



T.C.

ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

KOAH VE/VEYA ASTIMLI YAŞLILARDA SOSYAL DESTEĞİN İLAÇ UYUMUNA VE ÖZ-ETKİLİLİĞE ETKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

Nuray KURU

Çankırı 2023

KOAH VE/VEYA ASTIMLI YAŞLILARDA SOSYAL DESTEĞİN İLAÇ UYUMUNA VE ÖZ-ETKİLİLİĞE ETKİSİ

Nuray KURU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Huri Seval GÖNDEREN ÇAKMAK

Çankırı, 2023

KABUL VE ONAY

ÇAKÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 208210013 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi, Nuray KURU ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "KOAH ve/veya Astımlı Yaşlılarda Sosyal Desteğin İlaç Uyumuna ve Öz-etkililiğe Etkisi" başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Savunma Tarihi :

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Huri Seval GÖNDEREN ÇAKMAK **……**
Çankırı Karatekin Üniversitesi **imza**

Jüri Üyesi:

Jüri Üyesi:

Yukarıdaki sonucu
onaylarım
İmza
Unvan Adı SOYADI
Enstitü Müdürü

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum "KOAH ve /veya Astımlı Yaşlılarda Sosyal Desteğin ilaç Uyumuna ve Öz-etkililiğe Etkisi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

İmza

Tarih

Nuray KURU

ÖNSÖZ

Tez konusu ‘KOAH ve/veya Astımlı Yaşlılarda Sosyal Desteğin İlaç Uyumuna ve Öz-etkililiğe Etkisi’ olarak hazırlanmış olup KOAH ve/veya astımlı yaşlılarda araştırma yapılıp derlenmiştir.

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen değerli hocalarıma teşekkür ederim. Bu süreçte danışmanım olan ve her konuda bilgi ve tecrübesini esirgemeyen engin fikirleriyle eğitim hayatıma ışık tutan Huri Seval GÖNDEREN ÇAKMAK hocama teşekkür eder saygılarımı sunarım.

Beni bu günlere getiren, her zaman destekleyen ve başaracağıma inanan sevgili aileme ve her zaman yanımda olan değerli arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY iii
ETİK BEYANNAMESİ iv
ÖNSÖZ v
KISALTMALAR VE SEMBOLLER ix
ŞEKİLLER DİZİNİ x
TABLOLAR LİSTESİ xi
1. GİRİŞ 1
1.1 Çalışmanın Amacı 1
1.2 Problemin Tanımı ve Önemi 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1 KOAH Tanımı, Morbiditesi, Mortalitesi, Prevelansı 3
2.1.1 KOAH'ın sınıflandırılması 4
2.1.2 KOAH'ın fizyopatolojisi 4
2.1.3 KOAH'ta belirti ve bulgular 6
2.1.4 KOAH'ın artışındaki risk faktörleri 6
2.1.4.1 Sigara 6
2.1.4.2 Mesleki çalışma ortamı 6
2.1.4.3 Genetik faktörler 7
2.1.4.4 Tekrarlayan pulmoner enfeksiyonlar 7
2.1.4.5 Beslenme 7
2.1.5 KOAH tanı yöntemleri 7
2.1.5.1 Hastalık öyküsü (Anamnez) 7
2.1.5.2 Fiziksel muayene 7
2.1.5.3 Spirometrik değerlendirme 8
2.1.5.4 Görüntüleme yöntemleri 8
2.1.5.5 Oksimetre ve arteriyel kan gazı 9
2.1.5.6 Elektrokardiyografi ve ekokardiyografi 9
2.1.5.7 Balgam örneği 9
2.1.5.8 Fiziksel aktivite değerlendirmesi 9
2.1.6 KOAH'ta tedavi yöntemleri 9
2.2 Astım Tanımı Mortalitesi, Morbiditesi, Prevelansı 10
2.2.1 Astımın türleri 11

2.2.1.1 Alerjik astım 11
2.2.1.2 Non-allerjik astım 12
2.2.1.3 Geç başlangıçlı astım 12
2.2.1.4 Fiks hava akımı kısıtlılığı ile birlikte olan astım 12
2.2.1.5 Obeziteyle ilişkili astım 12
2.2.1.6 Mesleksel Astım 13
2.2.2 Astımın risk faktörleri 13
2.2.2.1 Kişisel etkenler 13
2.2.2.2 Çevresel etkenler 14
2.2.3 Astım tanılama ve sınıflama yöntemleri 16
2.2.4 Astımda tedavi yöntemleri 17
2.2.4.1 Astım eğitimi 18
2.2.4.2 Farmakolojik tedavi 18
2.2.4.3 Basamak tedavisi 18
2.2.4.4 Alevlenme tedavisi 18
2.3 Sosyal Destek 19
2.3.1 Sosyal destek türleri 20
2.3.1.1 Duygusal destek 20
2.3.1.2 Zihinsel (Bilişsel) destek 20
2.3.1.3 Maddi destek 21
2.3.1.4 Saygı ve takdir desteği 21
2.3.2 Sosyal destek modelleri 21
2.3.2.1 Direkt etki modeli 21
2.3.2.2 Tampon etki modeli 21
2.4 İlaç Uyumu 22
2.4.1 Uyumsuzluğun nedenleri 23
2.4.1.1 Sosyal, kültürel, ekonomik faktörler 23
2.4.1.2 Sağlık sistemine ait faktörler 23
2.4.1.3 Sağlık ekibine ait faktörler 23
2.4.1.4 Hastalığa ait faktörler 23
2.4.1.5 Hastaya ait faktörler 24
2.4.1.6 Tedaviye ait faktörler 24
2.4.2 Uyumu Artıracak Önlemler 24
2.5 Öz-etkililik 25
2.5.1 Öz-etkililiği harekete geçiren süreçler 25

2.5.1.1 Bilişsel süreç 26
2.5.1.2 Motivasyonel süreç 26
2.5.1.3 Duygusal süreç 26
2.5.1.4 Seçim süreci 26
3. MATERYAL VE YÖNTEM 27
3.1 Araştırmanın Tipi ve Yeri 27
3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 27
3.2.1 Araştırmaya dahil edilme ölçütü 28
3.2.2 Araştırmadan dışlama ölçütü 28
3.3 Veri Toplama Araçları 28
3.3.1 Hasta ve İlaç bilgi formu 28
3.3.2 Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği 28
3.3.3 Öz-etkililik ölçeği 29
3.4. Veri Analizi 29
4. BULGULAR 31
5. TARTIŞMA 43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 47
7. KAYNAK 49
8.EKLER 54

KISALTMALAR VE SEMBOLLER

GINA **:** Global initiative for asthma

WHO **:** Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

TÜİK **:** Türkiye İstatistik Kurumu

KOAH **:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

FEV_1 **:** Birinci Saniyedeki Zorlu Ekspiratuvar Volüm

FVC **:** Zorlu Vital Kapasite

PEF **:** Zirve Ekspiratuvar Akım Hızı

IgE **:** İmmunoglobulin E

DALY **:** Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı

SpO_2 **:** Oksijen Saturasyonu

PaO_2 **:** Parsiyel Oksijen Basıncı

$PaCO_2$ **:** Parsiyel Arterial Karbondioksit Basıncı

CRP **:** C-reaktif Protein

GOLD **:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim (Global İnitiative for Chronic Obstructive Lung Disease)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 2. 1: KOAH'ın fizyopatolojik değişimleri 5
Şekil 3. 1: G power analiz..... 27
Şekil 3. 2: G power t-test korelasyon 28

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1: Dünyada önde gelen 10 ölüm nedeninin 2002-2030 yılları arasında ölüm nedeni sıralamasındaki yerlerinin değişimi 4

Tablo 4.1: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı……...31

Tablo 4.2: Katılımcıların hastalıkları ile igili özelliklerinin dağılımı (n=138). 32

Tablo 4.3: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, öz-etkililik yeterlilik ölçeği (ÖEYÖ) ve ilaç uyumu soruları ortalama puanları dağılımı..... 33

Tablo 4.4: Katılımcıların ilaç uyum sorularına verdikleri cevapların dağılımı..... 33

Tablo 4.5: İlaç uyumu sorularının cinsiyete göre oranlarının karşılaştırılması..... 34

Tablo 4.6: İlaç uyumu sorularının cevaplarının medeni duruma göre oranlarının karşılaştırılması. 35

Tablo 4.7: İlaç uyumu sorularının cevaplarının bireylerin yaşadığı kişilere göre oranlarının karşılaştırılması..... 36

Tablo 4.8: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) hasta özellikleri ile karşılaştırılması 37

Tablo 4.9: Öz-etkililik yeterlilik ölçeği (ÖEYÖ)' nin hasta özellikleri ile karşılaştırılması. 40

Tablo 4.10: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, öz-etkililik ölçeği ve ölçeğin alt boyutlarının ilaç uyum soruları arasındaki ilişki..... 41

KOAH VE/VEYA ASTIMLI YAŞLILARDA SOSYAL DESTEĞİN İLAÇ UYUMUNA VE ÖZ-ETKİLİLİĞE ETKİSİ

ÖZET

KURU, Nuray. KOAH ve/veya Astımlı Yaşlılarda Sosyal Desteğin İlaç Uyumuna ve Öz-etkililiğe Etkisi (Yüksek Lisans), Çankırı, 2023.

Çalışmanın amacı KOAH ve/veya Astımlı Yaşlılarda Sosyal Desteğin İlaç Uyumuna ve Öz-etkililiğe Etkisi'ni saptamaktır. Çalışma örneklemi Ordu devlet hastanesine başvuran, çalışma kriterlerini uyan 138 hasta oluşturmuştur. Araştırma 01.05.2022-01.08.2022 tarihleri arasında 3 aylık süre içerisinde tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında hasta ve ilaç bilgi formu, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve öz-etkililik ölçeği kullanılmıştır. Toplanan veriler SPSS 23 programında analiz edilmiştir. Ölçek verilerinin normal dağılmasından dolayı parametrik testlerden t-Testi ve İkiden fazla grupta Grup Ortalamalarının Karşılaştırılması İçin ANOVA testi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki iki değişken arasındaki ilişkinin gücünün ve birbirleriyle olan ilişkilerinin ölçümü için pearson korelasyon testi uygulanmıştır.

Katılımcıların %38,4'ü kadın, %61,6'sı erkek hastalardan oluşmaktadır. Katılımcıların %36,2 KOAH ,%28,3'ü astım ,%35,5'i KOAH ve astım tanısı alan hastalardan oluşmaktadır. Bireylerin yaş ortalamaları 74,37± 7,900, tanı süresi 14,4 ± 14,5, hastanede yatış sayısı 4,01 ±6,33, günlük ilaç kullanım sayısı 4,49 ± 2,50 idi. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı ortalaması 47,25 ± 17,16, Öz-etkililik Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması 71,26 ± 9,11 idi. Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre; Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği geneli ile Öz-etkililik Yeterlilik Ölçeği geneli (r: -0, 241) arasında negatif yönlü düşük seviyede bir ilişki vardır.

Sonuç olarak bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanı arttıkça Öz-etkililik düzeylerinde azalma görülmektedir. Hastalara ve yakınlarına hastalık, sosyal destek, öz-etkililik ve ilaç uyumu üzerine eğitim verilmesi, eğitimlerin sıklaştırılması ve sağlık politikası haline dönüştürülmesi ve sosyal desteğin bağımlılık yönü araştırılması önerimizdir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, astım, sosyal destek, öz-etkililik, ilaç uyumu, hemşirelik

THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT ON DRUG ADDICTION AND SELF-EFFECTIVENESS IN ELDERLY WITH COPD AND/OR ASTHMA

SUMMARY

KURU, Nuray. The Effect of Social Support on Drug Compliance and Self-Efficacy in Elderly People with COPD and/or Asthma (M.Sc.), Çankırı, 2023.

The aim of the study is to determine the Effect of Social Support on Medication Adherence and Self-Efficacy in the Elderly with COPD and/or Asthma. The study sample consisted of 138 patients who applied to Ordu state hospital and met the study criteria. The research was completed in 3 months between 01.05.2022-01.08.2022. Patient and drug information form, multidimensional perceived social support scale and self-efficacy scale were used to collect data. The collected data were analyzed in SPSS 23 program. Due to the normal distribution of the scale data, t-Test from parametric tests and ANOVA test were used for the Comparison of Group Means in more than two groups. Pearson correlation test was applied to measure the strength of the relationship between the two variables between the scales and their relationships with each other.

38.4% of the participants were female and 61.6% were male patients. 36.2% of the participants were diagnosed with COPD, 28.3% with asthma, 35.5% with patients diagnosed with COPD and asthma. The mean age of the individuals was 74.37± 7.900, the duration of diagnosis was 14.4 ± 14.5, the number of hospitalizations was 4.01 ± 6.33, and the number of daily drug use was 4.49 ± 2.50. The mean score of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support was 47.25 ± 17.16, and the mean score of the Self-Efficacy Efficiency Scale was 71.26 ± 9.11. According to the results of the correlation analysis; There is a low negative correlation between the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in general and the Self-Efficacy Efficacy Scale in general (r: -0, 241).

As a result, as individuals' Multidimensional Scale of Perceived Social Support scores increase, their self-efficacy levels decrease. We suggest that patients and their relatives should be educated on the disease, social support, self-efficacy, and drug compliance, intensifying the training and transforming it into a health policy, and investigating the dependency aspect of social support.

Keywords: COPD, asthma, social support, self-efficacy, medication adherence, nursing

1. GİRİŞ

1.1 Çalışmanın Amacı

Çalışmanın amacı KOAH ve/veya astımlı yaşlılarda hastaya sunulan sosyal desteğin ilaç uyumuna ve öz-etkililiğe etkisini saptamaktır.

