olduğu bulgusu elde edilmiştir.

Eğitim durumu ile ölçeğin tüm alt boyutları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Hastaların eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi alt boyutları ortanca değerlerinin arttığı gözlenmiştir.

Meslek değişkeninin mental sağlık alt boyutu dışındaki tüm alt boyutları etkilediği saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Emekli hastalar en düşük ortanca puan değerine sahip olan grubu oluşturmuştur.

Hastaların yerleşim yerine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları değerlendirildiğinde; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışı alt boyutlarında ilçede yaşayan hastaların ortanca puanlarının, köyde yaşayan hastalara göre yüksek olduğu tespit edilmiş olup, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Aylık gelir durumu ile fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, zindelik/yorgunluk ve genel sağlık anlayışı alt boyut ortanca puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Geliri giderinden fazla olan hastaların yaşam kalitesi puanlarının tüm alt boyutlarda yüksek olduğu gözlenmiştir.

Araştırmaya katılanların ısınma şekillerine göre yaşam kalitesi leği alt boyutları karşılaştırıldığında; kalorifer ile ısınan hastaların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol glđđ, emosyonel rol glđđ, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışı alt boyut ortanca puanlarının soba ile ısınan hastalara göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hastaların ailede birlikte yaşadığı kişilere göre, mental sağlık alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda hastaların ortanca değerleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan hastaların ortanca puanlarının, tüm alt boyutlarda en yüksek değere sahip olduğu tespit edilmiştir.



**Tablo 4.8.** Hastalığa ilişkin verilere göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı (s=105).

	Fiziksel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Emosyonel Rol Güçlüğü	Mental Sağlık	Zindelik/Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Anlayışı
	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
<b>KOAH tanısı alma süresi</b>								
0-5 yıl	24 (20-27)	10 (8-10)	4 (0-4)	3 (0-3)	24 (18-29)	16 (10-18)	11 (8-11)	17 (11-19)
6-11 yıl	19 (13-30)	9 (4-10)	1 (0-4)	2 (0-3)	22 (13-28)	12 (6-18)	10 (4-11)	12,5 (7-20)
12-17 yıl	18 (13-25)	7,5 (4-10)	0 (0-4)	0 (0-3)	22 (18-27)	12 (4-16)	8 (5-11)	12 (7-16)
18 yıl üzeri	13 (10-21)	6 (4-10)	0 (0-4)	0 (0-3)	22 (13-29)	6 (6-14)	6 (4-10)	10 (9-15)
	<b>KW=44,207</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=34,413</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=36,319</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=32,376</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=11,669</b> <b>p=0,009</b>	<b>KW=42,764</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=32,753</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=36,705</b> <b>p&lt;0,001</b>
<b>KOAH tedavisi görme süresi</b>								
0-5 yıl	24 (17-27)	10 (7-10)	4 (0-4)	3 (0-3)	24 (18-29)	16 (10-18)	11 (8-11)	17 (9-19)
6-11 yıl	19 (13-30)	9 (4-10)	1 (0-4)	1 (0-3)	22 (13-28)	12 (6-17)	10 (4-11)	12 (7-20)
12-17 yıl	18 (13-25)	8 (4-10)	0 (0-4)	0 (0-3)	22 (18-27)	12 (4-16)	8 (6-11)	12 (7-16)
18 yıl üzeri	13 (10-21)	6 (4-10)	0 (0-4)	0 (0-3)	22 (13-29)	6 (6-14)	6 (4-10)	10 (9-15)
	<b>KW=42,262</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=30,004</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=27,856</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=25,770</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=9,795</b> <b>p=0,020</b>	<b>KW=44,438</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=31,418</b> <b>p&lt;0,001</b>	<b>KW=35,704</b> <b>p&lt;0,001</b>
<b>Sigara içme durumu</b>								
Halen sigara içiyorum	23 (13-27)	9 (4-10)	1 (0-4)	1 (0-3)	22 (17-27)	13 (6-18)	10 (4-11)	14 (9-20)
Kullandım -bıraktım	18 (10-30)	8 (4-10)	0 (0-4)	0 (0-3)	23 (13-29)	12 (4-17)	8,5 (4-11)	12 (7-20)
Hiç sigara kullanmadım	19 (12-27)	9 (4-10)	1 (0-4)	1,5 (0-3)	23 (13-29)	12 (6-17)	9 (4-11)	12,5 (7-19)
	<b>KW=5,122</b> <b>p=0,077</b>	<b>KW=4,749</b> <b>p=0,093</b>	<b>KW=3,354</b> <b>p=0,187</b>	<b>KW=4,117</b> <b>p=0,128</b>	<b>KW=1,884</b> <b>p=0,390</b>	<b>KW=3,379</b> <b>p=0,185</b>	<b>KW=4,806</b> <b>p=0,090</b>	<b>KW=2,718</b> <b>p=0,257</b>
<b>Halen sigara içenlerin sigara içme süreleri</b>								
20-29 yıl	24 (20-27)	9 (5-10)	2 (0-4)	3 (0-3)	23 (17-27)	14 (6-18)	11 (9-11)	16 (11-19)
30-39 yıl	18,5 (13-26)	7 (6-10)	0 (0-4)	0,5 (0-3)	20,5 (19-23)	11 (9-18)	9,5 (6-11)	12,5 (9-17)
40 yıl ve üzeri	18,5 (13-25)	7,5 (4-10)	0,5 (0-4)	0 (0-3)	22,5 (17-25)	11 (6-18)	8 (4-11)	12,5 (9-17)
	<b>F=5,495</b> <b>p=0,011</b>	<b>KW=2,904</b> <b>p=0,234</b>	<b>KW=1,786</b> <b>p=0,409</b>	<b>KW=3,106</b> <b>p=0,212</b>	<b>F=1,044</b> <b>p=0,368</b>	<b>F=4,816</b> <b>p=0,017</b>	<b>KW=5,965</b> <b>p=0,051</b>	<b>F=2,213</b> <b>p=0,131</b>

U: Mann Whitney U test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, KW: Kruskal Wallis test istatistiği, F: Tek yönlü ANOVA test istatistiği, p&lt;0,05 Anlamlılık düzeyi

**Tablo 4.8.** Hastalığa ilişkin verilere göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı (s=105) (devam)

	Fiziksel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Emosyonel Rol Güçlüğü	Mental Sağlık	Zindelik/Yorgunluk	Ağrı	Genel Sağlık Anlayışı
	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
<b>Ailede sigara içen kişiler</b> Var Yok	18 (10-27) 20 (13-30) U=1081,0 p=0,234	8 (4-10) 9 (4-10) U=1018,5 p=0,100	0 (0-4) 1 (0-4) U=1194,0 p=0,643	1 (0-3) 1 (0-3) U=1159,5 p=0,478	22 (13-29) 23 (13-29) U=1017,5 p=0,105	12 (4-18) 12 (6-18) U=1129,0 p=0,384	9 (4-11) 10 (4-11) U=1196,5 p=0,674	12 (7-19) 13 (7-20) U=1092,0 p=0,263
<b>Günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede yardıma ihtiyaç duyma durumu</b> Evet Hayır	15 (10-24) 21 (10-30) U=540,5 p<0,001	6 (4-10) 9 (4-10) U=436,5 p<0,001	0 (0-4) 1,5 (0-4) U=617,0 p<0,001	0 (0-3) 2 (0-3) U=573,0 p<0,001	22 (13-27) 23 (13-29) U=948,5 p=0,269	8 (4-17) 13 (6-18) U=425,0 p<0,001	7 (4-11) 10 (4-11) U=524,5 p<0,001	11 (7-16) 14 (7-20) U=445,0 p<0,001
<b>KOAH'a ek bir kronik hastalığın varlığı</b> Evet Hayır	17 (10-27) 21 (10-30) U=817,0 p=0,001	8 (4-10) 9 (4-10) U=940,5 p=0,013	0 (0-4) 1,5 (0-4) U=911,0 p=0,004	0 (0-3) 2 (0-3) U=878,0 p=0,002	22 (13-29) 23 (13-29) U=1057,0 p=0,092	11 (6-18) 13 (4-18) U=828,0 p=0,001	8 (4-11) 10 (6-11) U=757,0 p<0,001	12 (7-18) 13 (7-20) U=929,0 p=0,011
<b>Evde oksijen tedavisi alma durumu</b> Evet Hayır	13 (10-16) 20 (10-30) U=62,5 p<0,001	4 (4-10) 9 (4-10) U=127,0 p=0,005	0 (0-1) 1 (0-4) U=189,0 p=0,032	0 (0-2) 1 (0-3) U=209,0 p=0,065	22 (13-25) 22 (13-29) U=265,0 p=0,314	6 (6-8) 12 (4-18) U=48,5 p<0,001	9 (4-10) 10 (4-11) U=227,5 p=0,130	9 (9-12) 13 (7-20) U=87,0 p=0,001
<b>Geçtiğimiz bir yıl boyunca KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumu</b> Hiç yatmadım 1 veya 2 kez	23 (14-30) 17 (10-27) U=546,0 p<0,001	9 (5-10) 7 (4-10) U=592,0 p<0,001	3 (0-4) 0 (0-4) U=582,0 p<0,001	3 (0-3) 0 (0-3) U=600,5 p<0,001	24 (13-29) 21,5 (13-28) t=3,788 p<0,001	14 (6-18) 10,5 (4-18) U=580,5 p<0,001	10 (4-11) 8 (4-11) U=771,5 p<0,001	16 (9-20) 11,5 (7-17) U=427,5 p<0,001

U: Mann Whitney U test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, KW: Kruskal Wallis test istatistiği, F: Tek yönlü ANOVA test istatistiği, p&lt;0,05 Anlamlılık düzeyi

**Tablo 4.8.** Hastalığa ilişkin verilere göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı (s=105) (devam)

	<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	<b>Sosyal Fonksiyon</b>	<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>	<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>	<b>Mental Sağlık</b>	<b>Zindelik/Yorgunluk</b>	<b>Ağrı</b>	<b>Genel Sağlık Anlayışı</b>
	<b>Med (Min-Max)</b>	<b>Med (Min-Max)</b>	<b>Med (Min-Max)</b>	<b>Med (Min-Max)</b>	<b>Med (Min-Max)</b>	<b>Med (Min-Max)</b>	<b>Med (Min-Max)</b>	<b>Med (Min-Max)</b>
<b>KOAH ile ilgili hastaneye geldikçe bilgi alma durumu</b>								
Evet	21,5 (10-27)	9 (4-10)	1 (0-4)	1,5 (0-3)	23 (13-28)	13 (6-18)	10 (4-11)	14 (9-20)
Hayır	19 (10-30)	8 (4-10)	0 (0-4)	1 (0-3)	22 (13-29)	12 (4-18)	9 (4-11)	12 (7-20)
	U=1147,5 p=0,313	U=1131,5 p=0,256	U=1229,5 p=0,615	U=1162,5 p=0,330	U=1175,5 p=0,409	U=1050,5 p=0,098	U=1088,5 p=0,155	U=1123,5 p=0,241
<b>İlaçlarını düzenli kullanma durumu</b>								
Evet	19 (10-27)	9 (4-10)	0,5 (0-4)	1 (0-3)	22 (13-29)	12 (4-18)	9 (4-11)	12,5 (7-20)
Hayır	22 (13-30)	9 (5-10)	1 (0-4)	0 (0-3)	23 (13-28)	12 (6-18)	10 (6-11)	13 (7-20)
	U=688,5 p=0,284	U=728,5 p=0,451	U=790,5 p=0,812	U=745,0 p=0,520	U=810,5 p=0,957	U=690,5 p=0,290	U=750,5 p=0,572	U=764,5 p=0,660

U: Mann Whitney U test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, KW: Kruskal Wallis test istatistiği, F: Tek yönlü ANOVA test istatistiği, p<0,05 Anlamlılık düzeyi



Tablo 4.8’de hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının hastalıkla ilişkili verilere göre dağılımı verilmiştir. KOAH tanısı alma sürelerine göre ölçeğin tüm alt boyutlarında hastaların ortanca puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hastaların KOAH tanısı alma süreleri arttıkça yaşam kalitesi ölçeği puanlarında anlamlı olarak düşme gözlemlendiği ve 0-5 yıl önce tanı almış olan hastaların ortanca değerlerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

KOAH tedavisi görme sürelerine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının ortanca değerleri karşılaştırıldığında; 0-5 yıl arası tedavi gören hastaların ölçeğin tüm alt boyutlarında en yüksek ortanca puanına sahip olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Hastaların tedavi süreleri arttıkça yaşam kalitesi ölçeği puanlarının düştüğü görülmüştür.

Sigara içme durumu ile SF-36 alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, halen sigara içmekte olan bireylerin sigara içme süreleri ile fiziksel fonksiyon ve zindelik/yorgunluk alt boyutları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). 20-29 yıldır sigara içen hastaların ortanca puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ailesinde sigara içen kişilerin varlığına göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastaların günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede yardıma ihtiyaç duyma durumlarının fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışı alt boyut ortanca değerlerini etkilediği belirlenmiş olup, yardıma ihtiyaç duymayan hastaların ortanca puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

KOAH dışı kronik hastalığı bulunma durumunun mental sağlık dışındaki tüm alt boyut puanlarını etkilediği ve ek kronik hastalığı bulunmadığını bildiren hastaların ortanca puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Hastaların evde oksijen tedavisi alma durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarına bakıldığında; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, zindelik/yorgunluk ve genel sağlık anlayışı alt boyutları ortanca değerleri arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir ( $p<0,05$ ). Evde oksijen tedavisi almayan hastaların ortanca puanları tüm alt boyutlarda yüksek bulunmuştur.

Geçtiğimiz bir yıl boyunca KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumunun yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutlarını etkilediği belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Tüm alt boyutlarda hastaneye hiç yatmayan bireylerin ortanca puanları yüksek bulunmuştur.

Hastaların KOAH ile ilgili bilgi alma durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ortanca puanları karşılaştırılmış olup, tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

İlaçlarını düzenli kullanma durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği puanlarına bakıldığında; tüm alt boyutların ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.9.** Hastalık Algısı Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin korelasyon analizi.

Hastalık Algısı		Hastalık Belirtileri	Hastalık Hakkındaki Görüşler							Hastalık Nedenleri			
			Süre (akut/kronik)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlayabilme	Süre (döngüsel)	Duygusal temsiller	Psikolojik Atıflar	Risk Faktörleri	Bağıışıklık	Kaza veya Şans
Fiziksel Fonksiyon	rho	-0.425	-0.085	-0.631	0.426	0.209	-0.248	-0.131	-0.746	-0.191	-0.125	-0.174	-0.102
	p	<0.001	0.391	<0.001	<0.001	<b>0.033</b>	<b>0.011</b>	0.184	<0.001	0.051	0.204	0.075	0.301
Sosyal Fonksiyon	rho	-0.425	<0.001	-0.590	0.334	0.250	-0.292	-0.085	-0.618	-0.087	-0.023	-0.240	-0.164
	p	<0.001	0.997	<0.001	<b>0.001</b>	<b>0.010</b>	<b>0.003</b>	0.391	<0.001	0.380	0.818	<b>0.014</b>	0.095
Fiziksel Rol Güçlüğü	rho	-0.457	-0.088	-0.547	0.228	0.162	-0.300	-0.153	-0.653	-0.216	-0.001	-0.230	-0.129
	p	<0.001	0.370	<0.001	<b>0.019</b>	0.099	<b>0.002</b>	0.118	<0.001	<b>0.027</b>	0.988	<b>0.018</b>	0.188
Emosyonel Rol Güçlüğü	rho	-0.460	-0.074	-0.523	0.300	0.256	-0.341	-0.049	-0.547	-0.252	-0.060	-0.328	-0.208
	p	<0.001	0.451	<0.001	<b>0.002</b>	<b>0.008</b>	<0.001	0.622	<0.001	<b>0.010</b>	0.541	<b>0.001</b>	<b>0.034</b>
Mental Sağlık	rho	-0.338	-0.028	-0.447	0.341	0.240	-0.325	-0.184	-0.367	-0.379	-0.020	-0.185	-0.309
	p	<0.001	0.775	<0.001	<0.001	<b>0.014</b>	<b>0.001</b>	0.060	<0.001	<b>0.000</b>	0.841	0.058	<b>0.001</b>
Zindelik/Yorgunluk	rho	-0.458	-0.04	-0.583	0.378	0.237	-0.233	-0.180	-0.651	-0.160	-0.024	-0.041	-0.033
	p	<0.001	0.682	<0.001	<0.001	<b>0.015</b>	<b>0.017</b>	0.066	<0.001	0.102	0.809	0.681	0.737
Ağrı	rho	-0.474	-0.029	-0.448	0.341	0.294	-0.264	-0.111	-0.536	-0.101	-0.092	-0.072	-0.094
	p	<0.001	0.769	<0.001	<0.001	<b>0.002</b>	<b>0.006</b>	0.260	<0.001	0.305	0.350	0.464	0.340
Genel Sağlık Anlayışı	rho	-0.494	-0.053	-0.619	0.424	0.276	-0.278	-0.109	-0.615	-0.195	-0.048	-0.165	-0.184
	p	<0.001	0.594	<0.001	<0.001	<b>0.004</b>	<b>0.004</b>	0.268	<0.001	<b>0.046</b>	0.626	0.093	0.060

rho: Spearman Korelasyon katsayısı, p<0,05 Anlamlılık düzeyi

Tablo 4.9’da araştırmaya katılan hastaların hastalık algısı ölçeği alt boyut puanları ile SF-36 yaşam kalitesi ölçek alt boyutlarının korelasyon analizi verilmiştir. HAÖ’nün hastalık belirtileri bölümü ile yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışı alt boyutları arasında düşük negatif yönlü ilişki olduğu bulunmuştur (rho sırasıyla=-0,425, -0,425, -0,457, -0,460, -0,338, -0,458, -0,474, -0,494,  $p<0,05$ ).

HAÖ’nün süre (akut/kronik) alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

HAÖ’nün sonuçlar alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, zindelik/yorgunluk ve genel sağlık anlayışı alt boyutları arasında orta negatif yönlü ilişki (rho sırasıyla=-0,631, -0,590, -0,547, -0,523, -0,583, -0,619,  $p<0,05$ ), mental sağlık ve ağrı alt boyutları ile arasında düşük negatif yönlü ilişki saptanmıştır (rho sırasıyla=-0,447, -0,448,  $p<0,05$ ).

HAÖ’nün kişisel kontrol alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışı alt boyutları arasında düşük pozitif yönlü ilişki (rho sırasıyla= 0,426, 0,334, 0,300, 0,341, 0,378, 0,341, 0,424,  $p<0,05$ ), fiziksel rol güçlüğü alt boyutu ile arasında zayıf pozitif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir (rho= 0,228,  $p<0,05$ ).

HAÖ’nün tedavi kontrolü alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışı alt boyutları arasında zayıf pozitif yönlü ilişki (rho sırasıyla= 0,209, 0,250, 0,256, 0,240, 0,237, 0,294, 0,276,  $p<0,05$ ) olduğu bulunurken, fiziksel rol güçlüğü ile aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

HAÖ’nün hastalığı anlayabilme alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışı alt boyutları arasında zayıf negatif yönlü ilişki (rho sırasıyla=-0,248, -0,292, -0,233, -0,264, -0,278,  $p<0,05$ ), fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık

ile aralarında düşük negatif yönlü ilişki tespit edilmiştir (rho sırasıyla=-0,300, -0,341, -0,325,  $p<0,05$ ).

HAÖ'nün süre (döngüsel) alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

HAÖ'nün duygusal temsiller alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon alt boyutu arasında kuvvetli negatif yönlü ilişki (rho=-0,746,  $p<0,05$ ), sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışı alt boyutları ile arasında orta negatif yönlü ilişki (rho sırasıyla=-0,618, -0,653, -0,547, -0,651, -0,536, -0,615,  $p<0,05$ ), mental sağlık alt boyutu ile arasında düşük negatif yönlü ilişki (rho=-0,367,  $p<0,05$ ) olduğu belirlenmiştir.

HAÖ'nün psikolojik atıflar alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve genel sağlık anlayışı alt boyutları ile arasında zayıf negatif yönlü ilişki (rho sırasıyla=-0,216, -0,252, -0,195,  $p<0,05$ ), mental sağlık alt boyutu ile arasında düşük negatif yönlü ilişki (rho=-0,379,  $p<0,05$ ) olduğu bulunmuştur. Psikolojik atıflar alt boyutu ile fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, zindelik/yorgunluk ve ağrı alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

HAÖ'nün risk faktörleri alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

HAÖ'nün bağışıklık alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyon ve fiziksel rol güçlüğü alt boyutları arasında zayıf negatif yönlü ilişki (rho sırasıyla=-0,240, -0,230,  $p<0,05$ ), emosyonel rol güçlüğü alt boyutu ile arasında düşük negatif yönlü ilişki olduğu görülmüştür. Bağışıklık alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışı alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

HAÖ'nün kaza veya şans alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin emosyonel rol güçlüğü alt boyutu ile arasında zayıf negatif yönlü ilişki (rho=-0,208,  $p<0,05$ ), mental sağlık alt boyutu ile arasında düşük negatif yönlü ilişki (rho=-0,309,  $p<0,05$ )

olduğu belirlenirken, yaşam kalitesi leğinin diğer alt boyutları ile arasında bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).



## 5. TARTIŞMA

Araştırmaya katılan KOAH hastalarının hastalık algısı ölçeği hastalık belirtileri boyutu puan ortalaması  $4,1 \pm 2,0$  olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, hastaların hastalığın başlangıcından beri ortalama dört belirti tecrübe ettiklerini ve bu belirtileri hastalıklarıyla ilişkili bulduklarını göstermektedir. Weldam ve ark. (2014)'nin çalışmasında KOAH hastalarının ortalama dört belirti, Tiemensma ve ark. (2016)'nin çalışmasında ortalama beş belirti, Bonsaksen ve ark. (2014)'nin çalışmasında ortalama altı belirti, Ekenlerin (2017)'in çalışmasında ise KOAH hastalarının ortalama yedi belirti yaşadığı ve hastalıklarıyla ilişkili oldukları belirlenmiştir.

Solunum güçlüğü, hırıltılı soluma ve yorgunluğun KOAH'ta ortaya çıkan belirtilerin arasında sayıldığı görülmektedir (GOLD, 2018; Türk Toraks Derneği, 2014). Hastalar, hastalığın başlangıcından bu yana en fazla soluk almada güçlük, hırıltılı soluma ve yorgunluk belirtilerini yaşadıklarını ve en fazla solunum güçlüğü belirtisini hastalıklarıyla ilişkili bulduklarını ifade etmişlerdir. Bu bulgular literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Ekenler, 2017; Miravittles ve Ribera, 2017; Scharloo ve ark., 2007).

Hastalık hakkındaki görüşler alt boyutları puan ortalamalarına bakıldığında; en yüksek puanı süre (akut/kronik) ve kişisel kontrol alt boyutlarının, en düşük puanı ise hastalığı anlayabilme alt boyutunun aldığı görülmüştür. Süre (akut/kronik) alt boyutunun yüksek puan olması hastaların çoğunun, hastalığını uzun süren ve daha çok kalıcı olan bir hastalık olarak görüp, yaşamlarının kalanını bu hastalıkla geçireceklerini düşündüklerini göstermektedir. Yani hastalar kronik bir hastalığa sahip olduğuna inanmaktadır (Yılmaz Karabulutlu ve Okanlı, 2011; Ekenler, 2017). Kişisel kontrol alt boyutundan alınan yüksek puan, hastaların hastalık seyirlerinin kendilerine bağlı olup, yaptıkları şeylerin hastalıklarının iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabileceklerine inandıklarını göstermektedir (Yılmaz Karabulutlu ve Okanlı, 2011). Ancak hastalığı anlayabilme alt boyutundan düşük puan alınmış olması hastaların hastalıklarını tam olarak anlayamadıklarına işaret etmektedir. Ekenler (2017)'in KOAH'lı hastalarla yaptığı benzer çalışmada, hastalar bu bölümde en yüksek puanı süre (akut/kronik), en düşük puanı ise hastalığı anlayabilme alt

boyutlarından elde etmişlerdir. Yorulmaz ve ark. (2013)'nın diyabetli hastalarda yapmış oldukları çalışmada, HAÖ'nün bu bölümünde en yüksek puanı süre (akut/kronik) alt boyutundan, en düşük puanı ise süre (döngüsel) alt boyutundan aldıkları görülmüştür. Yılmaz Karabulutlu ve Karaman (2015)'in kanser hastalarında yapmış oldukları benzer çalışmada ise, en yüksek puan kişisel kontrol alt boyutundan elde edilirken, en düşük puan süre (döngüsel) alt boyutundan elde edilmiştir. Araştırma sonucunda, bu bölümde en yüksek puan ortalamasına sahip olan alt boyut literatür ile benzerlik gösterirken, en düşük puan ortalamasına sahip olan alt boyutun literatür ile benzerlik gösterdiği ve göstermediği çalışmalar mevcuttur. Literatür ile farklı sonuçların elde edilmiş olması, çalışılan grupların hastalık özelliklerinin ve yaş ortalamalarının farklılıklarıyla ilişkilendirilebilir.

Hastalık nedenleri boyutu değerlendirildiğinde; hastalar en çok risk faktörleri nedeniyle hastalığın meydana geldiğini belirtirken, hastalık nedeni olarak en az kaza veya şans alt boyutunu gördüklerini belirtmişlerdir. Kılıçkaya (2013)'nin araştırmasında da benzer şekilde, hastalık nedenine ilişkin en güçlü alt boyut risk faktörleri, en zayıf alt boyut ise kaza veya şans olarak belirlenmiştir. Literatürde en fazla risk faktörleri nedeniyle hastalıkların meydana geldiğinin belirtildiği başka araştırmalarda da mevcuttur (Bahçecioğlu, 2013; Yılmaz Karabulutlu ve Karaman, 2015; Yılmaz Karabulutlu ve Okanlı, 2011). Bu çalışmada, risk faktörleri alt boyutunu içeren maddeler incelendiğinde ise, en fazla geçmişteki kötü tıbbi bakım, yaşlanma ve sigara içmenin hastalık nedeni olarak ifade edildiği görülmüştür. Kılıçkaya (2013) ve Yılmaz Karabulutlu ve Okanlı (2011)'nin çalışmalarında da geçmişteki kötü tıbbi bakımın en önemli risk faktörü olarak görüldüğü belirtilmiştir. Araştırma sonuçları literatür ile uyumlu bulunmuştur.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamalarına bakıldığında; en yüksek ortalamanın mental sağlık, en düşük ortalamanın ise emosyonel rol güçlüğü alt boyutuna ait olduğu belirlenmiştir. Soyyiğit ve ark. (2006)'nin araştırmalarında KOAH'lı hastaların yaşam kalitesinin en yüksek olduğu alanın ağrı, en düşük olduğu alanın ise fiziksel rol güçlüğü olduğu bulgusu elde edilmiştir. Arslan (2019) tarafından yapılan çalışmada SF-36 ölçek alt boyutları arasında en yüksek ortalamanın mental sağlık, en düşük ortalamanın ise emosyonel rol güçlüğü alt boyutuna ait olduğu saptanmıştır. Boueri ve ark. (2001)'nin araştırmasında en yüksek



puan ortalamasını ağrı, en düşük puan ortalamasını fiziksel rol güçlüğü alt boyutu almıştır. Habraken ve ark. (2009) tarafından gerçekleştirilen araştırmada ise yaşam kalitesine ilişkin en güçlü alt boyutun mental sağlık, en zayıf alt boyutun ise fiziksel rol güçlüğü olduğu saptanmıştır. Bulgularımız literatür ile büyük oranda benzerlik göstermesine rağmen bazı alt boyutlardaki bulguların farklı bulunması, çalışılan örneklem grubunun özelliği ile ilişkilendirilebilir.