1.2 Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde bilim ve teknolojinin artmasıyla birlikte ortalama yaşam süresi uzamaktadır. Bununla birlikte kronik hastalıklar artmakta ve insanın hastalıkla birlikte yaşam süresi uzamaktadır. Hastalıkla birlikte geçirilen zamanda hastanın hastalığa uyumu, yaşam kalitesinin olabildiğince üst düzeyde olmasında sosyal desteğin etkisi daha önce yapılan araştırmalarda ortaya konmuştur. KOAH ve/veya astım, kronik hastalıkların başında gelen yüksek morbidite ve mortaliteye sahip olan hastalık grubudur (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014a). KOAH ve/veya astımlı bireyler gerek ilk tanı konulduğunda gerekse hastalığın süreci boyunca desteğe ihtiyaç duyarlar. KOAH ve/veya astımlı bireylerin yaş ortalamasının yüksek oluşu ve kronik yani hayat boyu devam etmesi ise destek ihtiyacını daha da önemli hale getirir (Cassel,1976). İlk tanı sürecinde daha çok bilgisel olarak desteğe ihtiyaç vardır. İnsanın psikososyal bir varlık olması sebebiyle hastalık sürecinde eski yaşantısında devam etmek ister. Fakat hastalığın seyrine bağlı olarak eski yaşantı mümkün olmamaktadır. Yapılan araştırmalarda hastaların sosyal ilişkilerinin azaldığı ve bireyin bu süreçte en çok ailesinden yardım gördüğü sonucuna varılmıştır. Birey yaptığı iş dolayısıyla işini kaybetmiş veya uzun hastane yatışları, tedavinin uzun ve sürekli oluşu maddi imkansızlıkları doğurmaktadır (Türk Toraks Derneği, 2017; American Thoracic Society, 2015). Bu süreç en çok hastanın psikolojisi etkiler ve şüphesiz ki hasta sevgi, ilgi bekler. Bulunduğu konumunu korumak takdir edilmek ve saygı görmek ister. Bireyin tüm bu ihtiyaçları sosyal destek mekanizmasıyla karşılanır ve psikolojik dayanıklılıkları artar. Bunlar sıraladığımız gibi duygusal, zihinsel, maddi, takdir ve saygı desteği şeklinde sıralanır. Psikolojik durumu iyi, yaşam kalitesinden ödün vermeyen birey tedavi sürecine daha çok uyum sağlar ve

hayat standartlarını hastalığın seyrine göre ayarlar. Yapılan araştırmalar hastaların psikolojik dayanıklılıkları artıkça yaşam doyumlarının arttığı yönündedir. Hastanın tedavi planına bağlı kalışı, ilaç uyumu tedavisini kolaylaştırır. Hastalığın seyri yavaşlatılır, alevlenmeler önlenebilir. Aldığı destekle, iyi bir eğitimle hastalar alevlenme dönemlerinde hangi ilaçları ne zaman kullanacaklarını bilirler. Alınan destek arttıkça hastanın ilaç uyumunun artacağı buna bağlı olarak hastanın, hastalığa bağlı gelişen hayat kalitesinde minimum etkilenme gerçekleşmekte, hastaneye yatışlar azalmaktadır. Bilinçli bir toplumla tedavi maliyetlerinin azaltılması sağlık politikası hedefleri arasında da yer almaktadır. Hastaya sunulan sosyal destek, öz-etkililiği (öz-yeterlilik) de etkilemektedir. Öz-etkililik düzeyi arttıkça hastanın önüne çıkan engellerle mücadele etme becerisi de artar. Sağlık sisteminin büyük çoğunluğunu oluşturan hemşireler hastaların hastalıkla mücadelesinin her evresinde etkin rol oynamaktadır. Eğitici, destekleyici, tedavi edici gibi birçok yönleriyle hastalara dokunmaktadır. Mevcut çalışmada amacımız sosyal desteğin ilaç uyumuna ve öz-etkililiğe olan etkisini saptamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 KOAH Tanımı, Morbiditesi, Mortalitesi, Prevelansı

Günümüzde teknoloji ve bilimin artmasıyla birlikte ortalama yaşam süresi uzamaktadır. Bununla birlikte bireyde gelişen kronik hastalıklarda artış göstermektedir. Bu kronik hastalıklardan bir tanesi de KOAH'tır. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (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 hastalıktır (GOLD, 2022; Dallar ve ark., 2015). KOAH yavaş yavaş gelişip 40 ve 50 yaşından sonra ortaya çıkarak balgam, hırıltılı solunum, nefes darlığı, göğüste sıkışma ve öksürük gibi semptomlara neden olmaktadır (WHO, 03 Ekim 2018; National Heart, Lung and Blood Institute, 2018). KOAH ülkemizde ve tüm dünya ülkelerinde yıldan yıla artış gösteren çok önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 2012 yılı raporuna göre tüm dünyada 56 milyon ölüm gerçekleşmiştir. Bu ölümün yaklaşık 38 milyonu kronik hastalıklar sebebiyle gerçekleştiğini bildirmiştir. Ölümlerin %46.2'sinin kardiyovasküler hastalıklar, %21.7'sinin kanserler, %10.7'sinin kronik obstrüktif akciğer hastalığının (KOAH) ve astımın dahil olduğu solunum sistemi hastalıkları, %4'ünün diyabet nedeniyle meydana geldiğini ve ölümlerin %82'sinden, bu dört ana bulaşıcı olmayan kronik hastalığın sorumlu olduğunu bildirmiştir (WHO, 2012). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından ülkemizde 2014 yılındaki toplam 375.291 ölümden 23.663'ünün KOAH nedeniyle olduğu, 2018 yılındaki ölüm nedenlerinde de ilk üç sıranın değişmediği ve %12,48 ile solunum sistemi hastalıklarının 3. sırada yer aldığı rapor edilmiştir (TÜİK, 2018). KOAH giderek artan iş görmezliğe yol açan sosyal ve ekonomik yüke sahiptir. DSÖ, 2030 yılında KOAH'ın dünya hastalıklar sıralamasında 3. Sırada yer alan mortalite nedeni olacağını düşünmektedir (Türk Toraks Derneği, 2017). Küresel Hastalık Yükü Çalışması'na göre 2019 yılında tüm dünyada KOAH nedeniyle gerçekleşen ölümler 3,28 milyondur. Bu ölümlerin %90'dan fazlası düşük-orta gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir (GBD, 2019). Dünyada önde gelen 10 ölüm nedeninin 2002-2030 yılları arasında ölüm sebebi sıralamasındaki yerlerinin değişimi tablo 2.1 de verilmiştir.

Tablo 2. 1: Dünyada önde gelen 10 ölüm nedeninin 2002-2030 yılları arasında ölüm nedeni sıralamasındaki yerlerinin değişimi (Kocabaş, 2010).

ÖLÜM NEDENLERİ	2002	2030
Alt Solunum Yolu Hastalıkları	2	8
KOAH	11	7
Tüberküloz	10	25
Serebrovasküler Hastalıklar	7	6
Unipolar Depresif Hastalıklar	4	2

2.1.1 KOAH'ın sınıflandırılması

KOAH'ın sınıflandırılmasında spirometrik ölçüm kullanılır. En yaygın ve güvenilir yöntemdir. Ölçüm yapmadan hemen önce değişkenliği en aza indirgemek için kısa etkili bronkodilatör verilir. Yeterli dozun uygulanmasından sonra 1. saniyede $FEV_1/FVC<0,70$ olması hastalık tanısı konulması için kullanılan en bilindik yöntemdir (GOLD, 2018). Hafif bronkodilatör sonrası FEV_1 temelinde ve $FEV_1/FVC<0,70$ olarak kabul edilerek sınıflandırılır.

- GOLD 1: Hafif : FEV1>%80 (Beklenen değerin)
- GOLD 2: Orta : %80>FEV1≥%50 (Beklenen değerin)
- GOLD 3: Ağır : %50>FEV1≥%30 (Beklenen değerin)
- GOLD 4: Çok ağır : %30<FEV1 (Beklenen değerin) (GOLD, 2018).

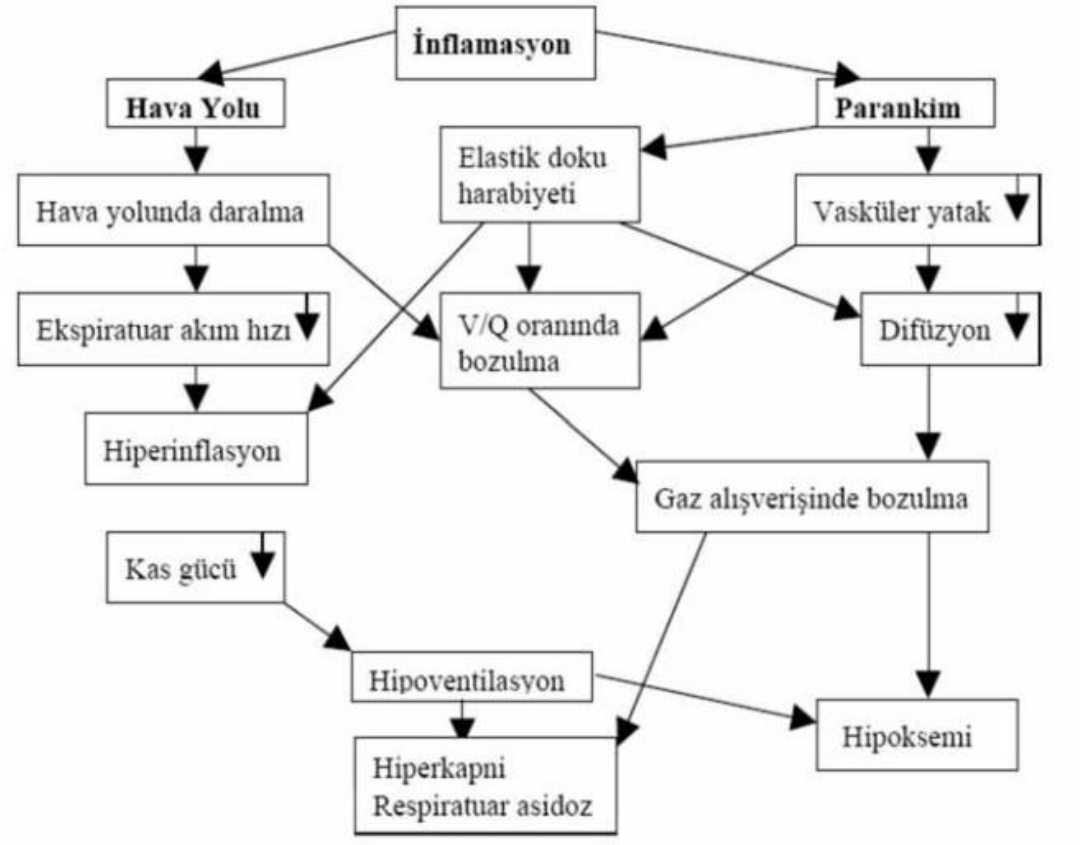
2.1.2 KOAH'ın fizyopatolojisi

Akciğerlerde solunarak alınan zararlı partiküller, gazlar beklenenin üzerinde inflamatuar cevap oluşturur (Türk Toraks Derneği, 2014). Oluşan inflamasyon sonucu akciğerler fizyolojik davranışlarında değişiklik ve patolojik davranış geliştirir. KOAH'ta sigara dumanı gibi zararlı gazlar, makrofajlar, aktifleşmiş nötrofil oksidan seviyesini artırır. Oksidan salınımı artıp antioksidan seviyesinde azalma görülür ve hastada oksidatif stres gelişir. Artan oksidanlar akciğerlerde biyolojik moleküllerle etkileşime girerek fonksiyon bozulmasına ve hücre hasarlarına yol açar. Oksidanlar birçok inflamatuar genlerin aktivasyonunu artırarak inflamasyon gelişimini ve devamını sağlar. Bronkokonstrüktif etkisi ile de hava akışının kısıtlanmasına neden olur. Oksidanların ve inflamasyonun etkisiyle proteazlar aktive,

antiproteazlar inaktive olarak proteaz/antiproteaz dengesini bozar. Artan proteazlar elastin (alveol membranın temel proteini) gibi proteinleri yıkıma uğratarak amfizem gibi destrüksiyona yol açarlar. KOAH'ta belirlenen en temel fizyopatolojik durum obstrüksiyondur. Oluşan amfizem sırasında gelişen tekrarlayıcı enfeksiyon hava yollarının koruyucu sisteminin bozulmasına neden olmaktadır (Başyiğit, 2010). Bu temel yapının dışındaki değişimler;

- Hava akımının kısıtlanması (FEV_1/FVC değerinde azalma),
- Gaz değişim anomalileri (Hipoksemi, V/Q dengesizliği),
- Mukus salınımında artış,
- Pulmoner hipertansiyon,
- Sistemik etkiler (Osteoporoz, kaşeksi, artmış CRP, depresyon…)(Başyiğit, 2010b).

KOAH'ın ilerlemesi ile beraber kalp, solunum merkezleri, sistemik damarlar, pulmoner dolaşım da oldukça negatif yönlü etkilenim gösterir. Bu oluşum sonucu KOAH mortalitesi yüksek, sistematik, kronik bir hastalık haline dönüşmektedir (Çevik Akyıl, 2012). KOAH'ın fizyopatolojik değişimleri tablo 2.1 de gösterilmiştir.



Şekil 2. 1: KOAH' ın fizyopatolojik değişimleri (Başyiğit,2010).

2.1.3 KOAH'ta belirti ve bulgular

Öksürük: Başlangıçta sabahları gece biriken mukusu temizlemek için gelişen öksürük zamanla gün içinde de sık sık ve her gün oluşmaya devam eder (GOLD, 2018).

Balgam Çıkarma: İlk aşamalarda beyaz ve saydam renkli olan mukusun miktarı ileri aşamalarda sarı-yeşile dönerek miktarında artış gözlenir ve yapışkan niteliktedir (Başyiğit, 2010a).

Dispne: Nefes darlığıdır. Kişinin hava açlığı çekmesidir (Türk Toraks Derneği, 2017).

Göğüs Ağrısı: Kişinin solunum sistem rahatsızlığı sonucu hem pulmoner hem kardiyak sistem bozukluğu sonucu gelişir. Kişi yerini belirlemekte zorluk çeker (Türk Toraks Derneği, 2014).

Hırıltılı Solunum: Kişinin akciğer parankim dokusunda gelişen membran bozukluk sonucu öksürük ve balgamla birlikte oluşur (GOLD, 2018).

2.1.4 KOAH'ın artışındaki risk faktörleri

Partiküllere maruziyet, yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, genler, beslenme, enfeksiyonlar ve ek hastalığa sahip olmak şeklinde sıralanabilir (Türk Toraks Derneği, 2017; Başyiğit, 2010)

2.1.4.1 Sigara

Sigara KOAH gelişmesine sebep olan en önemli faktörlerin başında gelir. Sigara kullanan kişilerde KOAH gelişme olasılığı kullanmayanlara göre 10 ile 30 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Geçmişte sigara kullanımı erkeklerde fazla olduğu için KOAH prevelansı erkeklerde daha yüksek seyretmekte iken son yıllarda yapılan çalışmalarda kadın ve erkeklerin tütün içiciliğinin birbirine yaklaşmasıyla cinsiyet farkı önemli ölçüde azalmıştır (Lamprecht ve diğ., 2011).

2.1.4.2 Mesleki çalışma ortamı

KOAH oluşumunda çalışma ortamında oluşan tozlar, hava kirliliği, kimyasal maddeler veya dumanlar önemli derecede risk oluşturmaktadır (Mannino ve Buist, 2007; Paulin ve diğ.,2015).

2.1.4.3 Genetik faktörler

Herediter alfa 1 antitripsin KOAH oluşumunu etkilemektir (Türk Toraks Derneği, 2010; Stoller ve Aboussouan, 2005).

2.1.4.4 Tekrarlayan pulmoner enfeksiyonlar

Enfeksiyonlar KOAH'ın gelişmesinde ve ilerlemesinde önemli ölçüde yer almaktadır (Türk Toraks Derneği, 2017). Çocukluk dönemlerinde geçirilen solunum sistemi enfeksiyonları ve azalmış akciğer fonksiyonları KOAH'ın gelişmesine yol açmaktadır (De Morco ve diğ., 2011).

2.1.4.5 Beslenme

A, C, D vitaminlerinin, magnezyum ve selenyum yetersiz alınması süregelen alkol tüketimi KOAH'ın artışında ilerlemeye yol açtığı belirtilmektedir (Bijanzadeh ve Ramachandra, 2011).

2.1.5 KOAH tanı yöntemleri

- Hastalık öyküsü
- Fizik muayene
- Spirometrik değerlendirme
- Görüntüleme yöntemleri
- Oksimetre ve arteriyel kan gazı değerlendirmesi
- Elektrokardiyagrafi ve ekokardiyografi
- Balgam örneği
- Fiziksel aktivitelerin değerlendirilmesi (Türk Toraks Derneği, 2014; Başyiğit, 2010a; Çevik Akyıl, 2012).

2.1.5.1 Hastalık öyküsü (Anamnez)

Kişinin risk faktörlerine ne kadar maruz kaldığı, ailesinin kronik hastalık öyküsü, hastanın solunum yolu hastalıkları dahil tüm tıbbi geçmişi, KOAH belirtilerinin sorgulanması, mevcut tedavinin öğrenilmesi ve uygunluğunun değerlendirilmesi, KOAH'ın beraberinde getirdiği kalp hastalıkları gibi komorbidite varlığının değerlendirilmesidir (Çevik Akyıl, 2012).

2.1.5.2 Fiziksel muayene

Oskültasyonla muayenede solunum sesi az duyulur. Ekspirasyon süresinde uzama gelişmiştir. Hastaya zorlu ekspirasyon yaptırılarak tanı konulması sağlanır (Türk Toraks Derneği, 2014; Başyiğit, 2010a).