Hastaların sosyodemografik verilere göre HAÖ ortanca puan değerlerine bakıldığında; yaş değişkeninin sonuçlar, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller, psikolojik atıflar ve kaza veya şans alt boyutlarını etkilediği ve yaş ilerledikçe sonuçlar ve duygusal temsiller ortanca puanlarının arttığı gözlenmiştir ( $p<0,05$ ). Bu durum, hastalığın oluşturduğu sonuçların yaşlı hastaların yaşamlarını daha fazla etkilediğini ve hastalıkla beraber ortaya çıkan duygusal belirtilerin yaşlı hastalarda daha yoğun yaşandığını göstermektedir. Ekenler (2017)'in KOAH'lı hastalarda yapmış olduğu çalışmada benzer şekilde yaşın ilerlemesiyle sonuçlar ve duygusal temsiller puanlarının arttığı tespit edilmiştir. İşcan Ayyıldız (2016)'ın araştırmasında da kişisel kontrol, tedavi kontrolü, sonuçlar, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller alt boyutlarının yaş değişkeninden etkilendiği belirlenmiştir. Literatürde yaş ile hastalık algısı arasında ilişki olduğunu bildiren başka araştırmalar da bulunmaktadır (Akgüç, 2013; Oktay, 2011). Araştırmamız literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Cinsiyete göre HAÖ alt boyut ortanca puanları değerlendirildiğinde; kadınların hastalığı anlayabilme ve psikolojik atıflar algılarının erkek hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenirken, risk faktörleri algısının erkek hastalarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bu sonuç, kadınların hastalıklarını ve seyrini erkeklere göre daha iyi anlayabildiklerini ve hastalık nedeni olarak daha çok psikolojik atıfları sorumlu tuttuklarını göstermektedir. Erkek hastalar ise, daha çok risk faktörlerini hastalık sebebi olarak görmektedir. Uslu Zengi (2018) ve Ekenler (2017)'in araştırmalarında, hastaların cinsiyete göre hastalık algısı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Jia ve ark. (2018)'nin çalışmasında ise kadınların erkeklere göre KOAH'ın risk faktörlerini daha az bildikleri belirtilmiştir. Araştırmamızdan elde edilen sonuç, kadınların erkeklere göre daha duygusal olmaları nedeniyle stres, sıkıntı ve aile problemlerini

daha yoğun yaşamalarıyla ilişkilendirilebilir. Ayrıca kadınların hastalık nedenini psikolojik sebeplere bağlamaları, onların hastalıkları ilerledikçe daha fazla depresyon ve endişe yaşamalarına sebep olabilmektedir (Hoth ve ark., 2011).

Araştırmada medeni durum ile hastalık belirtileri, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bekâr hastalar daha fazla hastalık semptomu yaşadıklarını ve hastalıklarını daha iyi anlayabildiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca bekâr hastaların, hastalığa bağlı olarak oluşan duygusal belirtileri de daha yoğun yaşadıkları belirlenmiştir. Bekâr hastaların hastalıkla ilgili semptomları ve duygusal belirtileri daha yoğun yaşamaları, evli bireylere göre aldıkları sosyal desteğin daha az olmasıyla açıklanabilir. Araştırmalarda yetersiz sosyal desteğin, hastalık semptomlarının ortaya çıkma sıklıklarını ve şiddetlerini arttırdığı, hastalık süresini uzattığı ve hastalığa uyumu zorlaştırdığı, depresyon ve anksiyete gibi duygusal belirtilerin daha fazla yaşanmasına sebep olduğu belirtilmiştir (Aras ve Tel, 2009; Rodrigue ve Park; 1996).

Eğitim durumu ile kişisel kontrol, hastalığı anlayabilme, duygusal temsiller ve risk faktörleri alt boyutları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Lise ve üniversite mezunu olan hastaların KOAH'ın süresi ve seyri üzerinde etkilerinin olduğuna inandıkları belirlenirken, diğer gruplara göre hastalığı daha az anladıkları, KOAH'la ilgili duygusal belirtileri daha az yaşadıkları ve hastalık nedeni olarak daha az risk faktörlerini sorumlu tuttukları tespit edilmiştir. Uslu Zengi (2018)'nin yapmış olduğu benzer çalışmada eğitim durumunun süre (akut/kronik) ve tedavi kontrolü alt boyutlarını etkilediği belirlenmiştir. Akgüç (2013)'ün yapmış olduğu çalışmada HAÖ alt boyutları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermemektedir. Normal şartlarda eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin hastalık algılarının daha iyi olması beklenmektedir. Araştırmadan elde edilen sonuç, çalışma grubunun eğitim seviyesinin düşük olması, diğer çalışmaların örneklem büyüklüğünün ve çalışmalarda yer alan bireylerin eğitim düzeyindeki farklılıklarla ilişkilendirilebilir.

Meslek değişkeni ile sonuçlar, hastalığı anlayabilme, duygusal temsiller ve risk faktörleri alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu

belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Literatürde meslek değişkeninin HAÖ alt boyutları üzerine etkisi olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Akgüç, 2013; Kayış, 2009; Oktay, 2011). Bu araştırmada, emekli hastaların hastalık sonuçlarını diğer gruptaki hastalara göre daha ciddi gördüğü, duygusal belirtileri daha yoğun yaşadığı ve hastalık sebebi olarak risk faktörlerini daha çok sorumlu tuttıkları, çiftçi olan hastaların ise diğer gruplara göre KOAH'ı daha iyi anladıkları görülmüştür. Hoving ve ark. (2010)'nın çalışmasında, çalışmayan hastaların duygusal temsiller puanı yüksek bulunurken, çalışan hastaların hastalığı anlayabilme puanının yüksek olduğu belirlenmiştir. İşcan Ayyıldız (2016)'ın araştırmasında da benzer şekilde çalışmayan hastaların duygusal temsiller ve sonuçlar puanları yüksek bulunurken, hastalığı anlayabilme alt boyut puanının çalışan hastalarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada hastaların yerleşim yerleri ile hastalık belirtileri bölümü arasında ki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve köyde yaşayan hastaların ilçede yaşayan hastalara göre daha fazla hastalık belirtisi yaşadıkları belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Oktay (2011) ve Bağçivan ve ark. (2018)'nin araştırmalarında ise HAÖ alt boyutları ile yaşanan yer arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırmamızın sonucu literatürle farklılık göstermektedir. Bu durum, köylerde sağlık kuruluşu bulunmaması nedeniyle hastaların ilçeye ya da il merkezine gitmek zorunda olmaları ve bunun ekonomik sorunlara yol açması nedeniyle hastaların, hastalık belirtileri kötüleşene kadar sağlık kuruluşuna başvurmamaları ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmada aylık gelir durumunun sonuçlar, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, psikolojik atıflar ve kaza veya şans alt boyutlarını etkilediği belirlenmiş olup, geliri giderine göre az olan hastaların, KOAH'ın sonuçlarının tedaviyle kontrol altına alınamayacağına inandıkları, hastalığı daha iyi anlayabildikleri ve KOAH'ı daha çok psikolojik ve risk faktörleriyle ilişkilendirdikleri belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Kepenek (2014)'in yapmış olduğu çalışmada gelir durumu ile tedavi kontrolü ve risk faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ekenler (2017)'in çalışmasında ise bu araştırma sonucuna benzer şekilde gelir durumu ile sonuçlar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. KOAH'ın

hastaların çalışmasına engel olabilmesi, gelirin bir kısmının tedavi için ayrılması gibi nedenlerden dolayı, kişilerin hastalık algılarını etkileyebileceği düşünülebilir.

Isınma şekli ile sonuçlar, kişisel kontrol ve psikolojik atıflar alt boyut ortanca puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgusu elde edilmiştir ( $p<0,05$ ). Soba ile ısınan kişilerin hastalık sonuçlarının yaşamlarını etkilediği ve hastalığında kişisel kontrolünün olmadığına inandıkları görülmüştür. Ayrıca soba ile ısınan kişiler hastalık nedenini psikolojik atıflara bağlamışlardır. Yapılan çalışmalarda soba kullanımının KOAH nedeni olduğu ve hastalığın gidişatını hızlandırdığı belirtilmektedir (Ulubaş ve ark., 2003; Günay ve ark., 2013; Caballero ve ark., 2008). Bu sebeple soba kullanımının, hastaların hastalık algılarını etkileyebileceği düşünülebilir. Hava kirliliğinin önemli bir nedeni olan soba dumanına maruziyetin önlenmesi için, hastaların bulunduğu ortamlar uygun şekilde havalandırılmalı, bacalar iyileştirilmeli ve daha temiz yakıtların tercih edilmesi sağlanmalıdır (Günay ve ark., 2013).

Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre tedavi kontrolü ve duygusal temsiller alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Çocukları ile yaşayan hastaların kendilerine uygulanan tedavinin etkililiğine daha az inandığı ve hastalığın duygusal belirtilerini daha yoğun algıladıkları tespit edilmiştir. Akgüç (2013)'ün çalışmasında HAÖ alt boyutları ile birlikte yaşadığı kişiler değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, Ekenler (2017)'in yapmış olduğu çalışmada birlikte yaşadığı kişiler değişkeni ile HAÖ alt boyutlarından kimlik, süre (akut/kronik) ve sonuçlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. KOAH'lı hastalar, hastalığın ve yaşın ilerlemesiyle kendi bakımlarını yerine getiremeyip, bakım almaya gereksinim duyabilmektedir. Eş kaybı yaşayan hastalarda da bu sorumluluğu daha çok çocuklar yerine getirmekte ve hastalar çocuklarıyla birlikte yaşamaya başlamaktadır. Hastaların kendi bakımlarını yerine getiremeyip, çocuklarına karşı muhtaçlık duygusu yaşamaları da onların hastalık algılarını olumsuz olarak etkileyebilir.

Hastalığa ilişkin verilere göre HAÖ alt boyutları ortanca değerlerine bakıldığında; hastalık belirtisi, sonuçlar, kişisel kontrol, süre (döngüsel), duygusal temsiller ve psikolojik atıflar alt boyutları ile KOAH tanısı alma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre, tanı alma süresi 0-

5 yıl arasında olan hastaların daha az hastalık semptomu yaşadığı, hastalık sonuçlarının yaşamlarını daha az etkilediği ve hastalıkları üzerinde kişisel kontrole olan inançlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu hastaların psikolojik atıfları diğer gruplara göre daha az hastalık nedeni olarak sorumlu tuttukları görülmüştür. Berber (2014)'in yapmış olduğu benzer çalışmada tanı alma süresinin süre (döngüsel) alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. İşcan Ayyıldız (2016)'ın çalışmasında ise tanı süresi ile duygusal temsiller ve sonuçlar alt boyutları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Araştırmamızın sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

KOAH tedavisi görme sürelerine göre hastalık belirtisi, sonuçlar, kişisel kontrol, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Tedavi süresi 0-5 yıl arasında olan hastaların, hastalığı ile ilgili daha az belirti yaşadığı, hastalık sonuçlarını daha az ciddiye aldığı, hastalığında kişisel kontrolün etkili olduğuna inandıkları ve hastalıkları ile ilgili duygusal belirtileri pek yoğun yaşamadıkları görülmüştür. KOAH tanısının erken konulup ve erken dönemde tedavisine başlanması, hastalığın ilerlemesinin önüne geçilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Türk Toraks Derneği, 2014). Ayrıca erken teşhis ve tedavi olumsuz hastalık algılarının gelişmesine de engel olacaktır. Bunun için sağlık çalışanları tarafından erken tanı konusunda hastalara gerekli eğitimler verilmeli, KOAH ile ilgili semptomların varlığı sorgulanmalı, risk faktörleri açısından hastalar değerlendirilmeli ve hastaların KOAH ile ilgili bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır.

Araştırmada sigara içme durumunun psikolojik atıflar ve risk faktörleri alt boyutlarını etkilediği ve halen sigara içmekte olan hastaların, hastalık nedeni olarak risk faktörleri ve psikolojik atıfları sorumlu tuttukları görülmüştür. Ayrıca 20-29 yıldır sigara içmeye devam eden hastaların hastalık sonuçlarından daha az etkilendikleri ve hastalıklarında kişisel kontrollerinin daha fazla olduğuna inandıkları tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Hoth ve ark. (2011)'nin yapmış oldukları araştırmada, 10 yıllık sigara içme öyküsü olan KOAH hastalarının hastalık nedeni olarak sigara ve psikolojik atıfları sebep gösterdikleri belirlenmiştir. Ayrıca literatürdeki KOAH hastalarıyla yapılan birçok çalışmaya bakıldığında; hastalık nedeni olarak sigarayı

sebeap gösterdikleri saptanmıştır (Weldam ve ark., 2014; Schofield ve ark., 2007; Hansen ve ark., 2007). Araştırma bulguları literatür ile uyumludur.

Ailede sigara içen kişilerin bulunması durumuna göre HA alt boyutlarına bakıldığında; ailesinde sigara içen kişilerin bulunduğu hastaların KOAH'ı daha iyi anlayabildikleri görülmektedir ( $p<0,05$ ). Literatürdeki çalışmalarda sigara dumanına maruz kalmanın KOAH alevlenme riskini arttırdığı ve sigara dumanının tedavinin etkisini azalttığı belirtilmektedir (Türk Toraks Derneği, 2014; Singanayagam ve Johnston, 2016). Bu açıdan bakıldığında, ailede sigara içen kişilerin bulunması hastalık algısıyla ilişkilendirilebilir. Sigaranın KOAH'lı hastalar üzerindeki etkisini azaltabilmek için sigara içen hastalara, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından sigara bırakma konusunda gerekli eğitimlerin verilmesi ve onlara danışmanlık yapılması, ayrıca sigara dumanına maruziyetin önüne geçilmesi için gerekli önlemlerin alınması son derece önemlidir.

Araştırmada günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede yardıma ihtiyaç duyma durumunun hastalık belirtisi, sonuçlar, kişisel kontrol ve duygusal temsiller alt boyutlarını etkilediği belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Yardıma ihtiyaç duyan hastaların hastalık belirtilerini daha fazla yaşadıkları, hastalık sonuçlarının yaşamlarını daha fazla etkilediği ve hastalıkla birlikte ortaya çıkan duygusal belirtileri yoğun olarak algıladıkları tespit edilmiştir. KOAH hastaları genellikle, yaşadıkları dispne nedeniyle günlük yaşam işlevlerini yerine getirirken güçlük yaşamakta ve kendilerini hareketsiz bir yaşama alıştırmaktadır. Ancak bu hareketsiz yaşam kişinin fiziksel durumunu daha kötüleştirmekte ve hatta daha fazla nefes darlığı yaşamasına sebep olmaktadır (Pitta ve ark., 2006). Araştırmamızda elde edilen sonuç KOAH hastalarının bu durumuyla ilişkilendirilebilir.

KOAH'a ek bir kronik hastalığın varlığı durumu ile sonuçlar, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller alt boyutları ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Ek kronik hastalığı bulunanların hastalık sonuçlarının ciddi olduğuna inandıkları, hastalıklarını daha iyi anladıkları, duygusal belirtileri daha yoğun yaşadıkları ve hastalığın sonuçlarının tedaviyle kontrol altına alınamayacağına inandıkları belirlenmiştir. Işan Ayyıldız (2016)'ın yapmış olduğu çalışmada da benzer şekilde ek kronik hastalığın bulunma durumu ile sonuçlar, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, duygusal temsiller puan

ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Berber (2014)'in çalışmasında ise ek kronik hastalığın bulunma durumu ile HAÖ alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. KOAH'a eşlik eden komorbiditelerin hastalığın değerlendirilmesinde ve etkin yönetiminde zorluk oluşturduğu, ayrıca ekonomik durum üzerinde ciddi etkileri bulunduğu bilinmektedir (Negewo ve ark., 2015). Komorbiditelerin bu etkisinden dolayı hastaların hastalık algılarının etkilenebileceği düşünülmektedir.

Hastaların evde oksijen tedavisi alma durumlarına göre HAÖ alt boyutları değerlendirildiğinde; hastalık belirtisi, sonuçlar, kişisel kontrol ve duygusal temsiller alt boyutlarının evde oksijen tedavisi alma durumundan etkilendiği belirlenmiştir. Evde oksijen tedavisi alan hastaların daha fazla hastalık belirtisi yaşadığı, hastalık sonuçlarının yaşamlarını daha fazla etkilediği, hastalığında kişisel kontrolünün zor olduğuna inandığı ve duygusal belirtileri daha yoğun yaşadığı bulgusu elde edilmiştir ( $p<0,05$ ). Yapılan çalışmalarda oksijen tedavisinin günlük aktiviteleri sınırladığı, sıkıntı verici ve tedavi uyumunun düşük olduğu görülmüştür (Pekçalışkan Kurtar ve ark., 2007; Gauthier ve ark., 2019). Oksijen tedavisiyle ilgili bu olumsuz sonuçların, araştırmamızdaki bulguların elde edilmesine sebep olduğu düşünülebilir.

Araştırmada geçtiğimiz bir yıl boyunca KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumuna göre hastalık belirtileri, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol ve duygusal temsiller alt boyutları ortanca puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Geçtiğimiz bir yıl boyunca hastaneye 1 veya 2 kez yatış yapanların daha fazla hastalık belirtisi yaşadığı, duygusal sonuçları daha yoğun yaşadıkları ve yaptıkları şeylerin hastalığını etkilemeyeceğine inandıkları sonucuna ulaşılmıştır. KOAH hastalarında meydana gelen akut alevlenmeler sebebiyle tekrarlı hastane yatışları görülmektedir. Bu durum hastaların kendi ortamlarından uzaklaşmasına ve kendilerini yalnız hissetmelerine sebep olmaktadır (Aras ve Tel, 2009). Ayrıca hastanede yatmakta olan hastalarda hastalıkları ile ilişkili olarak psikiyatrik sendrom gözlenebilmektedir (Üskül ve ark., 2006). Bu tür nedenlerden dolayı hastaneye tekrarlı yatışların hastaların hastalık algısını etkileyebileceği düşünülebilir.

Araştırmada KOAH ile ilgili bilgi alma durumu ile HAÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bağçıvan ve

ark., (2018)'nin yapmış oldukları çalışmada da, benzer şekilde hastalık hakkında bilgi alma durumu ile HAÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu sonuçların aksine Ekenler (2017) ve Yorulmaz ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmalarda HAÖ alt boyutlarının hastalık hakkında bilgi alma durumundan etkilendiği belirlenmiştir. Hastalık hakkındaki bilgi düzeyi arttıkça hastalık algılarının pozitif yönde artması beklenmektedir. Araştırmamızdan elde edilen sonuç hastaların KOAH ile ilgili bilgi düzeylerinin yetersizliği ile ilişkilendirilebilir. KOAH'ın risk faktörlerine yönelik önlemlerin alınması, sağlığın olumlu yönde geliştirilmesi ve hastaların hastalıkları hakkında bilinçlendirilmesi için sağlık eğitimlerinin düzenlenmesi son derece önemlidir. Hastaların ve ailelerin eğitiminde ise hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir.

Hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumu ile HAÖ alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Ashur ve ark. (2015)'nin yapmış oldukları çalışmada düzenli ilaç kullanımı ile ölçek alt boyutlarından hastalık belirtileri ve tedavi kontrolü alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Ekenler (2017)'in çalışmasında HAÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde sadece kimlik alt boyutundan alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu görülmüştür. Araştırmamızın sonuçları literatür ile benzerlik göstermemektedir. KOAH her ne kadar tedavi edilemeyen bir hastalık olsa da, düzenli ilaç kullanımı semptomların kontrolünü sağlamakta ve hastalığın ilerlemesini yavaşlatmaktadır. Hastalar düzenli ve doğru ilaç kullanımı, ilaç tedavisinin gerekliliği konusunda eğitilmeli ve onlara gerekli olan destek sağlanmalıdır.

Yaşam kalitesi ölçeğinin sosyodemografik verilere göre dağılımına bakıldığında; yaş değişkeni ile ölçeğin tüm alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuş olup, 30-50 yaş arası hastaların tüm alt boyutlarda en yüksek ortanca puanına sahip olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Literatürdeki bazı çalışmalarda yaş ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (İnal İnce ve ark., 2000; Stahl ve ark., 2005; Atagöz, 1998). Martinez ve ark. (2016)'nin yapmış oldukları çalışmada KOAH'lı yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin genç hastalara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir. Corlateanu ve ark. (2016)'nin yapmış olduğu çalışmada ise 65 yaş üstü KOAH hastalarının yaşam



kalitelerinin daha düşük olduğu bulgusu elde edilmiştir. Araştırma sonuçlarının literatür ile benzerlik gösterdiği ve göstermediği çalışmalar mevcuttur. Araştırmamızdan elde edilen sonuç, yaşlanmayla beraber akciğerlerde meydana gelen değişim ile ilişkilendirilebilir.

Hastaların cinsiyet değişkeni ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Türk (2006)'ün ve Rosinczuk ve ark. (2018)'nin yapmış oldukları çalışmalarda da yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Araştırma sonuçları literatür ile uyumludur.

Medeni duruma göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları değerlendirildiğinde; medeni durumun mental sağlık dışındaki tüm alt boyutları etkilediği ve evli olan hastaların daha yüksek ortanca değerine sahip olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Türk (2006) ve Atagöz (1998)'ün çalışmalarında ise medeni durum ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu araştırmada elde edilen sonuç, evli olan KOAH'lı hastaların eşlerinden alacakları sosyal desteğin, onların yaşam kalitelerinin daha iyiye gitmesine katkı sağlayabileceği ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmada eğitim durumunun yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutlarını etkilediği ve eğitim seviyesi arttıkça alt boyutlara ait ortanca puan değerlerinin arttığı belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Literatürde, hastaların eğitim seviyeleri arttıkça hastalığın getirmiş olduğu olumsuzluklarla daha iyi başa çıkabildikleri, hastalığa ve tedaviye daha iyi uyum sağlayabildikleri, verilen eğitimleri daha iyi anlayabildikleri ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Rosinczuk ve ark., 2018; Üskül ve ark., 2006). Araştırma sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir.

Meslek değişkeni ile mental sağlık dışındaki tüm alt boyutlar arasında ki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve emekli hastaların en düşük ortanca puana sahip oldukları saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Atagöz (1998)'ün yapmış olduğu çalışmada meslek ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık arasında istatistiksel olarak fark bulunmuş olup, emekli bireylerin en yüksek puana sahip oldukları belirlenmiştir. Fletcher ve ark. (2011)'nin çalışmasında, KOAH hastalığı bulunan her beş kişiden

birinin hastalık nedeniyle erken emekli olduğu, çalışmaya devam edenlerde ise gelecek kaygısı bulunduğu, erken emekli olanlarda hastalığın şiddetinin daha da arttığı ve hastaların önceki yaşam tarzlarını koruyamadıklarına değinilmiştir. Araştırmamızda elde edilen sonuçta bu nedenlerle ilişkilendirilebilir.

Hastaların yerleşim yerlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi incelendiğinde; köyde yaşayan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, zindelik/yorgunluk ve ağrı alt boyutlarında anlamlı düzeyde düşük ortanca değer elde edilmiştir ( $p<0,05$ ). Yapılan araştırmalarda köylerde yaşayan kişilerin ısınma ve yemek pişirme amacıyla kullandıkları biyomas yakıt dumanına maruz kalmaları, KOAH semptomlarını ve alevlenmelerini tetiklediğini göstermektedir (Abul ve Özlü, 2013; Komus ve ark., 2008). KOAH hastalarında meydana gelen alevlenmeler ve semptomların kötüleşmesi de hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Atasever ve Erdinç; 2003b). Araştırma sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir.

Aylık gelir durumu ile fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, zindelik/yorgunluk ve genel sağlık anlayışı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve bu alt boyutlarda geliri giderinden fazla olan bireylerin ortanca puanının yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Türk (2006)'ün çalışmasında gelir durumu ile yaşam kalitesi alt boyutlarından zindelik/yorgunluk alt boyut puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuş olup, geliri yeterli olan kişilerin daha yüksek puana sahip olduğu gözlenmiştir. Kwon ve Kim (2016) tarafından KOAH'lı hastalarda yapılan çalışmada da gelir seviyesi düşük olan hastaların düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur. Araştırma sonuçları literatür ile uyum göstermektedir.

Araştırmada ısınma şeklinin mental sağlık dışındaki tüm alt boyutları etkilediği ve kalorifer ile ısınmakta olan hastaların daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Oh ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada, ısınma için biyokütle yakıtlarını kullanan kişilerin yaşam kaliteleri daha düşük bulunmuştur. Ramírez-Venegas ve ark. (2019)'nın çalışmasında da biyokütle yakıt dumanına maruziyetin yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir. Araştırma sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir.

Hastaların ailede birlikte yaşadığı kişiler ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları karşılaştırıldığında; mental sağlık dışındaki tüm alt boyutlar ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Eşi ve çocukları ile yaşayan hastaların daha yüksek ortanca puan değerine sahip oldukları bulgusu elde edilmiştir. Yapılan çalışmalarda aile desteği olan hastalarda anksiyete ve depresif belirtilerin daha az geliştiği, hastaların stresle daha iyi baş edebildikleri belirlenmiştir (Aras ve Tel, 2009; Korkmaz ve Tel, 2010). Bu çalışmaların aksine Türk (2006)'ün çalışmasında yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları ile ailede birlikte yaşanan kişiler değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir (Aras ve Tel, 2009; Korkmaz ve Tel, 2010; Türk, 2006).

Aile desteği, KOAH'lı hastaların sağlığının korunmasını, hastalıkla daha iyi baş edebilmelerini ve tedaviye uyum gösterebilmelerini sağlamaktadır. Bu durumun araştırma sonucunu etkilediği düşünülebilir.

Hastalığa ilişkin verilere göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ortanca değerlerine bakıldığında; tüm alt boyutlar ile KOAH tanısı alma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tanı süresi 0-5 yıl olan hastaların tüm alt boyutlarda en yüksek ortanca puanına sahip oldukları belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Atagöz (1998) ve Rosinczuk ve ark. (2018)'nin KOAH hastalarında yapmış oldukları araştırmalarda hastaların tanı sürelerinin arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğü bulgusu elde edilmiştir. Araştırma sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir. KOAH'lı hastalarda hastalık süresi uzadıkça hastalık belirtileri artmakta, hastalıkla ilgili olarak psikolojik ve ekonomik problemler yaşanmaktadır. Bunun sonucunda da kişilerin yaşam kalitesinde düşme gözlenebilmektedir.