Ekspirasyon sırasında 6 saniyeden fazla uzamış ekspirasyon hava akımı kısıtlılığını gösterir ve obstrüksiyona işarettir (Türk Toraks Derneği, 2014; Başyiğit, 2010a).

İnspeksiyon ile muayenede hastada basit fiziksel aktivitelerde dahi takipne, taşikardi ve solunum sıkıntısı mevcuttur. Hastanın solunum derinliği yüzeyeldir ve dinlenme halinde dahi 20'nin üzerindedir. Santral siyanoz ve büzük dudakla ekspirasyon gözle görülür (Türk Toraks Derneği, 2014; Başyiğit, 2010a).

Palpasyon ile muayenede karaciğer kot altında muayene edilebilir. Sebebi, artmış inflamasyona bağlı karaciğerin aşağı doğru hareket etmesidir. Pulmoner hipertansiyona bağlı gelişen korpulmonalede alt ekstremitelerde ödem oluşumu tespit edilebilir. Tanı koyma etkisi kısıtlıdır (Türk Toraks Derneği, 2014; Başyiğit, 2010a;).

Perküsyon ile muayenede sonoritede artma görülür. Hastada timpanik ses saptanabilir. Diyafragma hareketinde azalma görülür (Türk Toraks Derneği, 2014; Başyiğit, 2010a).

2.1.5.3 Spirometrik değerlendirme

Hastaya KOAH tanısı konulabilmesi için kısa etkili bronkodilatör verilir. Bronkodilatör sonrası ölçülen FEV_1/FVC oranı 0,70'in altında olması yeterlidir. KOAH düzeyi ise FEV_1/FVC oranına göre hafif, orta, ağır ve çok ağır şeklinde sınıflandırılır. Bu sınıflandırmaya göre tedavi planı şekillenir. En doğru ve objektif tanı şeklidir (Pellegrino ve diğ., 2005; Türk Toraks Derneği, 2010; Türk Toraks Derneği, 2017).

2.1.5.4 Görüntüleme yöntemleri

Akciğer grafisi ve kontrastlı bilgisayarlı tomografi çekim işlemleridir. Akciğer grafisi en kolay ulaşılabilir ve ilk başvurulan yöntemdir. Net tanı koymaya yardımcı olmasa bile akciğerde harabiyet tespiti ve başka hastalıkları elemek için kullanılır (Türk Toraks Derneği, 2010). Bilgisayarlı tomografi akciğerin doku ve yapısını küçük hava yollarını daha detaylı inceleyebilme fırsatı sunduğu için KOAH şüphesi duyulduğunda tercih edilen görüntüleme yöntemidir (Zhang ve ark., 2015).

2.1.5.5 Oksimetre ve arteriyel kan gazı

Oksimetre, saturasyon (SpO_2) değerini ölçer. Saturasyon kanda bulunan oksijenlenmiş kan düzeyini belirler. Solunum sıkıntısı bulunan hastalarda saturasyon değeri düşüş eğilimindedir. Oranın 0,92'nin altında olduğu durumlarda arteriyel kan gazı bakılarak hastanın oksijen ihtiyacı belirlenmelidir (Türk Toraks Derneği, 2017). Solunum yetmezliği tanısı konulabilmesi için arteriyel kan gazında $PaO_2<60$ mmHg ve/veya $PaCO_2>50$ mmHg olması gerekir (Türk Toraks Derneği, 2010).

2.1.5.6 Elektrokardiyografi ve ekokardiyografi

Elektrokardiyografi ve ekokardiyografi solunum sisteminin kalbe etkisinin (pulmoner hipertansiyon) saptanmasında etkin kullanıma sahiptir (Kıral, 2010). Ekokardiyografi daha çok kronik solunum yetmezliği ve uyku apnesi şüphesi olanlarda kullanılırken, elektrokardiyografi pulmoner hipertansiyon şüphesinde kullanılır.

2.1.5.7 Balgam örneği

Hava yolu inflamasyonunda ve akciğer hastalıklarında belirteçtir. Bu sebeple akciğer hastalıklarda tanı koymada, tedavi ve tedavinin etkisini saptamada aktif rol oynar (Başyiğit, 2010).

2.1.5.8 Fiziksel aktivite değerlendirmesi

Hafif hareketle artan solunum sayısı, taşikardi, kişinin basit günlük işlerinde dahi zorlanması, dudak büzük soluk vermesi, ekspirasyon süresinin uzun olması KOAH'a işarettir. Kişi konuşurken dahi aktif bir konuşma sergileyemez. Duraksayarak kelime kelime konuşur. Bunun yanı sıra hastanın fonksiyonel kapasitesini belirlemek için yürüme testleri gibi egzersiz testleri yapılır (Türk Toraks Derneği, 2014).

2.1.6 KOAH'ta tedavi yöntemleri

Tedavinin ilk aşaması hastalığı oluşturan ve alevlenmesini artıran risk faktörlerinden uzak durmaktır. Sigara kullanan hastaların sigara kullanımına son verilmesi, bırakmaya teşvik edilmesi eğer bırakamıyorsa tıbbi destek alıp nikotin yerine geçebilecek ilaçların kullanılmasına başlanması gerekir. Mümkünse hava kirliliği oluşturan çevre ve mesleki maruziyetten uzak kalınmalıdır. İş ve hayat

standartlarını değiştiren durumlarda aile ve sosyal çevrenin desteği büyük önem arz etmektedir. KOAH'ta tedavi yöntemleri; risk faktörlerinin azaltılması, farmakolojik tedavi, nonfarmakolojik tedavi ve alevlenmelerde tedavi şeklinde sıralanabilir (GOLD, 2018; Türk Toraks Derneği, 2017).

Risk faktörlerinin azaltılması: Sigaranın bıraktırılması ve maruziyetten kaçınma (gaz, duman, pasif içicilik) şeklinde iki başlık altında toplanır (GOLD, 2018; Karadağ, 2013; Türk Toraks Derneği, 2010).

Farmakolojik tedavi: Bronkodilatörler, kortikosteroidler, Alfa-1 antitripsin tedavisi ,antibiyotikler, mukolitik ve antioksidan ilaçlar, aşılama şeklinde sıralanır (Günen, 2018; Türk Toraks Derneği, 2017; Rabe ve ark., 2007).

Nonfarmakolojik tedaviler: Eğitim ve özyönetim, fiziksel aktivite, pulmoner rehabilite edici uygulamalar, beslenme desteği, hastaya oksijen verilmesi, noninvaziv mekanik ventilasyon desteği, cerrahi tedavi ve palyatif bakım uygulamaları şeklinde sıralanır (GOLD, 2018; Türk Toraks Derneği, 2017; Korkmaz Ekren ve Gürgün, 2013; Akçay ve ark., 2001).

Alevlenmelerde tedavi: Semptomlarına göre farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi yöntemleri ayrı ayrı ya da kombine bir şekilde kullanılır (İlvan, 2009).

2.2 Astım Tanımı Mortalitesi, Morbiditesi, Prevelansı

Astım doğrudan ya da dolaylı uyaranlara karşı gelişen hava yolu aşırı duyarlılığı ile ilişkili kronik hava yolu inflamasyonu ile karakterize heterojen bir hastalıktır (GINA,2020). Kelime kökü olarak yunanca aazin kelimesinden türemiş olan astım nefes nefese anlamına gelmektedir. Oluşumunda etyopatogenezi tam olarak açıklanamamakla birlikte genetik ve çevresel faktörler etkindir (Çelik, Mugan ve Bavbek,1999). Etyopatogenezi tam açıklanamadığı için hastalık tanımı klinik belirtileri ve hastalık özelliklerini tarif edici niteliktedir. Göğüste sıkışma hissi, öksürük, nefes darlığı hırıltılı solunum ve riversibble hava akımı kısıtlılığı ile açıklanır (Astım Tanı ve Tedavi Rehberi,2020). Hastalık semptomlarla birlikte çoğunlukla solunum yolu enfeksiyonları, aşırı egzersiz, hava değişimi (ortam değişikliği), alerji ve irritanlarla da tetiklenir. Hastalığın şiddeti kişiye özgü faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilir (Thomsen,2015).

Son yıllarda yapılan birçok çalışmada astım prevelansının arttığı bildirilmiştir. Astım dünya çapında 300 milyonu aşkın bireyi etkisi altına almaktadır ve bu sayı (2020-2025) yılları arasında 100 milyon fazla artış yapacağı düşünülmektedir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar sonucu nüfusun etkilenmesi %1-20 arasında değişmekte ve dünyada toplam 358 milyon kişi astımdan etkilenmiştir (GINA, 2020). DSÖ'nün 2015 yılında yapmış olduğu Küresel Hastalık Yükü çalışmasında astım, dünyada en çok görülen solunum sistemi hastalığıdır. Bu hastalık yılda gerçekleşen tüm kronik hastalıklara bağlı kayıpların %1,1 e denk gelmektedir (Collaborators GCRD,2015). Özellikle endüstriyel olarak gelişmiş ülkelerde, büyük metropollerde, kıyı kesimde yaşayanlarda, düşük sosyoekonomik düzeye sahip toplumlarda daha fazla olduğu bilinmektedir. Büyük bir sağlık yükü barındıran astım, etkilediği bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemekte ve düşürmektedir. Büyük ölçüde sosyal ve ekonomik maliyet oluşturmaktadır. Farklı toplumlarda, farklı coğrafi bölgelerde ve farklı yaş grubuna göre sıklığı değişmektedir (GINA, 2020). Ülkemizde de bir sağlık sorunu olarak devam etmekle beraber çalışmalar yetersiz bulunmakta prevelansı ve insidansı hakkında çok merkezli araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmalardan alınacak sonuçlarla riskli bölge ve gruplara yönelik önlemler alınmalıdır.

2.2.1 Astımın türleri

Astım altta yatan diğer etkenlerle iç içe geçmiş karışık heterojen bir hastalıktır. Hastalık olmasından farklı olarak çevresel ve genetik etmenlere karşı bir semptom olması tedavisini güçleştirmektedir. Doğru tedavinin yapılabilmesi için uygun tanının uygun astım çeşidinin saptanması önem arz etmektedir. Astım kendi içerisinde çeşitli fenotip ve endotiplere ayrılmıştır. Fenotip patofizyolojik bir etki olmaksızın hastalıktan doğrudan gözlenebilen klinik belirtilerdir. Endotip ise hastalık sonucunda gelişen farklı patofizyolojik sonuçlardır. Bazı fenotip sınıflandırması şu şekildedir (Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, 2020; Walford ve Doherty, 2014; GINA, 2020).

2.2.1.1 Alerjik astım

Astım türleri içinde en kolay tanı konulan astım türüdür. Oluşumunda ev tozu, akarlar, polenler veya tespit edilemeyen alerjenler etkindir. Hastaların anamnezinde çoğunlukla alerjik geçmiş veya genetik geçmiş aile öyküsü mevcuttur.

Hastalığın alerjik astım olduğu, alerji deri testleri ya da alerjene özgü kan testleri ile tespit edilmektedir. Bu tür hastalarda tedavi başlanmadan önce yapılan uyarılmış balgam incelemesinde çoğunlukla eozinofilik hava yolu inflamasyonu mevcuttur. Astımı olan hastalarda Th_2 hücrelerde üretilen sitokinler (IL-4, IL-5,IL-13), kronik mukozal inflamasyon, hava yolu hiperaktivitesi, interferonlar, interlökinler, treg hücreler, IgE gibi birçok faktör alerjik astımın oluşumunda rol oynar. Astım patogenezi oldukça dinamik ve kompleks bir süreçtir. Hastalıkta sebep bir alerjen ise spesifik immünoterapi geç kalınmadan uygulanmalıdır. Tedavide en iyi antiinflamatuar olan kortikosteroidlerin kullanılması öngörülmektedir. Alerjik astım fenotipini bulunduran hastalar çoğunlukla inhaler kortikosteroidlere iyi yanıt verir. Fakat uzun süre kullanılan kortikosteroidler treg hücrelerinin kaybına neden olur ve hastalığı uzun vadede daha da kötüye götürebilir (Walford ve Doherty, 2014).

2.2.1.2 Non-allerjik astım

Alerjik olmayan astımdır. Belirtiler alerjik astım ile aynıdır. Fakat alerji testleri yapıldığında alerjene pozitiflik göstermez. Sebebi diğer astım türleri gibi toz, deodorant, tütün dumanı ya da viral kaynaklı enfeksiyonlar olabilir. Daha çok yetişkin çağda ortaya çıkar. Tedavide inhaler kortikosteroidlere cevap diğer türlere göre daha azdır.

2.2.1.3 Geç başlangıçlı astım

Yetişkin çağda tanı konulan astım türüdür. Özellikle kadın bireylerde daha sıklıkla rastlanır. Alerjik özellik taşımazlar ve tedavide yüksek doz kortikosteroid gerektirir veya kortikosteroide dahi direnç gösterir (GINA, 2020).

2.2.1.4 Fiks hava akımı kısıtlılığı ile birlikte olan astım

Kronik astımı olan bazı hastalarda nadiren görülen bir durumdur. Hava yolunun yeniden yapılanması sonucu solunum sisteminde sabit şekilde hava kısıtlaması mevcuttur. Belirtiler ve klinik özelikler hastaya özgü şekilde değişiklik göstermektedir (GINA, 2020).

2.2.1.5 Obeziteyle ilişkili astım

Beden kitle indeksi 30 ve üzerinde olan bireyler obezite ile ilişkilendirilir. Obeziteyle birlikte inflamatuar sürecin artışı (hastada bki ile crp arasında pozitif

yönlü bir ilişki vardır), oksidatif stresin artması, fenotip değişikliklerin olması özelinde astım şiddeti daha ağır seyretmektedir. Fazla kilo ile birlikte gelen genellikle gece ve sabahın ilk saatlerinde oluşan öksürük, nefes darlığı, bunalma hissi hastanın astım şiddetini etkiler ve yaşam kalitesini etkiler. Obeziteye eşlik eden farklı kronik hastalıklar ve astım hastane yatışlarının artmasına ve klinik tablonun ağırlaşmasına neden olur. Obeziteyle ilişkili astımda klinik tablolar kişiye özgü şekilde değişmektedir. Tedavi prosedüründe, astımın tedavisiyle birlikte obezitenin tedavisi ve kontrol altına alınması da yer almaktadır (Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, 2020).

2.2.1.6 Mesleksel Astım

İş yeri şartlarında alerjenlerle (gaz, buhar, duman …) temas sonucu hava yolu hassasiyeti (aşırı duyarlılığı) veya hava yolu daralmasıdır. Hastalık iki şekilde ortaya çıkabilir, uzun yıllar sessiz seyreder toksinleri mikroorganizmaları vücutta biriktirir ve yıllar sonrasında bir anda ortaya çıkar veya işyerinde kısa sürede yoğun maruziyete bağlı ortaya çıkabilir. Solunan, vücuda alınan mikroorganizmanın fiziksel ve kimyasal özellikleri, çalışan kişinin özellikleri ve işyerinde alınan koruyucu önlem özelliklerine göre mesleki astım oluşumunda değişiklikler olabilir. Mesleksel astım gelişiminde en önemli adımlardan biri koruyucu sağlık hizmetleridir. Hastalığın çıkması engellenmeli ya da en aza indirilmelidir. Hastalık edici ajanlardan çalışan bireyler korunmalıdır. Maske kullanımı artırılmalı, kullanılan alan havalandırılmalı gibi önlemler alınmalıdır. Riskli birimlerde çalışanların maruziyetleri azaltılmalı ve düzenli aralıklarla kontrol yaptırılmalı ve erken tanı alınması sağlanmalıdır (Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, 2020).

2.2.2 Astımın risk faktörleri

Astımın risk faktörleri kişisel etkenler ve çevresel etkenler olmak üzere iki ana başlık altında toplanır (Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, 2020; GINA, 2021).

2.2.2.1 Kişisel etkenler

Genetik: Genetik faktörler astımın ortaya çıkmasında başta gelen etmendir. Genlerin kendi aralarındaki uyumu çevresel etmenlerle birleşince astıma olan eğilimi artırır. Astımla ilişkili spesifik bir gen henüz bulunamamasına karşın 600 ün üstünde

gen astım etkileşimine aday gösterilmiştir (Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, 2020; Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 2018-2023).

Cinsiyet: Çocukluk döneminde erkek cinsiyet daha fazla olmakla beraber yaş ilerledikçe fark kapanmakta yetişkin dönemde ise kadınlarda daha fazla astım olduğu saptanmaktadır (GINA,2015).

Obezite: Astıma eşlik eden en önemli komorbidelerden biri obezitedir. Obezite astım oluşumunda ve ilerlemesinde direkt etken olarak gösterilir. BKİ 30 kg/m2 fazla olanlarda daha çok gelişmekte ve kontrolü daha güçleşmektedir. Obez astımlılar diğer astımlılara göre daha çok komorbid hastalıklara ve daha düşük solunum fonksiyonlarına sahiptir. Obezite akciğer fonksiyonları üzerinde yoğun etkiye sahiptir ve proinflamatuar salınımına etkisi, hormonal ve nörolojik etkileriyle beraber etkisini gözler önüne sermektedir. Daha belirgin solunum semptomlarına ve yan etkilere sahiptirler (Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, 2020; GINA, 2021).

2.2.2.2 Çevresel etkenler

Çevresel faktörler astımın ortaya çıkmasında etkin olduğu kadar var olan astımın gelişiminde alevlenmesinde de etkindir (American LungAssociation, 2020; Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, 2020; GINA, 2021; Olgun ve diğerleri, 2017).

Allerjenler: Ev tozu akarları, kedi köpek tüyleri, polenler gibi alerjenlerin astımın gelişimindeki etkisi tam olarak açıklanamamakla beraber etkin olduğu düşünülmektedir (Ho, 2010)**.** Alerjenle temas, temas süresi, maruziyet miktarı, temas eden bireyin genetik faktörlerine göre değişkenlik gösterir. Ev tozu akarları, hamam böceği küf gibi alerjenler kişinin alerjene ne kadar duyarlı olmasıyla da ilişkilendirilmektedir (American LungAssociation, 2020; Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, 2020; GINA, 2021; Olgun ve diğerleri, 2017).

Mikroorganizmalar: Hava yolu ve bağırsak flora bakterileri etkindir.

İnfeksiyonlar: Astımın patogenezinde bakteriyal ve viral enfeksiyonlar önemli rol oynar. Hava yolunun inflamatuar hastalığı olarak da adlandırılan astım, oluşan inflamasyon sonucu solunum yolunun hiperaktivitesi artar ve astım belirtilerini artırır. Clamidia enfeksiyonları özellikle ileri yaşta astım gelişimini artırır. Astımda inflamasyonu saptamak için spontan veya indüklenmiş balgamdan testler yapılır. Balgamdaki mediyatörler ve inflamatuar hücrelere bakılır. Bu

hücreler; eozinofil, nötrofil veya balgamdaki total hücre sayısına bakılarak tanı konulabilir ve önlemler alınabilir. Fakat maliyet yüksek olması ve tanı koymanın zorluğu nedeniyle çok kullanılmamaktadır. Ayrıca KOAH astım gibi tanısı olan bireyler solunum sistemindeki atopi ve aşırı duyarlılık sebebiyle infeksiyonlara karşı daha da savunmasızdır (Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, 2020; GINA, 2021).

Mesleki duyarlılaştırıcılar: Bireyin çalıştığı ortamda (işyerinde) hastalık yapıcı faktörlere (toz, koku, tütün dumanı, maden ocağı) maruz kalması sonucu astımın oluşmasıdır. Bireye maruziyetin başlangıcından sonra aylar hatta yıllar sürebilir. Astım oluşumunda olduğu gibi immünolojik mekanizmalar etkindir. Maruziyete bağlı havayolunun hassasiyeti ve hastalığı mevcuttur. Hastalığın ortaya çıkması için gerekli doz kişiden kişiye değişiktir. Hastalanmada kişisel özelliklere bağlı değişikliklerde olabilir. Aynı ortama maruz kalmış A kişisi hasta olurken B kişisi olmayabilir. Mesleki duyarlılaştırıcıları azaltmak için koruyucu önlemler alınmalıdır. İşyerinin solunum sistemi hastalıkları açısından risk düzeyi bilinmeli, gerekli önlemlerin kalitesi ona göre düzenlenmelidir (American Lung Association, 2020; Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, 2020; GINA, 2021).

Sigara ve Hava kirliliği: Aktif ve pasif içiciler sigara dumanının yaymış olduğu 4500 den fazla zararlı bileşene maruz kalırlar. Aktif içiciler direkt sigara dumanını solunum yoluna çekerek akciğerlerin zarar görmesine hava yolunun ve yararlı hücrelerin harabiyetine neden olurlar. İçerisinde bulunan partiküler maddeler ve nitrojen dioksit özellikle astımla ve solunum yolu hastalıklarıyla ilişkilendirilir. Annenin hamilelik döneminde içtiği sigarada çocuğun maruziyetini artırır ve prematüre bebeklerin doğuşuna ve buna bağlı akciğer gelişmesinde eksikliklere yol açabilir. Zararlı partiküllere (sigara dumanı, sanayi atık dumanları …) maruz kalan bireylerde ve çocuklarda direkt astım tanısının konulmasıyla ilişkilendirilmese dahi akciğer dokusunda ve yapısında harabiyete yol açtığı, solunum fonksiyonlarında sorunlarının ortaya çıktığı, astımın ve solunum sistemi hastalıklarının alevlenmesine, hastane yatışlarının artmasına sağlık harcamalarını artmasına yol açtığı bilinmektedir. Sigara kullanan bireyler sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilmeli, kendisine ve çevresine verdiği zararlar hakkında bilinçlendirici sağlık politikaları desteklenmelidir. Pasif içicilerde de aynı şekilde maruziyeti azaltıcı önlemler alınmalı kişinin kendisini korumaya yönelik eğitim almaları

sağlanmalıdır (Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, 2020; GINA, 2021; Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 2018-2023).

Diğer Etkenler: Annenin gebelik döneminde ve özellikle ilk bir yıllık emzirme döneminde kullandığı aşırı parasetamolün astım gelişimine yol açtığı düşünülmektedir. Annenin doğum yaşının (özellikle 30 yaş üzeri doğum) astım gelişimi üzerinde etkili olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konulmuş araştırmalar devam etmektedir. Vajinal doğumla doğan bebeklerde kanal boyunca mikrobiyatalara maruz kalış sonucu astım gelişiminde azalma olduğu da araştırmalar sonucu ortaya konmuştur (Olgun ve diğerleri, 2017).

2.2.3 Astım tanılama ve sınıflama yöntemleri

- Anamnez
- Fizik Muayene
- Solunum Fonksiyonlarının Ölçümü
- Spirometre
- PEF Ölçümü
- Hava Yolunun Aşırı Duyarlılığının Ölçülmesi
- Akciğer Grafisi
- Serum IgE ve Deri Pick Testi
- Eozinofil Sayımı

Astım tanı koymasında da her hastalıkta olduğu gibi iyi bir anamnez alınmalıdır. Hastanın geçmiş hastalık öyküsü, ailesindeki kronik hastalıkların varlığı, kişinin şikayetleri ne gibi tetikleyicilerden sonra belirti gösterdiği, hastadaki belirti bulgular hasta tarafından ifade edilmesine fırsat sunulmalıdır. İkinci adımımız ise hastaya gerekli fiziksel muayene yapılmalıdır. İnspeksiyon, palpasyon, oskültasyon, perküsyon tüm açıdan hasta değerlendirilmelidir. Akciğer sesleri dinlenmeli, hastanın nefes alışverişi, büzük dudak ekspirasyonu var mı bakılmalı, siyonatik görüntüye sahip mi, interkostal çekilmelerin varlığına ve uykuya meyil var mı bakılmalıdır. Alerjik rinitte bulanan geniz akıntısı gibi üst solunum yolları hastalıkları mevcutluğu sorgulanmalıdır (Çakmak, 2005). Akciğer grafisi astımda direkt tanı konulmasına yardımcı olmasa bile diğer hastalıkların dışlanmasına ve normal akciğer/hasta akciğer farkının saptanması bakımından tanı koymaya yardımcıdır. Deri pick testi ve IgE hastanın alerjene maruziyetini gösterir. Alerjik astın tanısı koymada yardımcıdır. Kanda 1 mm de 300 den fazla eozinofil bulunması tanı koymada destekleyici bulgu olabilir (Çakmak, 2005). Solunum fonksiyonlarının ölçülmesi ise havayolu kısıtlılığının derecesini ortaya koymak için kullanılır. Tanı

koymada destekleyicidir. İşlem yapılırken sonucu değiştireceğinden hastanın solunum yolu enfeksiyonu geçiriyor olmaması gerekir. Sonucun normal çıkması tanıyı dışlamaz. En önemli primer tanı koymaya yardımcı ölçüm FEV ölçümüdür. FEV_1/FVC oranına bakılır. Zorlu vital kapasitedir. Oranın 0,75-0,80 in üzeri olması beklenir. Fakat yaşlılarda yaşla birlikte gelişen akciğer hücre yaşlanması ve harabiyetine bağlı 0,70 üstü normal kabul edilir. Bu değerlerin altında kalan ölçümler astım tanı varlığı açısından destekleyici unsurlarla beraber değerlendirilmelidir. PEF ölçümü ise evde uygulanabilirliği ve kolay ulaşılabilirliği sebebiyle sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. PEFmetre ile ölçülür. Zirve ekspiratuar akım demektir. Hastaya üç kez üflettirilir. En yüksek çıkan değerle en düşük değer arasındaki farka bakılır. Erişkinlerde farkın %10 un üzerinde olması astım yönünde değerlendirmeye sebeptir. Hastada astım belirtilerinin var olduğu ancak FEV ölçümlerinde normal sonuçlar veren PEF değerlendirmesi yapılamayan hastalarda ise hava yolunun aşırı duyarlılığına bakılır. Metakolin ve histamin verilerek üçüncü basamak ileri merkezli hastanelerde yapılan bir işlemdir (Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, 2020; Birol ve Sütçü, 2020; GINA, 2021; Olgun ve diğerleri, 2017; Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 2018-2023; Douglass ve O'Hehir, 2006).

2.2.4 Astımda tedavi yöntemleri

Astım tedavisinde hasta, aile, sağlık çalışanları ve kişinin sosyal çevresi bir bütün olarak rol alır. İşbirliği içinde hareket edilmesi hastalığın kontrol atında tutulmasında, ilerlememesinde ataklardan korunmasında yardımcıdır (F. Çiftçi, 2011; GINA, 2021). Astım tedavisine yönelik GINA'nın 2020 hedefleri şu şekilde sıralanabilir.

- Hastanın astım atakları geçirmesini önlemek
- Verilen ilaçların olası yan etkilerinden kaçınmak
- Solunum Fonksiyonunu normale en yakın seviyede tutmak
- Astımın ilerlemesini önlemek(Kalıcı hava yolu obstrüksiyon gelişmesini önlemek)
- Astımda mortaliteyi en aza indirmek (GINA, 2020).

Tedavi yöntemleri astım eğitimi, farmakolojik tedavi, basamak tedavisi, alevlenme döneminde tedavi şeklinde 4 ayrı grupta sınıflandırılabilir Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmunoloji Derneği, Türk Toraks Derneği,2020;Boulet, Vervloet, Magar ve Foster,2012). .

2.2.4.1 Astım eğitimi

Hastanın sağlık çalışanları (hekim, hemşire…), yakınları ile işbirliği içerisinde hareket etmelidir. Astım hakkında bilgi sahibi olmalı ve dikkat etmelilerdir. Hasta astımı tetikleyici maruziyetten kaçınmalı, ilaçlarını düzenli kullanmalıdır. Kişinin aldığı sosyal destek, ilaç uyumuna ve öz-etkililiğine yardımcı olacaktır. Hasta desteklenmelidir (Bozbaş, 2011; GINA, 2021; Türk Toraks Derneği Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, 2020).

2.2.4.2 Farmakolojik tedavi

Düzenli kullanılan kontrol edici tedavi ve Lüzum halinde kullanılan rahatlatıcı tedavi olmak üzere iki başlık altında toplanır. Kontrol edici ilaçlar uzun süreli kullanılır inflamatuar önleyici ilaçlardır. Rahatlatıcı (Kurtarıcı) ilaçlar ise bronkodilatasyon sağlayan ilaçlardır. Gerektiğinde kullanılır (Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, 2020; GINA, 2021; Boulet, Vervloet, Magar ve Foster, 2012).

2.2.4.3 Basamak tedavisi

Basamaklar doz artırımı ve azaltımı şeklindedir. 5 basamaktan oluşur. Kişi astımını en az 60-90 gün kontrol altında tutabilirse basamak inilir. Doz, ilaç azaltılır. Kontrol altında tutamazsa basamak çıkılır (Astım tanı ve tedavi rehberi güncellenmesi, 2016).

2.2.4.4 Alevlenme tedavisi

Hastada tedaviye rağmen artan ve geçmeyen öksürük, göğüste sıkışma hissi gibi semptomlarda artış görülür. Tedavi de basamak atlanır doz artırımına gidilir ya da ilaç eklenir. Duruma göre ilaç değiştirilebilir. Düzenli ilaçlarının yanı sıra rahatlatıcı kısa etkili ilaç eklenebilir. Uzman görüşüne ihtiyaç vardır. Hasta duruma göre hastaneye yatırılabilir ve uzman takibinde tedaviye devam edilir. Kişinin kendi hastalığını daha iyi yönetebilmesi için ‘yazılı eylem planı’na sahip olmalıdır. Yazılı eylem planında kişinin hastalığını nasıl yöneteceği, hangi durumlarda ekstra ilaç kullanacağı, ne zaman hastaneye başvurması gerektiği gibi bilgiler içerir. Bu plan kişinin kendisine ve ailesine anlatılmalı, kişilerin anlayabileceği düzeyde olmalıdır. Bu konuda sağlık okuryazarlığı seviyesi önem arz etmektedir (Danek ve diğerleri,2010; Bai, Vonk, Postma ve Boezen, 2007; Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, 2020; GINA,2020).

2.3 Sosyal Destek

İnsan doğumundan ölümüne kadar sosyal bir varlıktır. Yaşadığı süre boyunca insanlarla etkileşim ve iletişim halindedir. İnsanın çevresinden kendi dışından aldığı her türlü desteğe sosyal destek denir. Sosyal destek ile ilgili çalışmalar 1970'li yıllarda başlamış ve literatürde yerini almıştır.

Bireyin aldığı sosyal destek ve içerisinde bulunduğu sosyal çevre, bireyin stresle ve gelişen olumsuz durumlarla baş etmedeki etkisi oldukça yüksektir. Bireyin yaşam boyunca geçirdiği psiko-sosyal süreçler sağlık durumunu etkiler (Cassel, 1976).

Pfingstmann'a göre (1987) sosyal destek bireyin özellikle desteğe ihtiyacı olduğu zor zamanlarında bağlantıda olduğu kişilerden (eşi, ailesi, komşusu, iş arkadaşları, din görevlisi) kullanıma hazır olan yardımdır.

Bireyin yaşadığı stres sıklığının yanı sıra, sosyal desteğin bireyin ruh hali üzerinde direkt olarak etkisi vardır. Çünkü sosyal ilişkileri bireye, düzenli pozitif ve durağan yaşantılar, sosyal ödüller ve toplum içinde uyum ve uygun roller sağlamaktır (Cohen ve Wills,1985).