Hastaların tedavi görme süreleri ile yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları arasında anlamlı bir fark olduğu ve hastaların tedavi görme sürelerinin arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). DSÖ'nün yapmış olduğu araştırma sonucunda, uzun süre ilaç tedavisi gören hastaların tedaviye uyum oranları %50'nin altında bulunmuştur (WHO, 2003). Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi, KOAH hastaları da uzun süreli tedavi görmek durumunda oldukları için uyumsuzluk açısından risk altındadır (Oğuzülgen ve ark., 2014). KOAH'lı hastaların tedaviye

uyum göstermeleri, semptom kontrolünü sağlayarak yaşam kalitelerinin iyileşmesini sağlayabilir.

Araştırmada sigara kullanma durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamazken ( $p>0,05$ ), halen sigara içmekte olan hastaların sigara içme süreleri ile fiziksel fonksiyon ve zindelik/yorgunluk alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, 20-29 yıldır sigara içmekte olanların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Literatürde, sigara kullanma durumu ile yaşam kalitesi ölçeği arasında herhangi bir ilişkinin saptanmadığı çalışmalar bulunmaktadır (İnal İnce ve ark., 2000; Kwon ve Kim, 2016; Rosinczuk ve ark., 2018). Araştırmamızın sonuçları literatür ile benzerlik göstermemektedir. Bunun nedeni, diğer çalışmaların yapıldığı yerin, örneklem büyüklüğünün ve çalışmalarda örnekleme dahil edilen kişilerin sigara kullanma oranlarının farklılığı olabilir. Sigara içenlerde sigara kullanım süresi ve miktarı ile ilişkili olarak yıllar bazına giderek artan solunum fonksiyon kapasitesinde azalma ve siliaların kaybı gibi solunum sistemindeki fiziksel değişikliklere bağlı olarak fiziksel kapasite azalmaktadır. Bunun sonucunda yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Ulubay ve ark., 2009; Soyuer ve ark., 2011).

Ailede sigara içen kişilerin bulunması durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Sigara dumanına maruziyet KOAH için risk oluşturmakta olup, ayrıca KOAH hastalarında nefes darlığını da arttıran bir durumdur (Günay ve ark., 2013). Araştırmamızın sonuçları literatür ile benzerlik göstermemektedir. Bunun nedeni, çalışmamıza dahil edilen grupta ailesinde sigara içen kişi bulunanların oranının yüksek (%35,2) olmasıyla birlikte, sigara içme sürelerinin ve içme miktarlarının farklılığı olabilir. Ailede sigara içen bireyin sigara içme süresi ve sigara içme miktarı, bireyin sigaraya maruziyet oranını etkilemektedir (Hızel Bülbül ve Ceyhun, 2006).

Hastaların günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede yardıma ihtiyaç duyma durumları ile fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışı arasında anlamlı bir fark olduğu ve yardıma ihtiyaç duymayanların bu alt boyutlara ilişkin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Türk (2006)'ün çalışmasında günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede desteğe gereksinim duyma açısından

hastaların fiziksel fonksiyon, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiş olup, desteğe ihtiyacı olmayan hastaların daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip oldukları gözlenmiştir. Yapılan çalışmalarda, KOAH hastalığının zamanla kişilerin günlük yaşam aktiviteleri olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (Ünsal ve Yetkin, 2005; Çalık Kütükçü ve ark., 2015). Araştırma sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir. KOAH hastalarında zamanla yaşam kalitesinde azalma meydana gelmektedir (Atasever ve Erdiñç, 2003b; Akbay ve ark., 2001). Hastaların yaşam kalitelerindeki azalmayı en aza indirmek için, hastalar mümkün olduğunca günlük yaşam işlevlerini bağımsız bir şekilde yapmaları konusunda desteklenmeli, gerekli olduğu durumlarda onlara yardımcı olunmalıdır.

KOAH'a ek bir kronik hastalığın varlığı durumu ile mental sağlık dışındaki tüm alt boyutlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmış olup, ek kronik hastalığı bulunmayan hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortanca puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kwon ve Kim (2016), Rosinczuk ve ark. (2018), Huber ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmalarda ek kronik hastalığı bulunmayan KOAH hastalarının yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Atasever ve Erdiñç (2003b)'in yaptıkları çalışmada da ek hastalıkların; belirtiler, sosyodemografik özellikler ve hastalıkla ilgili diğer özelliklere göre yaşam kalitesini belirlemede daha önemli olduğu belirtilmiştir. Literatürdeki bu sonuçlarla bizim sonuçlarımız uyum göstermektedir.

Araştırmada evde oksijen tedavisi alma durumunun fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, zindelik/yorgunluk ve genel sağlık anlayışı alt boyutlarını etkilediği ve evde oksijen tedavisi almayan hastaların ortanca puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Rosinczuk ve ark. (2018)'nın çalışmasında da benzer şekilde evde oksijen tedavisi almayan hastaların daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları bulgusu elde edilmiştir. Eaton ve ark. (2004)'nın yapmış oldukları çalışmada ağır KOAH'lı hastalarda uzun süreli oksijen tedavisinin yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır. Bunun aksine Okubadejo ve ark. (1996)'nın yapmış oldukları çalışmada ise oksijen tedavisi alan hastaların yaşam kalitelerinde bir değişiklik gözlenememiştir. Araştırmamızın sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu ve olmadığı çalışmalar mevcuttur. Akçay (2001)'ın çalışmasında oksijen

tedavisinin sadece nefes darlığı yaşanıldığında kullanıldığı, uyku düzenini bozduğu, hareket kısıtlamasına sebep olduğu, nazal kanül sebebiyle rahatsızlık verdiği ve oksijenin bağımlılık yaratacağına inanıldığı belirtilmiştir. Oksijen tedavisine bu yönlerden bakıldığında yaşam kalitesini olumsuz etkileyeceği ve çalışmamızdan elde edilen sonucun bununla ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Geçtiğimiz bir yıl boyunca KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumu ile yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuş olup, hastaneye hiç yatmayan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Atagöz (1998)'ün çalışmasında da geçirilen bir yıl içerisinde hastaneye hiç yatmayan KOAH hastalarının yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulgusu elde edilmiştir. Aras ve Tel (2009)'in çalışmalarında yılda iki ve daha fazla sayıda hastane yatışı olan KOAH hastalarının aile ve arkadaş desteğini daha düşük algıladıkları ve buna bağlı olarak yaşam kalitelerinin düştüğüne değinilmiştir. Araştırma sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada KOAH ile ilgili hastaneye geldikçe bilgi alma durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0,05$ ). Cai ve ark (2006)'nın yapmış oldukları çalışmada ise KOAH'lı hastalara verilen altı aylık bir eğitim sonunda hastaların sigara içme oranlarının ve akut ataklarının azaldığı, yaşam kalitelerinin yükseldiği belirtilmiştir. Bu çalışmada yaşam kalitesi ile hastalık hakkında bilgi alma durumu arasında bir ilişki belirlenememiş olsa da, hastaların bilgi düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin artması beklenmektedir. KOAH'lı hastalara verilecek eğitimler ile onların tedaviye ve hastalığa daha iyi uyum sağlamaları sağlanacaktır. Bu konuda hemşirelere, hekimlere ve diğer sağlık çalışanlarına büyük sorumluluk düşmektedir.

Hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Agh ve ark. (2015)'nin KOAH'ta ilaç uyumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye odaklanan yayınları inceleyerek yaptıkları çalışmada, bazı çalışmalarda ilaç uyumu ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamazken, bazı çalışmalarda pozitif bazı çalışmalarda ise negatif ilişki bulunmuştur. KOAH hastalarında ilaç tedavisinin temel amacı semptomların kontrolünü sağlamak olsa da, KOAH'ın etkin tedavisinin alevlenme, hastaneye yatış ve ölüm oranını düşürdüğü ve sağlıklı ilgili yaşam

kalitesini arttırdığı gösterilmiştir (Bourbeau ve Bartlett, 2008). Hastalara tedavinin faydalarının anlatılması, ilaçların kullanım saatlerinin hastalara göre ayarlanması ve mümkünse dozların günde bir ya da iki olacak şekilde basitleştirilmesi ilaçların düzenli kullanımında faydalı olabilir.

Araştırmaya katılan hastaların HAÖ'nün hastalık belirtileri bölümü ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). KOAH'a bağlı olarak hastalık belirtileri arttıkça hastaların yaşam kalitesinin azaldığı görülmüştür. Literatürde daha fazla hastalık belirtisi yaşayan kişilerin daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Tiemensma ve ark., 2016; Scharloo ve ark., 2007; Weldom ve ark., 2014). Araştırma sonuçları literatür ile uyumludur.

HAÖ'nün sonuçlar alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hastalığının ciddi sonuçlarının olduğuna inanan hastaların yaşam kalitelerinin azaldığı belirlenmiştir. Konuyla ilgili çalışma sonuçları araştırmamızın sonucunu destekler niteliktedir (Tiemensma ve ark., 2016; Scharloo ve ark., 2007; Weldom ve ark., 2014). Araştırma bulguları literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada HAÖ'nün kişisel kontrol alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki gözlenmiştir ( $p<0,05$ ). Hastalığı üzerinde kişisel kontrolünün olduğuna inanan, "hastalığımın seyri bana bağlı", "yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir" şeklindeki düşünceleri olan hastaların yaşam kalitelerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Tiemensma ve ark. (2016)'nın yapmış oldukları araştırmada bu araştırma sonucuna benzer şekilde kişisel kontrol alt boyutu ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Araştırma bulguları literatür ile uyumludur.

HAÖ'nün tedavi kontrolü alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel rol güçlüğü alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlar ile arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Hastalığında tedavi kontrolünün olduğuna inanan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde de hastalığının tedavi ile kontrol edilebileceğine inanan hastaların daha

iyi bir yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur (Tiemensma ve ark., 2016; Weldam ve ark., 2014). Araştırma sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir.

HAÖ'nün hastalığı anlayabilme alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Weldam ve ark. (2014)'nin çalışmasında hastalığı daha iyi anlayabilen KOAH hastalarının daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Bonsaksen ve ark. (2014)'nin yapmış oldukları çalışmada ise hastalığı anlayabilme ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Araştırma sonucu literatür ile uyum göstermemektedir. Araştırmamıza katılan hastalardan, KOAH hakkında bilgi alanların sayısının az olması ve KOAH'ın hastalar tarafından anlaşılrsa da, hastalığın kesin tedavisinin olmaması, başka hastalılara sebep olabilmesi, hastalığın ilerlemesi durumunda kişileri bağımlı duruma getirmesi gibi olumsuz yönlerin hastalarda kaygıya sebep olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülebilir.

HAÖ'nün duygusal temsiller alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki gözlenmiştir ( $p<0,05$ ). Hastalıkla birlikte ortaya çıkan duygusal belirtilerin yaşam kalitesini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde duygusal temsiller alt boyutu ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişki olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Scharloo ve ark., 2007; Bonsaksen ve ark., 2014; Tiemensma ve ark., 2016). Araştırma sonuçları literatür ile uyumludur.

HAÖ'nün psikolojik atıflar alt boyutu ile yaşam kalitesinin fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık ve genel sağlık anlayışı alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hastalık nedenlerini psikolojik sebeplere bağlayan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Hoth ve ark. (2011)'nin yapmış oldukları araştırmada KOAH nedenini psikolojik atıflara bağlayan hastaların yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur. Scharloo ve ark. (2007)'nin çalışmasında da benzer şekilde psikolojik atıflar ile yaşam kalitesi ölçeği mental sağlık ve zindelik/yorgunluk alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir.



HAÖ'nün risk faktörleri alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Benzer şekilde Scharloo ve ark. (2007)'nin KOAH'lı hastalarda yapmış oldukları çalışmada da risk faktörleri ile yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Araştırma sonucu literatür ile uyumludur.

HAÖ'nün bağışıklık alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Hastalık sebebini vücut direncinin azalmasına ya da bir mikrop veya virüse bağlayan hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Akyıldız (2017) ve Küntüz (2016) tarafından yapılan çalışmalarda da hastalık nedeninin bağışıklıkla ilişkilendirilmesinin yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır. Araştırma sonucu literatür ile uyum göstermektedir.

HAÖ'nün kaza veya şans alt boyutu ile yaşam kalitesi emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hastalık sebebi olarak kaza veya şans faktörünü gören hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Akyıldız, 2017; Küntüz, 2016). Araştırma sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

Balıkesir Dursunbey Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği'nde yatarak tedavi alan KOAH'lı hastaların hastalık algısının yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada elde edilen sonuçlar, aşağıda verildiği gibidir:

1. HAÖ'nün hastalık belirtileri bölümü puan ortalaması  $4,1\pm 2,0$  olarak bulunmuştur. Ölçeğin hastalık hakkındaki görüşler bölümünde en yüksek puan ortalamasının  $18,3\pm 1,7$  ile süre (akut/kronik) ve  $18,3\pm 2,1$  ile kişisel kontrol alt boyutlarına, en düşük puan ortalamasının  $14,4\pm 2,9$  ile hastalığı anlayabilme alt boyutuna ait olduğu saptanmıştır. Hastalık nedenleri bölümünde ise; en yüksek ortalamanın  $17,5\pm 4,0$  ile risk faktörlerine, en düşük ortalamanın ise  $3,4\pm 1,4$  ile kaza veya şans alt boyutuna ait olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).
2. SF-36 yaşam kalitesi ölçek alt boyutlarından en yüksek ortalama  $22,34\pm 3,31$  ile mental sağlık, en düşük ortalama ise  $1,34\pm 1,35$  ile emosyonel rol güçlüğü alt boyutuna ait olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).
3. Hastaların HAÖ'de bulunan 14 belirtiden en fazla soluk almada güçlük ve yorgunluk belirtilerini yaşadıkları ve en çok soluk almada güçlük belirtisini hastalıklarıyla ilişkilendirdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.4).
4. Hastaların; KOAH ile ilgili hastaneye geldikçe bilgi alma durumu ile ilaçlarını düzenli kullanma durumu dışındaki değişkenlerin hastalık algısını etkilediği tespit edilmiştir.
5. Hastaların; cinsiyet, sigara içme, ailesinde sigara içen kişilerin bulunması, KOAH ile ilgili hastaneye geldikçe bilgi alma ve ilaçlarını düzenli kullanma durumları dışındaki değişkenlerin yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır.
6. HAÖ'nün hastalık belirtileri, sonuçlar, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller alt boyutları ile yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ , Tablo 4.9). Buna göre hastalık belirtilerinin artması, hastalığın ciddi

sonuçlarının olduğuna inanılması ve hastalıkla ilgili duygusal belirtilerin yoğun olarak yaşanmasının yaşam kalitesini düşürdüğü tespit edilmiştir.