Başka bir tanıma göre sosyal destek, sosyal açıdan yardıma ihtiyaç duyan bir kişiye yardımda bulunabilecek kişilerin sayısı olarak da ifade edilir. Sosyal desteği anlatırken şu kavramlarda önem kazanır: Etkileşim, başa çıkma, saygı, aidiyet, yeterlilik ve değişimdir.

House ise 1981 yılında sosyal desteği 4 ana başlık altında toplamıştır. Duygusal destek, araçsal destek, bilgi desteği ve geri bildirim desteğidir. Cohen ve Wills ise (1985) sosyal desteği beş ana başlık altında toplamıştır. Bunlar da şu şekilde sıralanır; bilgisel, sosyal, araçsal, duygusal ve takdir desteğidir.

Her bir teorisyene göre farklılık olmasına rağmen sosyal desteğin 5 ortak fonksiyonu vardır;

- İş oryantasyonuna yardım sağlanması
- Geri bildirim ve değerlendirme olması
- Sosyal bağlılık ve entegrasyon özelliği
- Yeni bilgilerin öğrenilmesi, sağlanması
- Emosyonel destek (duygusal destek) (Sorias, 1990)

2.3.1 Sosyal destek türleri

Sosyal destek türleri duygusal destek, zihinsel destek, maddi destek, saygı ve takdir desteği olmak üzere dört ana grupta incelenebilir.

2.3.1.1 Duygusal destek

Kişinin duygu gereksinimini sağlayan sevgi, güven, saygı duyulma ve duyma, empati, ilgi görme ve kendini bir gruba bir örgüte ait hissetmesini sağlayan destek türüdür. Bireyin diğer insanlarla kurduğu iletişimde kabul edildiğini değer gördüğünü hissettirir. Brown, dostu olmayan insanların olanlara göre yaşam stresinden daha fazla etkilendikleri, benlik saygılarının düşük ve psikopatolojik semptomlarının daha çok olduğunu ifade etmiştir (Yıldırım, 1997; Banaz 1992). KOAH dünyada görülen kronik hastalıkların başında gelen bir türüdür. Kronik hastalıkların tedaviyle geçmesi mümkün değildir. Semptomlar azaltılır ve hastaya hastalıkla başa çıkma yolları öğretilir. Şüphesiz ki hastanın bu süreçteki en büyük destekçileri ailesi, arkadaşları ve sosyal çevresidir. KOAH devamlı ve sürekli tedavi ister. Düzensiz aralıklarla alevlenme dönemleri şeklinde seyreder. Bu süreçte uzun süren hastane yatışları, hastanın devamlı hastaneye bağlı oluşu ve süregelen hekim kontrolleri hastada ciddi bir psikolojik çöküntüye sebep olur. Hasta bu süreçte çevresinden sevgi görmesi, ilgi görmesi, hastalık öncesinde sahip olduğu saygınlığı hissetmek ister. Hastanın bu süreçle başa çıkabilmesi için çevresinden duygusal destek görmesi gerekir.

2.3.1.2 Zihinsel (Bilişsel) destek

Hastanın sorunlarını çözmeye yönelik olan destek türüdür. Hastalar özellikle yeni tanı aldıklarında veya hastalık sürecinde farklı olumsuz bir durumla karşılaştıklarında ne yapacaklarını bilemez ve boşluğa düşerler. Bu süreçte öğrendikleri en küçük bilgi psikolojilerini olumlu yönde etkiler (Gabay, 1992; Yıldırım 1997). KOAH tedavi ve rehabilitasyon süreci olarak üzerinde oldukça çalışılan ve devamlı gelişim halinde olan kronik hastalıktır. Stabil tedavinin dışında yeni ortaya çıkan bilgileri öğrenmeleri de bilgisel bilişsel destek türüne girer.

2.3.1.3 Maddi destek

Bireyin günlük görevlerini, sorumluluklarını ve ihtiyaçlarını yerine getiremediği dönemde başka kişiler tarafından uzatılan yardım elidir. KOAH' ta uzun süren tedavi, alevlenme dönemlerine bağlı uzun hastane yatışları maddi kayıplara neden olur. Örneğin hasta KOAH'ı tetikleyecek mesleği maruziyete neden olacak bir işte çalışıyorsa (maden ocağı) işini kaybedip maddi sıkıntılar yaşayabilir (Sorias 1990, Pugliesi and Shook 1998).

2.3.1.4 Saygı ve takdir desteği

Hastaların karşılaştıkları problemlerle başa çıkabilmek için özgüvenlerini geliştirmeye yönelik geliştirilen destek türüdür. Kendi problemleriyle ilgili kararları alabilecek seviyeye getirilmesi ve sorunları çözebilme becerisi ve cesaretinin kazandırılmasıdır (Yıldırım 1997).

2.3.2 Sosyal destek modelleri

Sosyal destek, sosyal birliktelik ve gereksinimlerin en önemli fonksiyonlarından biridir. Bu sayede hastanın sosyal ve duygusal ihtiyaçları giderilmiş olur. Sosyal desteğin etkileri iki ana başlık altında toplanır. Birincisi direkt etki ikincisi ise tampon etkidir (Özgür, 1993).

2.3.2.1 Direkt etki modeli

Direkt etki bireyin genel iyilik haline doğrudan olan etkisidir. Hastaya verilen sosyal desteğin hastadaki direk yansıması veya ana etkisi şeklinde ifade edilir. Bireyin herhangi bir koşula bağlı olmayan ve temel ihtiyaçlarını giderdiği, kasıtlı olmayan, planlanmamış bireyin psikolojisi üzerine doğrudan etkisi olan etki modelidir (Özgür, 1993).

2.3.2.2 Tampon etki modeli

Sosyal destek, zorluk çıkaran durumlarda aşılması güç durumlar meydana getiren kaynaklar ile tampon görevi görür. Bu etki model özellikle kriz durumlarının azalmasını veya ortadan kalkmasını sağlar. Bir kriz esnasında, sosyal destek vasıtasıyla en aza indirgenir veya tamamen ortadan kaldırılabilir (Eisenberg, 2010). Kriz ve stres durumlarında tampon görevi görür (Özgür, 1993).

2.4 İlaç Uyumu

Dünyada gelişen teknoloji ile birlikte yaşam süreside artmıştır ve yaşlı nüfusu artmaktadır (World Health Organization, 2015). Bununla beraber sağlık sorunlarının bakım yönetimi de önem kazanmıştır. Yaşam süresinin artmasıyla beraber kronik hastalıklar artmış hastalıkla beraber geçirilen yaşam süresi de uzamıştır (Oktay ve Akıncı, 2001; Özdemir ve ark., 2016). Bu durum sağlık bakım maliyetini ciddi oranda artırmaktadır ve hastalık yönetimi daha da önem kazanmıştır. Sağlık yönetiminin en önemli faktörlerinden biri de ilaç uyumudur. İlaç uyumu bir kişinin (bireyin) sağlık profesyonellerinin önerilerini kabul edip, davranışları ile ne ölçüde uyum sağladığını göstermesidir (Kerry, 2015; WHO, 2003). Öğrendiği bilgileri uygulaması davranışa dökmesi gerekir. Kronik hastalıklarda tekrarlı yatışların azalması, hastalık komplikasyonlarının en aza indirgenmesi öz bakım ve öz-yeterlilik artması için ilaç uyumuna ihtiyaç vardır. İlaç uyumu hastalığın ilerleyişini ve tedavi maliyetini önemli ölçüde etkiler. Hastalık sürecinde hekimlerin doğru tanıyı koyup doğru tedaviye başlaması kadar hastaların tedaviyi doğru anlayıp uygulamaya odaklanmaları gerekir. Her farklı birey için uyumsuzluğun nedeni belirlenmeli sorunu ortadan kaldırmaya yönelik çalışmalar yapılması tedavinin başarısını olumlu yönde etkilemekte, istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasını engellemekte nihai sonuçta sağlık harcamasını da azaltmaktadır. Uyum, hasta bireyin ve hizmeti sunan profesyonelin uzlaşması, bireyin aydınlatıldığı, hastanın tedavi seçeneklerini farkında olduğu kendi yaşam standardına uygun yaklaşımla tedavi sürecinin belirlenmesi gerekir. İlaca uyumsuzluk istenmeyen komplikasyonların ortaya çıkmasına, prognozun kötüleşmesine, ölüm riski ve tedavi maliyetini de artıran önemli bir halk sağlığı sorunudur (Gray, 2012).

Her hastanın tedaviye uyumsuzluğu birbiriyle aynı olmaz ve farklılıklar gösterebilir. Tedaviye kısmen uyumsuz olabilir veya tamamen uyumsuz olabilirler. Doğru tanı konulan hastada beklenen sonuç alınmıyorsa ve koruyucu ilaç tedavisinin etkisi pozitif yönlü izlenmiyorsa hastada ilaca karşı uyumsuzluk olduğu düşünülebilir. Uyumsuzlukları;

- Bir veya birden fazla ilaç dozunu unutarak atlamak,
- Unutkanlık dışı sebeplerle istemsiz olarak bir veya daha fazla ilaç dozunu atlamak,
- Bilinçli doz atlamak

- Tedaviyi bilinçli şekilde tamamen bırakmak şeklinde sınıflandırılabilir (WHO, 2003).

2.4.1 Uyumsuzluğun nedenleri

Uyumsuzluklar sosyal, kültürel, ekonomik faktörler, sağlık sistemine ait faktörler, sağlık ekibine ait faktörler, hastalığa ait faktörler, hastaya ait faktörler, tedaviye ait faktörlere bağlı karmaşık davranışsal bir sağlık sorunudur (Rajpura, 2014).

2.4.1.1 Sosyal, kültürel, ekonomik faktörler

Hastanın inançları, yetişme tarzı, gelenek görenekler, almış olduğu sosyal destek (ailesinden, arkadaşlarından, sosyal çevresinden), sağlık hizmetine erişim durumu (ulaşım, kırsal kesimde yaşama…), hastalığı hakkında bilgi kirliliği veya yanlış bilgilere sahip olma, hastanın hastalığı hakkında eterince bilgi sahibi olmaması ve durumunun farkında olmaması gibi sebeplerle tedaviye uyumsuzluk gösterebilir (Özdemir, 2011; Gülhan 2013; Çobanoğlu ve ark., 2003).

2.4.1.2 Sağlık sistemine ait faktörler

Hastanın hekimine kolay ulaşılabilir olması, randevu sisteminin genişletilmesi ve kolaylaştırılması, sosyal güvencesi olmayan bireylerin devlet güvencesinden yararlanmasının kolaylaştırılması, muayene ve ilaç giderlerinin karşılanması hizmete erişimi kolaylaştırır (Özdemir, 2011; Gülhan 2013).

2.4.1.3 Sağlık ekibine ait faktörler

Sağlık profesyonelleri öncelikle hastanın tedaviye uyumsuzluk göstereceğinin farkında olmalı, hastaya hastalığı hakkında ilaç kullanımı, tedavi seçenekleri hakkında aydınlatıcı olmalıdır. İletişim becerileri gelişmiş olmalıdır (Özdemir, 2011; Gülhan 2013; Lindstrom ve Bingerfors ,2000; Rettenbacher ve ark., 2004).

2.4.1.4 Hastalığa ait faktörler

Hastada komorbidite varlığı, hastalığının ilerlemiş olması veya sürecinin ağırlığı, hastalığın sebep olduğu istenmeyen komplikasyonlar (hareket kısıtlılığı, el-ayak becerilerinden kısıtlanma ya da engel durumu, görme bozukluğu, işitme sorunu) ilaç uyumunu etkiler (Aker ve ark., 2000; Çobanoğlu ve ark. 2003; Özdemir, 2011; Gülhan 2013).

2.4.1.5 Hastaya ait faktörler

Hastanın yaşı, zeka seviyesi, eğitim düzeyi, verilen talimatı anlama ve uygulama derecesi, uyum davranışı, umursamazlık, yaşantıdaki çeşitli güçlükler, çekingenlik (soru soramama) tedaviye yönelik algı, tedaviyi kendi kendine test etme çabası (kendi kendine ilaç bırakmak, bırakırsam ne oluru test etmek) şeklinde sıralanabilir (Özdemir, 2011; Gülhan 2013; Lacro et al, 2002; Rusch ve Corrigan, 2002).

2.4.1.6 Tedaviye ait faktörler

Uyulması güç tedavi planı (polifarmasi, uyku saatlerine denk gelen ilaçlar, sık doz aralığı), karmaşık tedavi planı, uzun tedavi süresi, tedavinin istenmeyen etkilerinin ortaya çıkması ilaca uyumu güçleştiren faktörlerdendir. Uyumsuzluğun ilk belirtileri hastada görülür. Uyumsuzluk; verilen tedavinin başarısızlığı, hastalığın ilerlemesi ve alevlenmesi, beklenmeyen komplikasyonların gelişmesi veya ölümle sonuçlanabilir. Hastaneye başvurma sayısında, hastaneye yatışlarda veya yatış süresinin uzamasına neden olur. Oluşan uyumsuzluk hem birey hem hasta bağlamında maliyet artışına neden olur (Aker ve ark., 2000, Çobanoğlu ve ark. 2003).

2.4.2 Uyumu Artıracak Önlemler

Tedaviye uyumu artırmanın ilk şartı hastayı, hastalığı ve tedavisi hakkında bilgilendirmek, tedavi kararlarına katılmasını sağlamaktır. Tedaviye hasta merkezli yaklaşımda bulunulmalıdır. Hastaya zaman ayırmak, onu dinlemek ve anlamak, muhtemel uyumsuzluk kaynaklarının öngörülmesine ve hastanın uyumla ilgili sorunlarını rahatça paylaşmasına öncülük edilmelidir. Hastanın yaşam tarzına uygun basit uygulanabilir tedavi yolu seçilmelidir. Hatırlatıcılar kullanılması (dijital alarmlar, listeler), ilaç saklama kutuları, teknoloji araçlı girişimlerde bulunmak (Bizim hasta grubumuz yaşlı olduğu için etkisi az olabilir) uyumu artıracak faktörler arasında yer alır. Uyum sosyal desteğin yüksek olduğu bireylerde daha yüksektir. Çevresinden destek gördüğü için ve denetlendiği için daha çok uyum sağlar (Krousel-Wood ve ark., 2004; Farmer, 1999).

2.5 Öz-etkililik

Bireyin farklı olay ve durumlarla baş etme, belli bir etkinliği başarma kabiliyeti, kapasitesine ilişkin kendini algılayışı ve kendine inancıdır (Kulakçı,2012; Sevinç ve Argon, 2014; Selzler ve ark., 2020). Öz-etkililik kavramı 1977 yılında Psikolog Albert Bandura tarafından ilk kez kullanılmıştır. Bandura sosyal bilişsel kuramında öz-etkililiği merkez haline getirmiştir. 1998 yılında Senemoğlu tarafından öz yeterlilik olarak adlandırılan öz-etkililik; kişinin gelecekte karşılaşabileceği başedilmesi zor durumların üstesinden gelmede ne derecede başarılı olabileceği hakkında kendi içindeki yargısı, inancıdır (Senemoğlu, 1998).

Öz yeterlilik bireyin yapması ya da yapmaması gereken faaliyetlerde etkinlik gösterir. Öz-etkililik seviyesi yüksek bireyler düşük olanlara kıyasla sorumluluk üstlenme, bir faaliyeti başlatma, sürdürme, sonlandırma ve engellerle mücadele gibi faktörlerde daha etkin ve başarılıdır (Staples et al., 1998; Bandura, 1997; Bandura 1994). Bandura'ya göre öz-etkililik temelde 4 ana kaynağa dayanmaktadır (Bandura, 2012). Bunlar;

Dolaylı Deneyim: Başkalarının deneyimine tanıklık etme ve onlardan ders çıkarıp kendine rehber edinmedir.