7. HAÖ'nün kişisel kontrol ve tedavi kontrolü alt boyutlarının yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir ( $p<0,05$ , Tablo 4.9). Buna göre hastalıklarının kontrolünde tedavinin ve kişisel çabaların etkili olduğuna inanan hastaların yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur.
8. HAÖ'nün hastalık nedenleri bölümü psikolojik atıflar, bağışıklık ve kaza veya şans alt boyutları ile yaşam kalitesi ölçeğinin bazı alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ , Tablo 4.9). Hastalığın nedenini psikolojik sebeplere, vücut direncinin azalmasına ya da kaza veya şansa bağlanılmasının yaşam kalitesini azalttığı belirlenmiştir.

## 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, şu önerilerde bulunulabilir;

- KOAH hastalarının yaşam kalitesini arttırmak için; hastaların takip ve tedavi sürecinde hastalık algılarının, semptomlarının ve hastalıkları hakkındaki görüşlerinin sorgulanması ve değerlendirilmesi,
- KOAH hastalarının hastalık algılarını arttırmak için hemşireler tarafından hastalıklarıyla ilgili tecrübelerini, hastalıklarını nasıl değerlendirdikleri hakkında bilgiler alınması,
- KOAH hastalarında tedaviye uyumun sağlanabilmesi için; hastalıkla ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilip, hastalığın bulguları, seyri, tedavi düzeni, yaşam tarzı değişiklikleri konusunda kapsamlı bir eğitim planlanması ve uygulanması,
- Hastaların olumsuz algılarının değiştirilmesine yönelik hastalık ve tedaviyle ilgili yaşanan sorunları ortadan kaldıracak, hastalığa uyumu arttıracak girişimlerin uygulanması,
- Hasta aileleri ve bakım vericilere düzenli aralıklarla eğitim programlarının yapılması,
- Yapılan literatür incelemesinde hastalık algısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çok fazla araştırmaya rastlanmamıştır. Bu

tür çalışmaların daha farklı örneklem gruplarında yapılması önerilebilir.



## KAYNAKLAR

Abul Y, Özlü T. Türkiye’de KOAH epidemiyolojisi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2013, 1(1): 7-12.

Agh T, Dömötör P, Bartfai Z, Inotai A, Fujsz E, Meszaros A. Relationship between medication adherence and health-related quality of life in subjects with COPD: a systematic review. *Respir Care*, 2015, 60(2): 297–303.

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

Akçay Ş, Öner Eyüboğlu F, Çelik N, Aydın G. Kronik solunum yetmezliği olan hastalarda uzun süreli oksijen tedavisi uyumu ve etkileyen faktörler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2001, 49(1): 13-20.

Akgüç N. Tip 2 Diyabet Hastalarında Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2013.

Akkoyunlu C. Tip II Diyabet Mellit ve Romatoid Artrit Hastalarında Hastalık Algısının Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Ankara Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara, 2012.

Akyıldız G. Radyoaktif Tedavisi Almış Tiroid Kanseri Hastalarında Hastalık Algısının Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2017.

American Thoracic Society. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Research questions in chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2015, 191 (7): 4-27.

Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi*, 2009, 10:63-8.

Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık algısı ölçeği' nin kanser hastalarında türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2007, 10: 192-200.

Arslan B. Tip-2 Diyabetli Hastalarda Öz Yeterlilik Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2019.

Asan K. Araştırma Evreni ve Örneklem. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi, 2015.

Ashur ST, Shah SA, Bosseri S, Morisky DE, Shamsuddin K. Illness perceptions of Libyans with T2DM and their influence on medication adherence: a study in a diabetes center in Tripoli. *Libyan Journal of Medicin*, 2015; 10.

Aslan D. Yaşlılık döneminde yaşam kalitesi kavramı: kadın sağlığı bakışı. Yaşlanan Kadın Sempozyumu, Ankara, *Yaşlanan Kadın Sempozyum Kitabı*, 2009.

Atagöz K. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 1998.

Atasever A, Erdinç E. KOAH akut ataklarının tedavisi. *Toraks Dergisi*, 2001, 2(3): 77-84.

Atasever A, Erdinç E. KOAH erken tanısı. *Toraks Dergisi*, 2003a, 4(1): 82-87.

Atasever A, Erdinç E. KOAH'da yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2003b, 51(4): 446-455.

Averous P, Charbonnier E, Lagouanelle-Simeoni MC, Prosperi, Dany L. Illness perceptions and adherence in bipolar disorder: An exploratory study. *Comprehensive Psychiatry*, 2018, 80: 109-115.

Aydiner Boylu A, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 2016, 8(15): 137-150.

Bağçivan G, Tanrıver E, Kılıç B. Kronik kalp damar hastalığı olan bireylerin hastalık algısının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 21(2): 89-96.

Bahçecioğlu G. Astım Hastalarında Hastalık Algısının Astım Kontrolü Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013.

Bal Özkaptan B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Öz-Bakım Modeline Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Öz-Etkililik Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.

Balıoğlu M, Kömürcüoğlu B, Biçmen C, Çelikten E, Aktoğu S. KOAH'lı hastalarda beslenme durumu ve solunum fonksiyonları. *Toraks Dergisi*, 2002, 3(3): 236-241.

Barnes PJ, Celli BR. KOAH'ın sistemik belirtileri ve komorbiditeleri. *European Respiratory Journal*, 2009, 4(2): 33-52.

Başıyigit İ. KOAH patogenezi ve fizyopatolojisi. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 2010b, 1(2): 114-118.

Başıyigit İ. KOAH tanımı ve klinik özellikleri. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 2010a, 1(2): 102-104.

Berber T. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Hastalık Algısı ve Kişilik Özellikleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2014.

Bonsaksen T, Haukeland Parker S, Lerdal A, Fagermoen MS. A 1-year follow-up study exploring the associations between perception of illness and health-related quality of life in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2014, 9: 41-50.

Boot CRL, Heijmans M. The role of illness perceptions in labor participation of the chronically ill. *International Archives Occupational Environmental Health*, 2008, 82: 13-20.

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, 55(5): 456-63.

Boueri FMV, Bucher-Bartelson BL, Glenn KA, Make BJ. Quality of life measured with a generic instrument (Short Form-36) improves following pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *Chest*, 2001, 19: 77-84.

Bourbeau J, Bartlett SJ. Patient adherence in COPD. *Thorax*, 2008, 63:831-838.

Bulantekin Ö. Prediyaliz Hasta Grubunda Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2008.

Caballero A, Torres-Duque CA, Jaramillo C, Bolívar F, Sanabria F, Osorio P, Orduz C, Guevara DP, Maldonado D. Prevalence of COPD in five Colombian cities situated at low, medium, and high altitude (PREPOCOL Study). *Chest*, 2008, 133: 343-9.

Cai S, Chen P, Chen Y, Liu ZJ. Effect of health education on the lung function and life quality in patients with stable chronic obstructive pulmonary diseases. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*, 2006, 31(2): 189-93.

Calverley PMA. Cough in chronic obstructive pulmonary disease: is it important and what are the effects of treatment?. *Cough*, 2013, 9: 17.

Celli BR, MacNee W and committee members. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *European Respiratory Journal*, 2004, 23(6): 932-946.

Clini EM, Ambrosino N. Nonpharmacological treatment and relief of symptoms in COPD. *European Respiratory Journal*, 2008, 32: 218-228.

Coates AL, Graham BL, McFadden RG, McParland C, Moosa D, Provencher S, Road J. Spirometry in primary care. *Canadian Respiratory Journal*, 2013, 20(1):13-22.

COPD Foundation. What is COPD?. <https://www.copdfoundation.org>. 12 Ekim 2018.

Corhay JL, Dang DN, Van Cauwenberge H, Louis R. Pulmonary rehabilitation and COPD: providing patients a good environment for optimizing therapy. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2014, 9: 27-39.

Corlateanu A, Botnaru V, Covantev S, Dumitru S, Siafakas N. Predicting Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: The Impact of Age. *Respiration*, 2016, 92 (4): 229-234.

Çalık Kütükçü E, Arıkan H, Sağlam M, Vardar Yağlı N, İnal İnce D, Öksüz Ç, Savcı S, Düğer T, Çöplü L. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında çok boyutlu hastalık

şiddeti ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 2015, 2(2): 53-60.

Çelik G, Kaya A, Çiledağ A. KOAH' ta bronkodilatör tedavi ve destek tedavileri. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 2010, 1(2): 124-135.

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

Çevik Akyıl R. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Bakımı. İçinde: Durna Z (editör). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2012: 75-93.

Çolakdalcı A. Karaciğer Nakli Uygulanan Hastalarda Yorgunluğun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2012.

Devereux G. ABC of chronic obstructive pulmonary disease. definition, epidemiology, and risk factors. *BMJ*, 2006, 332 (7550): 1142-1144.

Doğan A. Dünyada ve Türkiye'de kronik solunum hastalıklarının epidemiyolojisi. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 2010, 13 Özel Sayı: 10-16.

Doğan A. KOAH'lı Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2018.

Eaton T, Lewis C, Young P, Kennedy Y, Garrett JE, Kolbe J. Long-Term oxygen therapy improves health-related quality of life. *Respiratory Medicine*, 2004, 98(4): 285-93.

Ekenler Ş. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Hastalık Algısı Ve İlişkili Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2017.

Erdinç E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ( KOAH ). Toraks Derneği 2. Mesleki Gelişim Kursu Sunumları, 2005. <http://file.toraks.org>. 18 Eylül 2018.

Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Manisa, 2012, *Konferanslar Konuşma Metinleri*: 2-5.

Eurostat. Causes of death statistics. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes\\_of\\_death\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics). 10 Temmuz 2019.

Fletcher MJ, Upton J, Taylor-Fishwick J, Buist SA, Jenkins C, Hutton J, Barnes N, Van Der Molen T, Walsh JW, Jones P, Walker S. COPD uncovered: an international survey on the impact of chronic obstructive pulmonary disease [COPD] on a working age population. *BMC Public Health*, 2011, 11: 612.

Gauthier A, Bernard S, Bernard E, Simard S, Maltais F, Lacasse Y. Adherence to long-term oxygen therapy in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chronic Respiratory Disease*, 2019, 16, doi: 10.1177/1479972318767724.



Gentry S, Gentry B. Chronic obstructive pulmonary disease: diagnosis and management. *American Family Physician*, 2017, 1; 95(7): 433-441.

Giri P, Poole J, Nightingale P, Robertson A. Perceptions of illness and their impact on sickness absence. *Occupational Medicine*, 2009, 59 (8): 550–555.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for The Diagnosis, Management, and Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2018 Report). <https://goldcopd.org>. 12 Eylül 2018.

Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2008, 50: 172-179.

Guarascio AJ, Ray SM, Finch CK, Self TH. The clinical and economic burden of chronic obstructive pulmonary disease in the USA. *Clinico Economics and Outcomes Research*, 2013, 5: 235–245.

Guytan AC, Hall JE. Solunum. İçinde: Çağlayan Yeğen B (Çeviri editörü). *Guytan ve Hall Tibbi Fizyoloji*, 12. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2013: 465-522.

Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür Ş. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12(2): 89-98.

Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2014, 7(2): 98-108.

Günay S, Günay E, Selçuk Sönmez Ö, Yılmaz Demirci N, Keyf Ai, Şimşek C. KOAH tanılı hastalarda solunumsal maruziyetler ile hastalık arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2013,16(3): 243-252.

Günen H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı.  
<http://file.lookus.net/TGHYK/tghyk.17.pdf>. 13 Eylül 2018.

Habraken JM, ter Riet G, Gore JM, Greenstone MA, Weersink EJM, Bindels PJE, Willems DL. Health-related quality of life in end-stage COPD and lung cancer patients. *Journal of Painand Symptom Management*, 2009, 37(6): 973–981.

Hakverdioğlu G. Oksijen saturasyonunun değerlendirilmesinde pulse oksimetre kullanımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 11(3): 45-48.

Hansen EC, Walters J, Baker RW. explaining chronic obstructive pulmonary disease (COPD): perceptions of the role played by smoking. *Sociology of Health&Illness*, 2007, 29(5): 730 – 749.

Hatipoğlu U. Chronic obstructive pulmonary disease: More than meets the eye. *Annals of Thoracic Medicine*, 2018, 13(1): 1-6.

Hızel Bülbül S, Ceyhun AG. Pasif sigara içiciliği. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2006, 10(3): 123-128.

Hoth KF, Wamboldt FS, Bowler R, Make B, Holm KE. Attributions about cause of illness in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 2011, 70(5): 465-472.