Performans Başarıları: Bireyin davranışa özgü deneyimlerini kapsar.

Sözel ikna: Davranışa ilişkin çevrenin desteği sosyal desteği kapsar.

Öz Değerlendirme: Bireyin psikolojik durumu, kendi iç muhasebesini yapma durumunu kapsar.

Birey öz-etkililik durumunu saptayıp öz-etkililiğini artırdığında üzerinde durduğu konu üzerinde harcadığı çaba daha ısrarlı, süreklilik arz eden ve güçlü olacaktır. Hastada algılanan öz-etkililik düzeyi arttıkça olumlu sağlık davranışı seviyesinde artışlar gözlenmektedir (Pender, 1982).

2.5.1 Öz-etkililiği harekete geçiren süreçler

Öz-etkililiği harekete geçiren süreçler bilişsel, motivasyonel, duygusal ve seçim süreci şeklinde 5 ana başlıkta toplanır.

2.5.1.1 Bilişsel süreç

Birey yaşadığı ve yaşayabileceği olayları bilişsel süzgeçten geçirir. Yeni bir olay düşünce karşısında iyi veya kötü neler yaşayabileceğinin tahmininde bulunur ve sonuçlarını önceden analiz eder. Böylelikle kendi yaşamını etkileyen olayları kontrol mekanizmasını bilişsel süreçte geliştirir (Bandura, 2012).

2.5.1.2 Motivasyonel süreç

Bireyler bilişsel olarak ürettikleri motivasyonlarıyla kendilerini sürece hazır hale getirirler ve ileri görüş kabiliyetleriyle kendi hareketlerinin öncüsü olurlar. Motivasyonel süreçte bireyin çevresinden aldığı sosyal destekte önemli rol oynar (Schwarzer 2008).

2.5.1.3 Duygusal süreç

Bireyin kendini algılama biçimiyle alakalı bir süreçtir. Öz-etkililik algısı ne kadar yüksekse birey daha çok sorumluk içeren, yüksek potansiyel gerektiren etkinliklerde etkin olmak isteyecek ve daha çok faaliyet göstereceğine inanacaktır. Düşük seviyede algılanan öz-etkililik durumunda birey daha kaygılı ve streslidir (Bandura, 2012).

2.5.1.4 Seçim süreci

Bireyin seçtiği etkinliğe göre hayatını şekillendirmesidir. Genellikle baş edebileceği kapasitede işler yüklenirler ve sınırlarının dışına çıkmazlar. Kendi kapasitelerine uygun durumları isteyerek seçerler (Bandura, 2012).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi ve Yeri

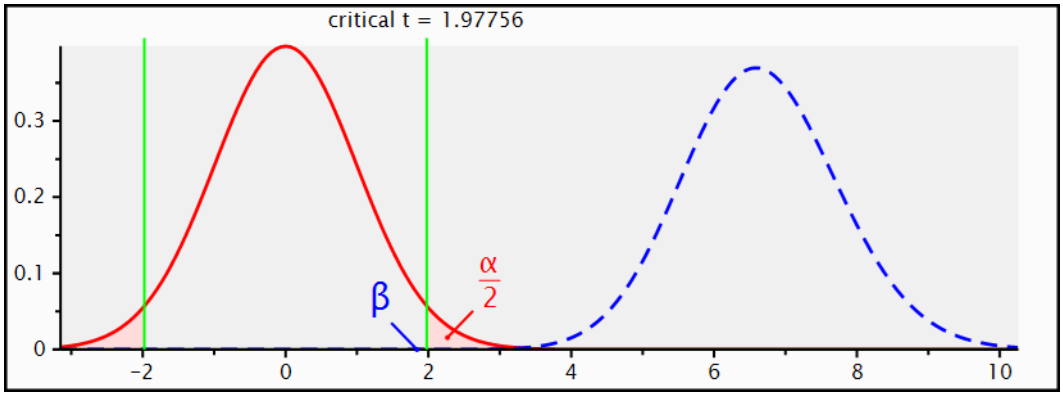
Bu araştırma KOAH ve/veya astımlı hastalarda sosyal desteğin ilaç uyumuna ve öz-etkililiğe etkisini saptamak için analitik türde yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

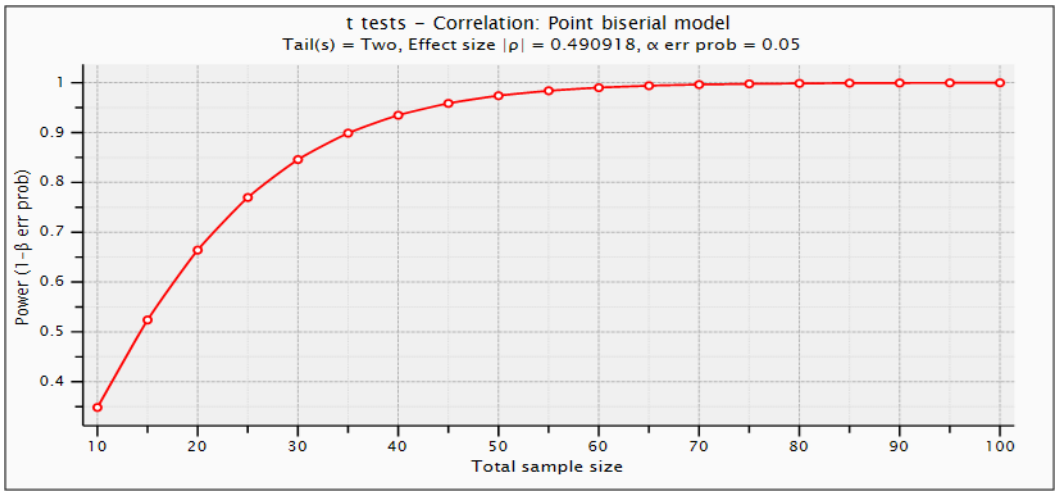
Araştırmanın evrenini Ordu Devlet Hastanesine başvuran hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi için %95 güven aralığında, 0,05'lik yanılma payı ile 138 kişiye ulaşılmıştır (Bujang,2016). Veriler sorumlu araştırmacı tarafından dahiliye ve göğüs polikliniklerinde yüz yüze toplanmış ve görüşme yaklaşık 20 dk sürmüştür.

Post hoc G power analizi

Çalışma 138 kişi ile tamamlanmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği geneli ile, Öz-etkililik Yeterlilik Ölçeği geneli için ilişki oranı r: -0, 241 alınarak çalışmanın etki büyüklüğü 0,490 olarak belirlenmiştir. Ulaşılan 138 kişi ile 0,5 hata payı ile çalışmanın gücü %95 olarak hesaplanmıştır. G power analiz ve G power t-test korelasyon şekil 3.1 ve şekil 3.2'de verilmiştir.



Şekil 3. 1: G power analiz



Şekil 3. 2: G power t-test korelasyon

3.2.1 Araştırmaya dahil edilme ölçütü

- KOAH ve/veya Astım tanısı almış olmak
- 65 yaş üzeri birey
- Çalışmaya katılmayı kabul eden

3.2.2 Araştırmadan dışlama ölçütü

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- 65 yaş altı birey
- KOAH ve/veya Astım tanısı olmaması

3.3 Veri Toplama Araçları

3.3.1 Hasta ve İlaç bilgi formu

Form araştırmacı tarafından literatür taranarak hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve hastalık bilgilerinin sorulduğu 19 madde ve ilaç uyumunu değerlendirmeye yönelik 5 maddenin yer aldığı toplam 24 maddelik bir formdur (Jia et al,2020; O'Dwyer et al, 2020; Poowuttikul, 2020).

3.3.2 Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği

1985 yılında Cohen ve Wills tarafından sosyal desteğin önemi vurgulanmıştır. Üzerine çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Ölçek Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda sosyal desteğin kişinin kendi izlenimi kendi nasıl algıladığı, kişiye nasıl yansıdığı üzerine çalışılmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenirliği 1995 yılında yapılmıştır (Eker, Arkar ve Yaldız, 1995). Ölçek 12 maddeden oluşmakta, her biri 4 maddeden oluşan 3 grup

şeklindedir. Bunlar özel bir insan, aile ve arkadaşlardır. Her bir madde 1 den 7 ye kadar derecelendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek puan 7 ile 84 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Eker ve Arkar'ın yaptıkları çalışmada beş farklı grupta çalışıp algılanan sosyal destekte anlamlı olduğunu saptamıştır (Eker ve Arkar, 1995). ÇBASDÖ'nin güvenirlik (Cronbach's Alpha) katsayısı α=.89 olarak hesaplanmıştır.

3.3.3 Öz-etkililik ölçeği

Bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendi yargısına öz-etkililik denir. Bireyde önemli olan öz-etkililik algısıdır. Algısı yüksek olan bireyler sağlığı geliştiren davranışlar kazanmada davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir avantaj elde ederler. Sağlık davranışı kazanmada bireyin öz-etkililik yeterlik algısı majör bir belirleyicidir. Kişinin özel beklentisine de katkıda bulunur. Ölçek 1982 yılında Sharer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Sharer et al, 1982; Sharer ve adam, 1983). Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği 1998 yılında Gözüm ve Aksayan tarafından Ölçeğin güvenilirlik katsayısı r=92 bulunmuştur. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 81 bulunmuş ve Türkçe formatta geçerli ve güvenilirdir. Ölçek 23 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1 den 5 e kadar numaralandırılmaktadır. Davranışa başlama, davranışı sürdürme, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele olmak üzere 4 faktörde gruplandırılmıştır. Ölçek likert tipidir. Her soru için verilen puanlar esas alınır. Ancak bazı sorular ters yönde puan almaktadır. Bu nedenle birey en düşük 23, en yüksek 115 puan almaktadır. Puan arttıkça öz-etkililik düzeyi artar (Gözüm ve Aksayan, 1999).

3.4. Veri Analizi

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği normallik testleri Skewness, Kurtosis, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirilmiştir. Ayrıca verilerin dağılımlarını değerlendirmek için histogram görüntüsü değerlendirilmiştir. Sonuç olarak ölçeğin veri dağılımının normal dağılmasından dolayı parametrik istatistiksel analizlere başvurulmuştur. İki grup arasındaki sayısal değişikliklerin grup ortalamalarının karşılaştırılması için t-testi ve ikiden fazla grupta

grup ortalamalarının karşılaştırılması İçin ANOVA testi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki iki değişken arasındaki ilişkinin gücünün ve birbirleriyle olan ilişkilerinin ölçümü için pearson korelasyon testi uygulanmıştır. İlaç uyumu ile ilgili soruların sosyodemografik özelliklere göre oranları pearson ki kare testi ile analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4. 1: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=138).

		n	%	
Cinsiyet	Kadın		53	38,4
	Erkek		85	61,6
Medeni Durum	Bekar		31	22,5
	Evli		107	77,5
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil		40	29,0
	Okur Yazar		13	9,4
	İlköğretim		73	52,9
	Lise		9	6,5
	Yüksekokul		3	2,2
Çocuğunuz Var Mı?	Evet		133	96,4
	Hayır		5	3,6
Meslek	Memur		2	1,4
	İşçi		5	3,6
	Emekli		60	43,5
	Ev Hanımı		42	30,4
	Serbest Meslek		29	21,0
Gelir Durumunuzu Nasıl Değerlendiriyorsunuz?	Gelir Giderden Az		58	42,0
	Gelir Giderden Fazla		5	3,6
	Gelir Gidere Denk		75	54,3
Aile Tipi	Çekirdek Aile		76	55,1
	Geniş Aile		39	28,3
	Parçalanmış Aile		2	1,4
	Yalnız		21	15,2
Kimlerle Birlikte Yaşıyorsunuz?	Yalnız		15	10,9
	Eş ile		52	37,7
	Eş ve Çocuk ile		44	31,9
	Kurum		27	19,6

Katılımcıları %38,4'ü kadın, %61,6'sı erkek hasta idi. hastaların %77,5'i evli, %29'u okuryazar değil ve %52,9'u ilköğretim mezunu idi. katılımcıların %96,4'ünün çocukları var ve %43,5'i emekli idi. bireylerin %54,3'ü gelir durumlarını gelir gidere denk olarak değerlendirmektedir. Bireylerin %55,1'i çekirdek aileden oluşmaktadır. Katılımcıların %37,7'si eşi ile %31,9'u eş ve çocukları ile yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %19,6'sı kurumda yaşamaktadır (Tablo 4. 1).

Tablo 4. 2: Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=138).

		n	%
Hastalık tanısı	KOAH	50	36,2
	Astım	39	28,3
	KOAH ve Astım	49	35,5
İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?	Evet	115	83,3
	Hayır	23	16,7
Eşlik eden kronik hastalık	Evet	85	61,6
	Hayır	53	38,4
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	27	19,6
	Hayır	111	80,4
Hastalığınızın aile ilişkinize etkisi	İlişkiler güçlendi(Dayanışma arttı)	54	39,1
	İlişkilerim zayıfladı	11	8,0
	Hiçbir değişiklik olmadı	73	52,9
Bakım ihtiyacınız kim ya da kimler tarafından karşılanıyor?	Aile üyesi	116	84,1
	Bakıcı	4	2,9
	Yok	18	13,0

Bireylerin %36,2'si KOAH tanısı, %35,5'i KOAH ve astım tanısı mevcuttur. Bireylerin %61,6'sının hastalıklarına ek bir kronik hastalıkları var idi. Bireylerin %83,3'ü ilaçlarını düzenli kullandıklarını ifade etmektedir. Bireylerin %80,4'ü sigara kullanmadıklarını ifade etmiştir. Bireylerin %52,9'u hastalıklarının aile ilişkilerine hiçbir değişikliği olmadığı belirtmektedir. Bireylerin %84,1'inin bakım ihtiyaçlarını aile üyelerinin karşıladıklarını belirtmiştir (Tablo 4. 2).

Tablo 4. 3: ÇBASDÖ, öz-etkililik yeterlilik ölçeği (ÖEYÖ) ve ilaç uyumu soruları ortalama puanları dağılımı.

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Cronbach's Alpha
Yaş	65	98	74,37	7,900	
Tanı süresi/yıl	2	20	14,40	14,530	
Hastaneye yatış/kere/yıl	1	10	4,01	6,337	
İlaç/Gün	1	10	4,49	2,503	
ÇBASDÖ toplam puan(12-84)	11,00	77,00	47,25	17,160	0,906
Aile alt boyutu(4-28)	4,00	28,00	14,55	8,353	0,898
Arkadaş alt boyutu(4-28)	4,00	28,00	16,81	6,671	0,754
Özel bir insan alt boyutu(4-28)	3,00	21,00	15,89	3,925	0,713
ÖEYÖ toplam puan	40,00	98,00	71,26	9,110	0,673
Davranışa başlama alt boyutu	9,00	40,00	22,76	6,839	0,806
Davranışı sürdürme alt boyutu	8,00	33,00	20,10	5,293	0,654
Davranışı tamamlama alt boyutu	5,00	25,00	18,36	4,482	0,811
Engellerle mücadele alt boyutu	4,00	15,00	10,03	2,870	0,687

Bireylerin yaş ortalamaları 74,37± 7,900, tanı süresi 14,4 ± 14,5, hastanede yatış sayısı 4,01 ±6,33, günlük ilaç kullanım sayısı 4,49 ± 2,50 idi. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı ortalaması 47,25 ± 17,16, Öz-etkililik Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması 71,26 ± 9,11 idi (Tablo 4. 3).

Tablo 4. 4: Katılımcıların ilaç uyum sorularına verdikleri cevapların dağılımı.

Maddeler	**Evet**		**Hayır**		**Bazen**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
İlacımı her gün alırım	39	28,3	53	38,4	46	33,3
İlacımı aynı saatte alırım	35	25,4	55	39,9	48	34,8
İlacımı doktorumun önerdiği dozda alırım	37	26,8	60	43,5	41	29,7
ilacımı almayı unuturum	32	23,2	62	44,9	44	31,9
İnhaler cihaz ile ilaç alırken zorlanırım.	24	17,5	62	45,3	51	37,2

Katılımcıların %38,4'ü ilaçlarını her gün almadıklarını, %39,9'u ilaçlarını aynı saatte almadıklarını, %43,5'i ilaçlarını doktorunun önerdiği dozda almadıklarını,

%44,9'u ilaç almayı unuttuklarını, %45,3'ü ise inhaler ilaç kullanırken zorlandıklarını belirtmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4. 5: İlaç uyumu sorularının cinsiyete göre oranlarının karşılaştırılması.

		Cinsiyet		
		Kadın	**Erkek**	**Test değeri**
İlacımı her gün alırım	Evet	10(25,6%)	29(74,4%)	X^2: 4,417 p: ,110
	Hayır	25(47,2%)	28(52,8%)	
	Bazen	18(39,1%)	28(60,9%)	
İlacımı aynı saatte alırım	Evet	13(24,5%)	22(25,9%)	X^2 :0,099 p: 0,952
	Hayır	22(41,5%)	33(38,8%)	
	Bazen	18(34,0%)	30(35,3%)	
İlacımı doktorumun önerdiği dozda alırım	Evet	17(45,9%)	20(54,1%)	X^2 :1,280 p: ,527
	Hayır	22(36,7%)	38(63,3%)	
	Bazen	14(34,1%)	27(65,9%)	
ilacımı almayı unuturum	Evet	12(37,5%)	20(62,5%)	$X^{2:}$ 0,185 p: 0,912
	Hayır	25(40,3%)	37(59,7%)	
	Bazen	16(36,4%)	28(63,6%)	
İnhaler cihaz ile ilaç alırken zorlanırım	Evet	7(29,2%)	17(70,8%)	X^2: 1,343[a] p:0 ,511
	Hayır	24(38,7%)	38(61,3%)	
	Bazen	22(43,1%)	29(56,9%)	

X^2 Pearson Ki kare değeri, $p<0.05$ istatiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bireylerin ilaç uyumu ile ilgili sorulara verdikleri cevapları cinsiyete göre oranları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4. 6: İlaç uyumu sorularının cevaplarının medeni duruma göre oranlarının karşılaştırılması.

		Bekar	**Evli**	
İlacımı her gün alırım	Evet	9(23,1%)	30(76,9%)	X^2:0,153
	Hayır	11(20,8%)	42(79,2%)	p: 0,926
	Bazen	11(23,9%)	35(76,1%)	
İlacımı aynı saatte alırım	Evet	10(28,6%)	25(71,4%)	X^2:1,015
	Hayır	11(20,0%)	44(80,0%)	p:0,602
	Bazen	10(20,8%)	38(79,2%)	
İlacımı doktorumun önerdiği dozda alırım	Evet	10(27,0%)	27(73,0%)	X^2:2,049
	Hayır	10(16,7%)	50(83,3%)	p:0,359
	Bazen	11(26,8%)	30(73,2%)	
ilacımı almayı unuturum	Evet	5(15,6%)	27(84,4%)	X^2:1,444
	Hayır	14(22,6%)	48(77,4%)	p:0,486
	Bazen	12(27,3%)	32(72,7%)	
İnhaler cihaz ile ilaç alırken zorlanırım	Evet	6(25,0%)	18(75,0%)	X^2:0,198
	Hayır	13(21,0%)	49(79,0%)	p: 0,906
	Bazen	12(23,5%)	39(76,5%)	

X^2 Pearson Ki kare değeri , $p<0.05$ istatiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir

Bireylerin ilaç uyumu ile ilgili sorulara verdikleri cevapların medeni durumlara göre oranları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4. 7: İlaç uyumu sorularının cevaplarının bireylerin yaşadığı kişilere göre oranlarının karşılaştırılması.

		Yalnız	Eşim	Eş ve çocuk	Diğer	
İlacımı her gün alırım	Evet	5(12,8%)	18(46,2%)	10(25,6%)	6(15,4%)	X^2 : 3,954
	Hayır	4(7,5%)	19(35,8%)	17(32,1%)	13(24,5%)	p:0,683
	Bazen	6(13,0%)	15(32,6%)	17(37,0%)	8(17,4%)	
İlacımı aynı saatte alırım	Evet	4(11,4%)	11(31,4%)	10(28,6%)	10(28,6%)	X^2 :3,476
	Hayır	7(12,7%)	21(38,2%)	17(30,9%)	10(18,2%)	p:0,747
	Bazen	4(8,3%)	20(41,7%)	17(35,4%)	7(14,6%)	
İlacımı doktorumun önerdiği dozda alırım	Evet	4(10,8%)	16(43,2%)	8(21,6%)	9(24,3%)	X^2 :3,756
	Hayır	6(10,0%)	22(36,7%)	23(38,3%)	9(15,0%)	p:0,710
	Bazen	5(12,2%)	14(34,1%)	13(31,7%)	9(22,0%)	
ilacımı almayı unuturum	Evet	2(6,3%)	18(56,3%)	7(21,9%)	5(15,6%)	X^2 :6,709
	Hayır	7(11,3%)	19(30,6%)	23(37,1%)	13(21,0%)	p:0,349
	Bazen	6(13,6%)	15(34,1%)	14(31,8%)	9(20,5%)	
İnhaler cihaz ile ilaç alırken zorlanırım	Evet	3(12,5%)	13(54,2%)	2(8,3%)	6(25,0%)	X^2 :8,794
	Hayır	7(11,3%)	20(32,3%)	25(40,3%)	10(16,1%)	p:0,186
	Bazen	5(9,8%)	19(37,3%)	16(31,4%)	11(21,6%)	

X^2 pearson ki kare değeri, $p<0.05$ istatiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir

Bireylerin ilaç uyumu ile ilgili sorulara verdikleri cevapların bireylerin yaşadığı kişilere göre oranları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4. 8: ÇBASDÖ'nin hasta özellikleri ile karşılaştırılması

Özellikler	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)			
	Aile alt boyutu	**Arkadaş alt boyutu**	**Özel bir insan alt boyutu**	**ÇBASDÖ toplam puan**
Cinsiyet	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**
Kadın	15,5472±8,13248	17,5849±6,55578	16,6415±3,57929	49,7736±16,19786
Erkek	13,9294±8,47656	16,3294±6,73546	15,4235±4,07775	45,6824±17,64546
Test değeri	t: 1,107 p: ,270	t: 1,076 p: ,284	t: 1,787 p: ,076	t: 1,366 p: ,174
Medeni durum	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**
Bekar	10,5806±7,49566	14,5484±5,88126	14,2903±4,79718	39,4194±15,09917
Evli	15,7009±8,2670	17,4673±6,76746	16,3551±3,52686	49,5234±17,11523
Test değeri	t: -3,098 **p: ,002**	t: -2,174 **p: ,031**	t: -2,634 **p: ,009**	t: -2,968 **p: ,004**
Eğitim durumu	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**
okuryazar değil[a]	13,4000±8,72603	16,7500±6,31137	16,3000±3,58916	46,4500±16,48612
Okur yazar[b]	11,4615±8,94069	14,6154±7,17099	15,0000±3,67423	41,0769±18,96251
İlköğretim[c]	14,9315±8,01964	16,5616±6,84143	15,5753±4,14634	47,0685±17,38241
Lise[d]	18,6667±7,44983	20,1111±5,71061	18,6667±2,12132	57,4444±14,85018
Yüksekokul[e]	21,6667±5,68624	23,3333±1,15470	13,6667±5,68624	58,6667±5,50757
Test değeri	F: 1,804 p: 0,132	F: 1,678 p: 0,159	F: 1,801 p: 0,132	F: 1,598 P: 0,179
Bonferroni/Tamhane	……..	……..	…….	……
Çocuğunuz var mı?	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**
Evet	14,4286±8,38856	16,8195±6,76761	16,0075±3,90512	47,2556±17,39630
Hayır	17,8000±7,36206	16,6000±3,57771	12,8000±3,49285	47,2000±9,95992
Test değeri	t: -,885 p: ,378	t: ,072 p: ,943	t: 1,808 p:,073	t: ,007 p: ,994

Tablo 4.8 (Devam): ÇBASDÖ'nin hasta özellikleri ile karşılaştırılması.

Özellikler	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)			
	Aile alt boyutu	**Arkadaş alt boyutu**	**Özel bir insan alt boyutu**	**ÇBASDÖ toplam puan**
MESLEK	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**
Memur	14,5000±3,53553	18,0000±8,48528	13,5000±2,12132	46,0000±9,89949
İşçi	22,2000±3,49285	18,8000±5,63028	16,8000±1,78885	57,8000±10,18332
Emekli	14,3000±8,68917	16,8667±6,95863	16,0500±4,36638	47,2167±18,33131
ev hanımı	15,7381±8,21082	17,9524±6,23113	16,7619±3,53939	50,4524±15,99573
serbest meslek	12,0345±7,88526	14,6207±6,63548	14,3103±3,45485	40,9655±16,23375
Test değeri	F: 1,987 p: ,100	F: 1,225 p: ,303	F: 2,028 p: ,094	F: 1,859 p: ,121
Gelir durumu	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**
Gelir giderden az[a]	13,6207±7,88921	15,0172±6,45495	14,8966±4,33140	43,5345±17,19875
Gelir giderden fazla[b]	22,8000±6,41872	21,2000±6,68581	14,8000±5,40370	58,8000±16,23884
Gelir gidere denk[c]	14,7200±8,58591	17,9067±6,54542	16,7333±3,30574	49,3600±16,69572
Test değeri	F: 2,890 p: ,059	F: 4,398 p: ,014	F: 3,943 p: ,022	F: 3,155 p: ,046
Bonferroni/Tamhane	…….	a<b,c	c>a,b	a<b,c
Aile Yapısı	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**
Çekirdek Aile[a]	14,7368±7,99895	17,1842±6,64271	16,4474±3,23891	48,3684±16,59465
Geniş Aile[b]	16,5128±9,11584	18,0000±6,42364	16,6410±3,11606	51,1538±16,79840
Parçalanmış Aile[c]	5,0000±,00000	7,0000±,00000	8,5000±3,53553	20,5000±3,53553
Yalnız[d]	11,1429±7,15741	14,1905±6,39233	13,1905±5,63577	38,5238±16,17906
Test Değeri	F: 2,880 p: ,038	F: 3,157 p: ,027	F: 7,625 p: ,000	F: 4,536 p: ,005
Bonferroni/Tamhane	c<a,b,d	c<a,b,d	a=b>c,d	b>d

Tablo 4.8 (Devam): ÇBASDÖ'nin hasta özellikleri ile karşılaştırılması.

Özellikler	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)			
	Aile alt boyutu	**Arkadaş alt boyutu**	**Özel bir insan alt boyutu**	**ÇBASDÖ toplam puan**
Kiminle yaşıyorsunuz	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**
yalnız yaşıyorum[a]	11,0000±6,92820	14,4000±6,93645	14,2667±5,96977	39,6667±17,60546
eşimle birlikte yaşıyorum[b]	14,2692±8,33164	17,2500±6,83955	16,3077±3,35798	47,8269±17,52166
eşimle, çocuklarımla yaşıyorum[c]	17,3864±7,84506	18,2500±6,15356	16,9091±2,91602	52,5455±15,26274
Diğer[d]	12,4444±8,84627	14,9630±6,58951	14,3333±4,43760	41,7407±16,86734
Test Değeri	F: 3,349 p: ,021	F: 2,154 p: ,096	F: 3,656 p: ,014	F: 3,502 p: ,017
Bonferroni/Tamhane	a<b	……	d<c	b>d
Hastalık tanısı	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**
KOAH	13,6200±8,54494	15,3400±6,22244	15,2000±3,77964	44,1600±16,97581
astım	16,1538±7,72058	18,4359±6,49208	17,1026±3,40893	51,6923±15,38310
KOAH ve Astım	14,2245±8,62232	17,0204±7,04891	15,6327±4,29483	46,8776±18,24444
Test değeri	F: 1,067 p: ,347	F: 2,447 p: ,090	F: 2,810 p: ,064	F: 2,165 p: ,119
Bakımınıza kim yardımcı oluyor	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**
Aile üyesi[a]	14,6897±8,45182	17,1466±6,30011	16,5517±3,22853	48,3879±16,31045
Bakıcı[b]	13,2500±8,99537	16,2500±7,27438	14,2500±2,36291	43,7500±17,46186
Yok[c]	13,9444±7,99612	14,7778±8,69453	12,0000±5,74968	40,7222±21,51554
Test değeri	F: ,110 p: ,895	F: ,997 p: ,372	F: 12,681 p: ,000	F: 1,656 p: ,195
Bonferroni/Tamhane	……	……	a>c	……

Bireylerin cinsiyet, eğitim durumu, çocuk varlığı, meslek dağılımı ve hastalık tanısı özellikleri açısından ÇBASDÖ ve alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir. Evli bireylerin bekar bireylere göre aile alt boyutu, arkadaş alt boyutu, özel insan alt boyutu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$). Gelir durumu gelir giderden az olarak ifade eden bireylerin arkadaş alt boyutu puanları diğer gruplara göre istatistiksel olarak düşük olduğu, gelir gidere denk olarak ifade edenlerin özel bir insan alt boyutunu puanı diğer gruplara göre

yüksektir. ÇBASDÖ toplam puanları gelir giderden az olarak ifade eden bireylerin diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Bireylerin aile yapısı parçalanmış aile olan bireylerin aile, arkadaş ve özel bir insan alt boyutu puanları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Yalnız yaşayan bireylerin aile alt boyutu puanı diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşük iken, ölçek toplam puanlar açısından ailesi ile yaşayan bireylerin diğer gruplara göre istatistik sonuçları anlamlı derecede yüksek bulundu. Bakımına aile üyesi yardımcı olan bireylerin özel biri alt boyut puanı diğer gruplara göre istatistik sonuçları olarak anlamlı derecede yüksek görülmüştür. Eğitim durumu lise olan bireylerin ilaç uyumu diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşük idi (Tablo 4. 8).

Tablo 4. 9: Öz-etkililik yeterlilik ölçeği (ÖEYÖ)' nin hasta özellikleri ile karşılaştırılması.

Özellikler	**Öz-etkililik Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ)**				
	Davranışa başlama alt boyutu	**Davranışı sürdürme alt boyutu**	**Davranışı tamamlama alt boyutu**	**Engellerle mücadele alt boyutu**	**ÖEYÖ toplam puan**
Cinsiyet	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**		**X̄ ± SS**
Kadın	22,4340±7,04521	19,2830±4,81735	18,3396±4,16461	9,6981±2,74272	69,7547±9,89154
Erkek	22,9647±6,74263	20,6118±5,53580	18,3882±4,69319	10,2471±2,94354	72,2118±8,51203
Test değeri	t: -,442 p: ,659	t: -1,440 p: ,152	t: -,062 p: ,951	t: -1,093 p: ,276	t: -1,549 p: ,124
Medeni durum	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**		**X̄ ± SS**
Bekar	23,3871±6,10288	20,9677±4,75734	18,3548±4,88227	10,1290±2,90680	72,8387±7,00522
Evli	22,5794±7,05509	19,8505±5,43365	18,3738±4,38377	10,0093±2,87309	70,8131±9,61537
Test değeri	t: ,578 p: ,565	t: 1,035 p,302	t: -,021 p,984	t: ,204 p,839	t: 1,091 p,277
Eğitim durumu	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**
okuryazar değil[a]	24,2750±7,57184	20,9000±5,46222	17,7500±4,33087	8,8750±2,72865	71,8000±10,80883
Okur yazar[b]	24,3846±6,57696	21,5385±4,62989	17,3077±4,23054	9,4615±2,33150	72,6923±8,61573
İlköğretim[c]	22,1644±6,60810	19,5616±5,55024	18,5753±4,70496	10,5205±2,92076	70,8219±8,85429
Lise[d]	18,5556±4,53076	18,4444±3,46811	21,4444±2,50555	12,4444±1,81046	70,8889±4,96096
Yüksekokul[e]	22,6667±4,16333	21,3333±**0**,57735	17,0000±4,35890	9,0000±1,00000	70,0000±3,46410
Test değeri	F: 1,697 p: ,155	F: ,916 p: ,457	F: 1,566 p: ,187	F: 4,357 p: ,002	F: ,171 p: ,953
Bonferroni/Tamhane	……..	……	……	a<c,d	……

Tablo 4.9 (Devam): Öz-etkililik yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) 'nin hasta özellikleri ile karşılaştırılması.