Hoving JL, van der Meer M, Volkova AY, Frings-Dresen MH. Illness perceptions and work participation: a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 2010, 83(6): 595–605.

Huber MB, Wacker ME, Vogelmeier CF, Leidl R. Comorbid influences on generic health-related quality of life in COPD: a systematic review. *Plos One*, 2015, 10 (7).

Ischaki E, Litsiou E, Saltagianni V, Nikoloutsou I, Tsoutsas A, Asimakos A, Zakyntinos S, Katsaounou P. The importance of early COPD diagnosis during a smoking cessation program. *Tobacco Induced Diseases*, 2014, 12(1): 22.

İlvan A. KOAH alevlenmesinde farmakolojik tedavi. *Solunum Dergisi*, 2009, KOAH Alevlenmesi Ek Sayısı: 14-17.

İnal İnce D, Tunalı N, Savcı S, Arıkan H. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları Dergisi*, 2000, 11: 333-337.

İşcan Ayyıldız N. Hipertansiyon Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Doyumuna Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2016.

Jia G, Lu M, Wu R, Chen Y, Yao W. Gender difference on the knowledge, attitude, and practice of COPD diagnosis and treatment: a national, multicenter, cross-sectional survey in China. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2018, 13: 3269–3280.

Kaçmaz Başoğlu Ö. İndüklenmiş balgamın tanısal değeri. *Toraks Dergisi*, 2001, 2(2): 53-61.

Kaptein AA, Scharloo M, Fischer MJ, Snoei L, Cameron LD, Sont JK, Rabe KF, Weinman J. Illness perceptions and COPD: an emerging field for COPD patient management. *Journal of Asthma*, 2008, 45(8).

Karadağ M. KOAH tedavisinde sigaranın bırakılması. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2013, 1(1): 98-104.

Kayış A. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2009.

Kepenek B. Sirozlu Hastalarda Öz Bakım Gücü ile Hastalık Algısı Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2014.

Kılıç Z, Özçelik H. Management of the frequently observed symptoms in advance stage chronic obstructive pulmonary disease patients. *Journal of Chest Diseases and Critical Care*, 2014, 1(2): 85-91.

Kılıçkaya C. KOAH' lı Hastalarda Hastalık Algısının Yalnızlık ve Stresle Başetme Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013.

Kıral N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve pulmoner hipertansiyon. *Solumum Dergisi*, 2010, 12(3): 101–111.

Ko FWS, Hui DSC. Air Pollution and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respirology*, 2012, 17, 395–401.

Kocabaş A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 2010, 1(2): 105-113.

Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8: 271-280.

Komus N, Albayrak S, Ellidokuz H, Cimrin AH. Occupational and environmental exposures and relations with pulmonary health. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2008, 56: 275-82.

Korkmaz Ekren P, Gürgün A. KOAH'ta pulmoner rehabilitasyon: kime, ne zaman, nasıl?. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2013, 1(1) : 124-135.

Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 13: 2.

Küntüz İS. Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı ve Sosyal Desteğin Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesine Etkileri. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2016.

Kwon HY, Kim E. Factors contributing to quality of life in COPD patients in South Korea. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2016, 11: 103–109.

Mahboub BH, Vats MG, Al Zaabi A, İkbāl MN, Safwat T, Al-Acı F, Miravittles M, Singh D, Asad K, Zeineldine S, El Hacjaj MS. Joint statement for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease for Gulf Cooperation Council countries and Middle East–North Africa region, 2017. *International Journal of COPD*, 2017, 12: 2869–2890.

Mannino DM, Buist AS. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *Lancet*, 2007, 370 (9589):765-73.

Martinez CH, Diaz AA, Parulekar AD, Rennard SI, Kanner RE, Hansel NN, Couper D, Holm KE, Hoth KF, Curtis JL, Martinez FJ, Hanania NA, Regan EA, Paine R, Cigolle CT, Han MK. Age-related differences in health-related quality of life in COPD, an analysis of the COPDGene and SPIROMICS cohorts. *Chest Journal*, 2016, 149(4): 927–935.

Miravittles M, Ribera A. Understanding the impact of symptoms on the burden of COPD. *Respiratory Research*, 2017, 18: 67.

Miravittles M, Worth H, Soler Cataluna JJ, Price D, De Benedetto F, Roche N, Skavlan Godtfredsen N, van der Molen T, Löfdahl CG, Padulles L, Ribera A. Observational study to characterise 24-hour COPD symptoms and their relationship with patient-reported outcomes: results from the ASSESS study. *Respiratory Research*, 2014, 15(1): 122.

Morelot-Panzini C, Gilet H, Aguilaniu B, Devillier P, Didier A, Perez T, Pignier C, Arnould B, Similowski T. Real-life assessment of the multidimensional nature of dyspnoea in COPD outpatients. *European Respiratory Journal*, 2016, 47: 1668-1679.

National Heart, Lung, and Blood Institute. What is copd?  
<https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/copd>. 03 Ekim 2018.

Negewo NA, Gibson PG, McDonald VM. COPD and its comorbidities: impact, measurement and mechanisms. *Respirology*, 2015, 20: 1160–1171.

Oğuzülgen İK, Köktürk N, Işıkdöğen Z. Astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalarında Morisky 8-maddeli ilaca uyum anketinin (MMAS-8) türkçe geçerliliğinin kanıtlanması çalışması. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2014, 62(2): 101-107.

Oh YM, Bhome AB, Boonsawat W, Gunasekera KD, Madegedara D, Idolor L, Roa C, Kim WJ, Kuo HP, Wang Ch, Lan le TT, Loh LC, Ong CK, NN EK, Lee JS, Yang T, Lin Y, Wang C, Lee SD. Characteristics of stable chronic obstructive pulmonary disease patients in the pulmonology clinics of seven Asian cities. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2013, 8: 31–39.

Oktay AA. Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa: Harran Üniversitesi, 2011.

Okubadejo AA, Paul EA, Jones PW, Wedzicha JA. Does long-term oxygen therapy affect quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and severe hypoxaemia?. *European Respiratory Journal*, 1996, 9: 2335-2339.

Öcal S, Topeli A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında güncel bilgiler. *İç Hastalıkları Dergisi*, 2014, 21: 97-109.

Öksüz E, Malhan S. *Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi- Kalitemetri Kitabı*. Başkent Üniversitesi, Ankara, 2005.

Özdemir İ, Hocaoğlu Ç, Koçak M, Ersöz HÖ. Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda yaşam kalitesi ve ruhsal belirtiler. *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2011, 24: 128-138.

Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013, 1 (1): 57-72.

Özyılmaz E, Kaya A. Postoperatif hastada gelişen solunum yetmezliğinde noninvaziv mekanik ventilasyonun yeri. *Tüberküloz ve Toraks*, 2012, 60(2): 185-192.

Pauwels RA, Sonia Buist A, Calverley PMA, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

(GOLD) Workshop summary. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2001, 163(5): 1256-1276.

Pekçalışkan Kurtar N, Uçan ES, Şahbaz S, Ellidokuz H, Çımrın AH, Kurtar E, İtil O, Akkoçlu A. Uzun süreli oksijen tedavisinin etkinliği ve hasta uyumu. *Toraks Dergisi*, 2007, 8(3): 163-169.

Pelin M. Kronik Hastalık Yönetiminde Hasta Rolü, Yaşam Kalitesi Ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi, 2017.

Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, 2006, 6(6): 536-539.

Pitta F, Troosters T, Probst VS, Spruit MA, Decramer M, Gosselink R. KOAH'ta anketler ve hareket sensörleri ile günlük yaşamdaki fiziksel aktiviteyi belirleme. *Eur Respir J*, 2006, 27: 1040–1055.

Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, Fukuchi Y, Jenkins C, Rodriguez-Roisin R, vanWeel C, Zielinski J. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2007, 176(6): 532–555.

Raherison C, Girodet PO. Epidemiology of COPD. *European Respiratory Review*, 2009, 18(114): 213–221.

Ramírez-Venegas A, Torres-Duque CA, Guzán-Bouilloud NE, González-García M, Sansores RH. Small airway disease in copd associated to biomass exposure. *Rev Invest Clin*, 2019, 71(1): 70-78.

Rodrigue JR, Park TL. General and illness-specific adjustment to cancer: relationship to marital status and marital quality. *Journal of Psychosomatic Research*, 1996, 40(1): 29-36.

Rosinczuk J, Przyszlak M, Uchmanowicz I. Sociodemographic and clinical factors affecting the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2018, 13: 2869–2882.

Savcı S, İnal İnce D, Arıkan H. Orta ve şiddetli obstrüksiyonu olan koah' lı hastalarda altı dakikalık yürüme testini belirleyen faktörler. *Solunum Hastalıkları Dergisi*, 2000, 11: 231-236.

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(7): 575–581.

Schofield I, Kerr S, Tolson D. An exploration of the smoking - related health beliefs of older people with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 2007; 16(9): 1726-1735.

Singanayagam A, Johnston SL. Smoke and viruses-a hindrance to relaxing the airways?. *Clinical Science (Lond)*, 2016, 130(10): 839-41.

Soyuer F, Ünalın D, Elmalı F. Sigara içmek üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivitesini etkiliyor mu?. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 2011, 1(3): 103–108.

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.

Stahl E, Lindberg A, Jansson SA, Rönmark E, Svensson K, Andersson F, Löfdahl CG, Lundbäck B. Health-related quality of life is related to COPD disease severity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2005, 3: 56.

Tatlıcıoğlu T. Tanım ve Ayırıcı Tanı. İçinde: Umut S, Erdinç E (editör). *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı*. İstanbul, Turgut yayıncılık, 2000: 1-7.

Tel Aydın H, Tok Yıldız F, Karagözoğlu Ş, Özden D. Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: fenomenolojik çalışma. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012, 20(3): 177-183.

Tiemensma J, Gaab E, Voorhaar M, Asijee G, Kaptein AA. Illness perceptions and coping determine quality of life in copd patients. *International Journal of COPD*, 2016, 11: 2001-2007.

Top MŞ, Özden SY, Efe Sevim M. Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam*, 2003, 16(1): 18-23.

Türk D. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) Olan Hastaların Sık Hastaneye Yatışlarının Ruhsal Durumlarına ve Yaşam Kalitesine Etkilerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012, Ankara, 2014b.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Ankara, 2013.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017), Ankara, 2014a.

Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018.  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>. 10 Temmuz 2019.

Türk Toraks Derneği. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu, İstanbul, 2014.

Türk Toraks Derneği. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. *Türk Toraks Dergisi*, 2010,11 (1).

Türk Toraks Derneği. Türk Toraks Derneği'nin GOLD Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) Raporuna Bakışı, İstanbul, 2017.

Uçgun İ. KOAİ'da mekanik ventilasyon. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2013, 1(1): 65-79.

Ulubaş B, Sezer C, Çimen F. Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı olguların demografik özellikleri. *Akciğer Arşivi*, 2003, 4: 27-30.

Ulubay G, Sarıncı Ulaşlı S, 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.

Uslu Zengi A. Hematoloji Hastalarının Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2018.

Uysal A. KOAH'ın tanı, sınıflama ve izleminde solunum fonksiyon testlerinin yeri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2013, 1(1): 20-23.

Ünsal A, Yetkin A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 8(1): 42-53.

Üskül TB, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Türker H. Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ve hastalık tanımlarının ilişkisi. *Akciğer Arşivi*, 2006, 7: 11-15.

Vaske I, Kenn K, Keil DC, Rief W, Stenzel NM. Illness perceptions and coping with disease in chronic obstructive pulmonary disease: effects on health-related quality of life. *Journal of Health Psychology*, 2017, 22(12): 1570-1581.

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.

Vijayan VK. Chronic obstructive pulmonary disease. *Indian Journal of Medical Research*, 2013, 137(2): 251-269.

Vogelmeier CF, Criner GJ, Martinez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, Celli BR, Chen R, Decramer M, Fabbri LM, Frith P, Halpin DMG, Lopez Varela MV, Nishimura M, Roche N, Rodriguez-Roisin R, Sin DD, Singh D, Stockley R, Vestbo J, Wedzicha JA, Agust A. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report -GOLD Executive Summary. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2017, 195(5): 557-582.

von Leupoldt A, Fritzsche A, Trueba AF, Meuret AE, Ritz T. Behavioral medicine approaches to chronic obstructive pulmonary disease. *Annals Behavioral Medicine*, 2012, 44(1): 52-65.

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

World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action. Geneva: 2003.

World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>. 03 Ekim 2018.

World Health Organization. Chronic respiratory diseases. <http://www.who.int/respiratory/en/>. 26 Ekim 2018.

World Health Organization. Chronic respiratory diseases; COPD: Definition. <http://www.who.int/respiratory/copd/definition/en/>. 12 Ekim 2018.

World Health Organization. Projections of mortality and burden of disease, 2002-2030. [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/projections2002/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections2002/en/). 10 Temmuz 2019.

World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life. <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>. 11 Kasım 2018.

Yıldırım N. KOAH. Türk Toraks Derneği Okulu, VI. Kış Okulu Sunumları, 2007. <http://www.toraks.org.tr/eventDetail.aspx?detail=58>. 25 Eylül 2018.

Yılmaz Karabulutlu E, Karaman S. Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2015, 2(3): 271-284.

Yılmaz Karabulutlu E, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 14: 4.

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

Yorulmaz H, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G. Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 2013, 2: 367-387.

Zhang Y, Tu SH, Fei GH. The COPD assessment test correlates well with the computed tomography measurements in copd patients in China. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2015, 10: 507-514.

Zincir H, Taşçı S, Kaya Erten Z, Başer M. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2008, 17(3): 168-174.



## EK-1. ETİK KURUL ONAYI

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Koah' ılı Hastalarda Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	BALIKESİR ÜNİV. TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	Çağış Yerleşkesi, Uşak yolu üzeri, 10145 BALIKESİR
	TELEFON	0266 612 10 10 -6707
	FAKS	
	E-POSTA	etik.bautip@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr. Sibel KARACA SIVRIKAYA			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	BALIKESİR			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Fuat EREL

Doç.Dr.Gülten ERKEN  
BAÜ Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
Başkan Yardımcısı

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Koah' lı Hastalarda Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	<b>Karar No:21</b>	<b>Tarih: 31/01/2018</b>				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oybirliği ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Fuat EREL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Fuat EREL	Göğüs Hastalıkları AD	Balıkesir Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Gülten ERKEN	Fizyoloji AD	Balıkesir Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr. EHF AKSÖZ	Tıbbi Farmakoloji AD	Balıkesir Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr. F. Bahar SUNAY	Histoloji ve Embriyoloji AD	Balıkesir Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Eyüp AVCI	Kardiyoloji AD	Balıkesir Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr. Mehmet ÇALIŞKAN	Halk Sağlığı AD	Balıkesir KEAS Organize Sanayii	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Erman ARDA	Avukat	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Ecz. Hüsnü KUNDAKÇI	Eczacı	BAÜ Sağlık Uyg. ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Serhat ALDEMİR			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Fuat EREL 7 Doç.Dr. Gülten ERKEN  
BAÜ Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
Başkan Yardımcısı

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmaktadır.

## EK-2. KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU ÖRNEĞİ

### KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

**Katılımcının:**

Adı Soyadı:

Tarih:

#### BİLGİLENDİRME

Bu klinik çalışmanın amacı, KOAH hastalarında hastalık algısının yaşam kalitesine etkisini ve bunları etkileyen faktörleri belirlemektir. Balıkesir Üniversitesi Etik Kurulu bu çalışmanın Helsinki Deklerasyonu'nda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğunu onaylamış olup çalışma denetime açıktır. Bu çalışma öncesinde araştırmaya gönüllü olarak katılmak istediğinize dair bir evrak imzalamanız gerekmektedir.

Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. Başlangıçta kabul edip daha sonra fikir değiştirip, hiçbir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Elde edilen veriler, toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

Ayşe KARA

Balıkesir Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi

#### KATILIMCI ONAMI

Aşağıda imzası bulunan ben .....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Bunun, denetime açık bir çalışma olduğu bana anlatıldı.

Ayrıca, araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebileceğim ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmememe hakkım olduğu konusunda da bilgilendirildim. Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

**Bilgilendirmeyi yapan**

**Katılımcı**

Adı Soyadı:

Adı Soyadı:

İmza:

İmza:

### **EK-3. KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

**1)Yaşınız?.....**

**2)Cinsiyetiniz?**

1)Kadın 2) Erkek

**3)Medeni Durumunuz?**

1) Evli 2) Bekar

**4)Eğitim Durumunuz?**

1)Okuryazar değil 2)İlkokul 3)Ortaokul 4)Lise 5)Üniversite

**5) Mesleğiniz?**

1)İşçi 2)Memur 3)Serbest meslek 4)Emekli 5)İşsiz 6)Diğer.....

**6) Yerleşim yeriniz nerededir?**

1)İl 2)İlçe 3)Köy

**7)Aylık gelir durumunuz nedir?**

1) Gelirim giderimden az

2) Gelirim giderime eşit

3) Gelirim giderimden fazla

**8) Isınma şekliniz nedir?.....**

**9)Ailede birlikte yaşadığınız kişiler?**

1)Yalnız 2)Eş 3)Çocuklar 4)Anne-Baba 5)Huzurevi 6)Diğer.....

**10) Ne kadar süredir KOAH hastasıınız?.....**

1)0-5 yıl 2)6-11 yıl 3)12-17 yıl 4)18 yıl üzeri

**11) Ne kadar süredir KOAH tedavisi görüyorsunuz? .....**

1)0-5 yıl 2)6-11 yıl 3)12-17 yıl 4)18 yıl üzeri

**12) Sigara kullanıyor musunuz?**

- 1)Halen sigara içiyorum ( .....Yıl/paket sigara içiyorum)  
2) .....Yıl/paket sigara kullandım; ..... ay/yıldır sigara içmiyorum.  
3)Hayır, hiç sigara kullanmadım

**13) Ailenizde sigara içen var mı? Varsa kim?**

- 1) Var..... 2)Yok

**14)Günlük yaşam işlevlerini (beslenme, banyo, giyinme vs.) yerine getirmede yardıma**

**gereksinim duyuyor musunuz?**

- 1)Hayır 2)Evet

**15) Yardıma ihtiyacınız oluyor ise yardımcı olan kişiler var mı?**

- 1) Var ise kimler:.....  
2) Yok

**16) KOAH'a ek bir kronik hastalığınız var mı?**

- 1) Evet (.....)  
2)Hayır

**17) Evde oksijen tedavisi alıyor musunuz?**

- 1)Evet (Günde kaç saat.....)2)Hayır

**18)Geçtiğimiz bir yıl boyunca KOAH nedeniyle kaç kez hastaneye yattınız?**

- 1)Hiç yatmadım 2)1 veya 2 kez 3)3 ve daha fazla

**19) KOAH hastalığınız ile ilgili hastaneye geldikçe size bilgi verildi mi?**

- 1)Evet (Kim tarafından.....) 2)Hayır

**20) KOAH nedeniyle kullandığınız ilaçlar nelerdir?**

.....

**21) İlaçlarınızı düzenli olarak kullanıyor musunuz?**

- 1)Evet 2)Hayır

## EK-4. HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

### HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

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

A)Hastalığınızın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım			B)Bu belirti hastalığınız ile ilgili	
1) Ağrı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
2)Boğazda yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
3)Bulantı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
4)Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	Evet	Hayır
5)Kilo kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
6)Yorgunluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
7)Eklem sertliği	Evet	Hayır	Evet	Hayır
8)Gözlerde yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
9)Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
10)Baş ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
11)Mide yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
12)Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır
13)Sersemlik hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır
14)Güç kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Aşağıda verilen her bir maddeyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

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

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

Aşağıdaki maddeler hastalığınızın olası nedenleri ile ilgilidir. Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru veya yanlış bir cevabı yoktur. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

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

<b>D) OLASI NEDENLER</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.Stres ya da endişe					
2.Kalıtsal (ırsi)					
3.Bir mikrop ya da virüs					
4.Diyet -yemek alışkanlıkları					
5.Şans ya da kötü talih					
6.Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
7.Çevre kirliliği					
8.Kendi davranışım					
9.Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
10.Aile problemleri					
11.Aşırı çalışma					
12.Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
13.Yaşlanma					
14.Alkol					
15.Sigara içme					
16.Kaza ya da yaralanma					
17.Kişilik özelliklerim					
18.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-5. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu anket sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruya uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl cevaplandıracağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun cevabı işaretleyin ve sorunun sağ tarafındaki boşluğa bir açıklama yapın.

### 1-Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

1)Mükemmel 2)Çok iyi 3)İyi 4)Orta 5)Kötü

### 2-Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz?

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

### 3-Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz).

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a)Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde	1	2	3
b)Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi orta/ hafif aktivitelerde	1	2	3
c)Paket ve çanta taşırken	1	2	3
d)Birkaç kat merdiven çıkarken	1	2	3
e)Bir kat merdiven çıkarken	1	2	3
f)Eğilirken, çömelirken	1	2	3
g)Bir kilometreden fazla yürürken	1	2	3
h)Birkaç yüz metre yürürken	1	2	3
i)Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken	1	2	3
j)Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

**4-Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet yada Hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)**

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
a)İşinizde ve diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b)İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c)İş ve aktivitelerinizde zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?	1	2
d)İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi?	1	2

**5-Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak, (örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet yada Hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz).**

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
a)İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b)İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c)İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az mı dikkatli yaptınız?	1	2

**6-Geçen 4 hafta boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınıza ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkinizi ne dereceye kadar etkiledi?**

1)Pek etkilemedi 2)Çok az 3)Orta 4)Oldukça 5)Aşırı

**7-Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)**

1)Hiç 2)Çok hafif 3)Hafif 4)Orta 5)Fazla 6)Çok fazla

**8-Geçen 4 hafta boyunca, ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (Evde dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere ) (Sadece bir rakam işaretleyiniz)**

1)Çok değil 2)Az 3)Orta 4)Oldukça fazla 5)Aşırı

**9-Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size en uygun olan seçeneği yuvarlak içine alın.**

	Her Zaman	Çoğunlukla	Oldukça	Bazen	Çok Az	Hiçbir Zaman
a) Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b) Çok sınırlı biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı	1	2	3	4	5	6
d) Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e) Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f) Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g) Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h) Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
i) Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6

**10-Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş ve akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?**

- 1) Her zaman 2) Çoğu zaman 3) Bazen 4) Nadiren 5) Hiçbir zaman

**11. Aşağıdaki ifadeler size ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlanmaktadır.**

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Emin Değilim	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a) Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim	1	2	3	4	5
b) Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c) Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanmıyorum	1	2	3	4	5
d) Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

## EK-6. HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ KULLANMA İZİN ONAYI

Re: hastalık algısı ölçeği kullanım izni



Zeynep Armay <info@zeyneparmay.com>

18.12.2017 (Pzt), 18:17

Siz ȳ

Gelen Kutusu

Ayşe hanım merhaba,  
Ölçeği memnuniyetle kullanabilirsiniz.  
İyi çalışmalar,

Dr. Zeynep Armay  
Klinik Psikolog/Psikoonkolog

[www.zeyneparmay.com](http://www.zeyneparmay.com)  
[mail@zeyneparmay.com](mailto:mail@zeyneparmay.com)

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

Tel: [0212-2305848](tel:0212-2305848)

## EK-7. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KULLANMA İZİN ONAYI

Ynt: yaşam kalitesi ölçeği (SF-36) kullanım izni



Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ <rukiye.boluktas@izu.edu.tr>  
25.12.2017 (Pzt), 22:59  
Siz ↵

Gelen Kutusu

Sayın Şimşek SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini kullanmanızdan onur duyacağım. Çalışmalarınızda başarılar dilerim.



**Gönderen:** ayşe şimşek <aysesimsek1990blk@hotmail.com>

**Gönderildi:** 22 Aralık 2017 Cuma 17:26:05

**Kime:** Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ

**Konu:** yaşam kalitesi ölçeği (SF-36) kullanım izni

## EK-8. BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ

 İL Sağlık Müdürlüğü	T.C. <b>BALIKESİR VALİLİĞİ</b> Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü	 T.C. Sağlık Bakanlığı
<b>BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ KOMİSYON DEĞERLENDİRME FORMU</b>		
Doküman Kodu: ARGE.FR.03	Yayın Tarihi: 14.07.2016	Revizyon Tarihi/No: 18.12.2017 / 01
		Sayfa No:1/1

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Ayşe ŞİMŞEK KARA
Kurumu / Üniversitesi	Dursunbey Devlet Hastanesi
Araştırma Yapılacak İl / iller	Balıkesir
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Dursunbey Devlet Hastanesi / Dahiliye Servisi
Araştırmanın Konusu	KOAH' ılı Hastalarda Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi
Araştırmanın Statüsü	Yüksek Lisans Tezi
Ön İzin Formu	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Başvuru Belgeleri	Hastane Ön İzin Formu <input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu <input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Üniversite / Kurum Talebi <input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Araştırma Yöntemi Örneği <input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Kurumsal Kimlik Belgesi <input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Veri Toplama Araçları	*Kişisel Bilgi Formu *SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği *Hastalık Algısı Ölçeği
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	01 Mart 2018- 01 Eylül 2018
Görüş İstenilen Birimler	Dursunbey Devlet Hastanesi / Dahiliye Servisi
KOMİSYON GÖRÜŞÜ / KARAR	
24.04.2018 tarihinde yapılan komisyon toplantısında; Ayşe ŞİMŞEK KARA isimli araştırmacıya ait " KOAH' ılı Hastalarda Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı çalışmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü ve Araştırma Sahibi arasında "Araştırmanın Yürütülmesine İlişkin Protokol" imzalanmasını takiben araştırmacının yapılmasına karar verilmiştir.	
Komisyon Kararı	<input type="checkbox"/> Oy Birliği <input type="checkbox"/> Oy Çokluğu ile alınmıştır.
Muhalif Üyenin Adı ve Soyadı:	
Gerekçesi:	

### KOMİSYON

**Komisyon Başkanı**  
**Dr. Yasın YILMAZ**  
 Sağlık, Acil Sağlık ve İlaç Tıbbi Cihaz Hizmetleri  
 Başkanı

**Üye**  
**Uzm. Dr. Refik BUDAK**  
 Halk Sağlığı Hizmetleri  
 Başkanı

**Üye**  
**Uzm.Dr. Serkan Kadir KESKİN**  
 Kamu Hastaneleri Hizmetleri  
 Başkanı

**Üye**  
**Hakan SEN**  
 Personel ve Destek Hizmetleri Başkanı

**Üye**  
**Uzm. Hem. Derya ÇINAR**  
 Eğitim Birimi

**ONAY**  
 30.04.2018  
**Uzm. Dr. Necati KELEMENÇE**  
 İl Sağlık Müdürü

## EK-9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Ayşe KARA
Doğum tarihi	: 01.08.1990
Doğum yeri	: Balıkesir
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Paşaalanı Mah. 208. Sok. No: 3 Karesi / Balıkesir
E-mail	: <a href="mailto:aysesimsek1990blk@hotmail.com">aysesimsek1990blk@hotmail.com</a>
Tel	: 0531 375 89 60
EĞİTİM	
Lise	: Balıkesir Rahmi Kula Anadolu (2008)
Lisans	: Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir Sağlık Yüksekokulu (2012)
Yüksek lisans	: Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (2016 - Halen)
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: -