Özellikler	**Öz-etkililik Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ)**				
	Davranışa başlama alt boyutu	**Davranışı sürdürme alt boyutu**	**Davranışı tamamlama alt boyutu**	**Engellerle mücadele alt boyutu**	**ÖEYÖ toplam puan**
Çocuğunuz Var Mı?	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**
Evet	22,9023±6,90176	20,2406±5,26013	18,2782±4,51488	9,9850±2,86035	71,4060±9,21875
Hayır	19,0000±3,46410	16,4000±5,36656	20,8000±2,77489	11,4000±3,13050	67,6000±4,56070
Test değeri	**t:** 1,255 **p:** ,212	**t:** 1,602 **p:** ,112	**t:** -1,238 **p:** ,218	**t:** -1,083 **p:** ,281	**t:** ,917 **p:** ,361
Meslek	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**
Memur[a]	21,0000±7,07107	14,5000±9,19239	18,0000±8,48528	11,5000±3,53553	65,0000±4,24264
İşçi[b]	19,4000±8,53022	16,0000±8,60233	24,4000±,89443	13,6000±2,19089	73,4000±14,79189
Emekli[c]	21,8000±6,21316	20,2167±4,58476	18,5833±4,58181	10,6167±2,76842	71,2167±7,59369
Ev Hanımı[d]	22,8095±7,28593	19,1429±4,95133	18,2381±4,14264	9,2143±2,64608	69,4048±10,59005
Serbest Meslek[e]	25,3793±6,80553	22,3448±5,60788	17,1034±4,23712	9,3103±2,84233	74,1379±8,43345
Test Değeri	**F:** 1,730 **p:** ,147	**F:** 3,150 **p:** ,016	**F:** 3,062 **p:** ,019	**F:** 4,390 **p:** ,002	**F:** 1,485 **p:** ,210
Bonferroni/Tamhane	**……**	**c>a**	**b>a,c,d**	**b>d,e**	**……**
Gelir durumu	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**
Gelir giderden az[a]	23,5345±7,31069	20,5862±5,91173	17,6897±5,10661	9,5690±3,05569	71,3793±10,00145
Gelir giderden fazla[b]	22,0000±5,29150	20,2000±3,19374	18,0000±3,39116	10,0000±2,73861	70,2000±4,43847
Gelir gidere denk[c]	22,2133±6,56628	19,7200±4,90604	18,9200±3,97547	10,4000±2,71134	71,2533±8,68689
Test değeri	**F:** ,639 **p:** ,529	**F:** ,435 **p:** ,648	**F:** 1,255 **p:** ,289	**F:** 1,379 **p:** ,255	**F:** ,038 **p:** ,962
Aile Yapısı	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**
Çekirdek Aile[a]	22,3816±7,16467	19,4868±5,41724	18,0658±4,35227	10,0000±3,03315	69,9342±8,93433
Geniş Aile[b]	21,9744±6,37217	20,0256±4,86928	18,9487±3,82477	10,0513±2,31640	71,0000±9,85420
Parçalanmış Aile[c]	31,0000±4,24264	27,0000±1,41421	10,5000±,70711	5,5000±,70711	74,0000±5,65685
Yalnız[d]	24,8095±6,07963	21,8095±5,24041	19,1429±5,56135	10,5714±3,05894	76,3333±6,96659
Test değeri	**F:** 1,881 **p:** ,136	**F:** 2,267 **p:** ,084	**F:** 2,693 **p:** ,049	**F:** 1,953 **p:** ,124	**F:** 2,893 **p:** ,038
Bonferroni/Tamhane	**…….**	**…**	**c<a,b,d**	**……..**	**a<d**

Tablo 4.9: (Devam): Öz-etkililik yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) 'nin hasta özellikleri ile karşılaştırılması.

Özellikler	**Öz-etkililik Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ)**				
	Davranışa başlama alt boyutu	**Davranışı sürdürme alt boyutu**	**Davranışı tamamlama alt boyutu**	**Engellerle mücadele alt boyutu**	**ÖEYÖ toplam puan**
Kiminle yaşıyorsunuz	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**
yalnız yaşıyorum[a]	24,8000±6,39419	22,1333±4,99809	17,8000±5,99047	10,3333±3,26599	75,0667±5,68792
eşimle birlikte yaşıyorum[b]	22,3462±6,62995	19,9038±5,18769	17,8077±4,65701	10,0385±2,96358	70,0962±9,49563
eşimle, çocuklarımla yaşıyorum[c]	22,7727±7,62451	19,3409±5,85858	18,9545±3,98225	9,9318±2,83170	71,0000±9,85948
Diğer[d]	22,4074±6,26504	20,5926±4,57635	18,8148±4,01954	10,0370±2,66720	71,8519±8,41109
Test Değeri	**F:** ,527 **p:** ,665	**F:** 1,145 **p:** ,333	**F:** ,687 **p:** ,561	**F:** ,071 **p:** ,975	**F:** 1,211 **p:** ,308
Hastalık tanısı	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**
KOAH	23,6200±7,79296	20,8600±5,93506	18,0800±4,69407	9,7600±3,00041	72,3200±9,82799
Astım	21,4872±6,24867	18,6154±3,88394	18,7179±3,92662	10,1282±2,62758	68,9487±7,56011
KOAH ve Astım	22,8980±6,20566	20,5102±5,43186	18,3878±4,73821	10,2449±2,95473	72,0408±9,32282
Test değeri	**F:** 1,082 **p:** ,342	**F:** 2,236 **p:** ,111	**F:** ,220 **p:** ,803	**F:** ,378 **p:** ,686	**F:** 1,794 **p:** ,170
Bakımınıza kim yardımcı oluyor	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**	**X̄ ± SS**
Aile üyesi[a]	22,1897±6,58577	19,5690±5,15537	18,7759±3,93443	10,1379±2,79097	70,6724±8,87182
Bakıcı[b]	29,0000±9,55685	23,5000±3,69685	11,7500±2,21736	7,5000±2,64575	71,7500±10,43631
Yok[c]	25,0556±7,10817	22,7778±5,59995	17,2222±6,59372	9,9444±3,29835	75,0000±10,00000
Test değeri	**F:** 3,180 **p:** ,045	**F:** 3,868 **p:** ,023	**F:** 5,810 **p:** ,004	**F:** 1,659 **p:** ,194	**F:** 1,784 **p:** ,172
Bonferroni/Tamhane	**…… ….**	**a<c**	**b<a**	**…… ……**	**…… ……..**

Bireylerin cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, gelir durumu, kiminle yaşıyor olduğu, hastalık tanısı özellikleri açısından Öz-etkililik Yeterlilik Ölçeği ve alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir. Okuryazar olamayan bireylerin Öz-etkililik Yeterlilik Ölçeği engellerle mücadele alt boyutu puanı diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşüktür. Mesleği işçi olan bireylerin davranışı tamamlama ve engellerle mücadele alt boyut puanı diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Parçalanmış aile tipindeki bireylerin davranışı tamamlama alt boyutları puanı diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeye düşüktür ($p<0,05$). Toplam puan açısından çekirdek aile olan bireylerin puanı diğer gruplara göre diğer gruplara göre

istatistiksel olarak anlamlı düzeye düşüktür ($p<0,05$). Bakımına aile üyesi yardımcı olan bireyler diğer gruplara göre davranışı sürdürme alt boyutları puanı anlamlı düzeyde düşüktür. Bakıcı tarafından bakılan bireylerde davranışı tamamlama alt boyutu puanı diğer gruplara göre düşüktür (Tablo 4.9).

Tablo 4. 10: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, öz-etkililik ölçeği ve ölçeğin alt boyutlarının ilaç uyum soruları arasındaki ilişki.

Ölçekler ve Alt boyutları	**-1**	**-2**	**-3**	**-4**	**-5**	**-6**	**-7**	**-8**	**-9**
ÇBASDÖ toplam puan (1)	1	,930**	,952**	,774**	**-,241****	-,384**	-,287**	,274**	,250**
Aile alt boyutu (2)		1	,819**	,544**	-,232**	-,386**	-,275**	,283**	,249**
Arkadaş alt boyutu (3)			1	,721**	-,213*	-,213*	-,213*	-,213*	-,213*
Özel bir insan alt boyutu (4)				1	-,200*	-,293**	-,291**	,230**	,241**
ÖEYÖ toplam puan (5)					1	,732**	,751**	,041	-,021
Davranışa başlama alt boyutu (6)						1	,755**	-,563**	-,572**
Davranışı sürdürme alt boyutu (7)							1	-,478**	-,510**
Davranışı tamamlama alt boyutu (8)								1	,792**
Engellerle mücadele alt boyutu (9)									1

*p<0,05 **p<0,01

Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre; Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği geneli ile, Öz-etkililik Yeterlilik Ölçeği geneli **(r: -0, 241) negatif yönlü düşük seviyede bir ilişki vardır.** ÇBASDÖ puanı arttıkça öz-etkililik yeterlilik azalmaktadır (Tablo 4.10).

5. TARTIŞMA

KOAH ve astım morbidite, mortalite ve sağlık bakım yükü yüksek kronik hastalık grubundandır. Gelişen teknoloji ve imkanlarla birlikte bireyin kronik hastalıkla yaşam süresi artmıştır. Yaşlı nüfusunun artması bakım ihtiyacının artmasına neden olmaktadır. Farklı kronik hastalıklarda yapılan çalışmalarda bireye sağlanan sosyal destekle öz-etkililik ve ilaç uyum düzeyleri arttığı literatür taraması sonucu ortaya çıkmaktadır. Çalışmamızda KOAH ve/veya astımlı yaşlılarda sosyal desteğin algılanan yeterliliğinin ilaç uyumu ve öz-etkililiğe etkisi araştırılmış ve literatür çalışmaları ile tartışılmıştır.

Literatür incelendiğinde sosyal desteğin hem sağlığı hem de hastalık riskini azaltma yönünde etkilerinin olduğu görülmektedir. Sosyal desteğin zihinsel ve fiziksel sağlığı olumlu yönde etkileyeceği yönünde birçok önemli kanıt mevcuttur. Hastada algılanan sosyal destek seviyesi yükseldikçe yaşam kalitesi de artmaktadır (Geyik ve Tan, 2019). Bir grup öğretmende yapılan çalışmada sosyal destek düzeyi arttıkça yaşam doyumu attığı saptanmıştır (İzgiş ve Yücel, 2019). Sosyal destek sürekli olarak ömür boyu çeşitli pozitif sağlık durumları dahil olmak üzere; gelişmiş kardiyovasküler fonksiyon, periferik bağışıklık süreçleri, metabolik fonksiyonlarda artma, daha hızlı yara iyileşmesi ve hatta azaltılmış kanser mortalitesi ile ilişkilendirilmiştir (Bowen ve diğerleri, 2014; Lutgendorf ve diğerleri, 2000 ; Muscatell, 2021; Boen ve diğerleri, 2018). Astımı ve/veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerde inhaler ilaç tedavisine zayıf uyum yetersiz terapötik sonuçlarla ilişkilendirilebilir. İnhalasyon tedavisinin faydasını artırmak için ilaç uyumunun ve öz-etkililik düzeyinin artırılması önemlidir. Bu nedenle astımlı hastalarda inhaler tedaviye uyum düzeyinin değerlendirilmesi günlük pratikte önemli hale gelmektedir (Rau,2005).

Çalışmamızda sosyal desteğin sosyodemografik verilere dağılımına bakıldığında cinsiyet faktöründe anlamlı farklılıklar göstermemektedir fakat medeni durum etkin rol oynamaktadır. Evli bireylerin algıladığı sosyal destek ve alt boyutlarının bekarlardan fazla olmasının sebebi algılanan sosyal desteğin yaşam doyumu üzerinde evlilik faktörünün aracı rol oynadığı çalışmalarla ortaya konmuştur (Polatçı, 2015). Mevcut çalışmamız literatürle desteklenmektedir.

Sarı ve arkadaşlarının KOAH'lı hastalar ile yaptığı algılanan sosyal desteğin öz bakım gücüne etkisini değerlendirdiği çalışmasında, algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması 47.65±17.78 olarak belirlenmiştir (Sarı ve Çırpan, 2020). Benzer şekilde mevcut çalışmada algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması 47,25 ± 17,16 olarak belirlenmiştir. KOAH hastalarıyla yapılan farklı bir çalışmada çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması 54.71±16.80 olarak belirlenmiştir (Karakurt ve Ünsal, 2017). KOAH ve kalp yetmezliği olan bireylerde yapılan farklı bir çalışmada çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması 63.5±17.3 olarak tespit edilmiştir (Bugajski ve diğerleri, 2019). Literatürde farklı puan ortalamalarının görülmesinin sebebini araştırma yapılan hasta popülasyonun farklı sosyodemografik özellikler göstermesine ve farklı kültürel özellik görülmesine bağlamaktayız. Chen ve arkadaşlarının demanslı yaşlıya bakım sunan sosyodemografik açıdan anlamlı fark barındıran 57 kişi üzerinde çalışma yapmıştır. Bu randomize kontrollü çalışmada bakım verenler iki randomize gruba ayrılmış, bir gruba sosyal destek ve hastalıkla ilgili eğitim verilmiştir. Verilen eğitim ve girişimlerden sonra başa çıkma stratejileri uygulanmıştır ve kontrol grubunda bakım yükü artış gösterirken olgu grubunda anlamlı azalmalar mevcuttur (Chen ve diğ., 2015).

Öz-etkililik ilerleyici ve geliştirici sağlık davranışlarının başlatılması ve devamının sürülebilmesinde önemli bir belirleyicidir. Bu belirleyici tutum KOAH, astım, kalp yetmezliği, diyabet gibi kronik hastalıklarda sağlığı geliştirme davranışlarının oluşturulmasında önemli rol oynar. KOAH'lı hastalar aktiviteleri gerçekleştirmek için fiziksel olarak yeterli olsalar bile, düşük öz-etkililiğin sonucu olarak günlük yaşamın rutin aktivitelerinden sakınırlar ve bu durum hastaların aktivitelerini daha da çok sınırlamasına neden olur. Farklı kronik hastalıklarda bireyin öz-etkililiği ile ilaç uyumları arasında pozitif yönde ilişki olduğu ortaya konmuştur.

Sosyal desteğin öz-etkililiğe olan etkisini Astım ve KOAH'lı hastalarda inceleyen çalışmaya ulaşılamamıştır. Fakat öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin algıladığı sosyal destek ile öz-etkililik arasında pozitif yönde bir ilişki görülmüştür (Okçin, 2013). Benzer şekilde yetişkinler ile yapılan farklı çalışmada da algıladığı sosyal destek ile öz-etkililik arasında pozitif yönde bir ilişki belirlenmiştir (Çetinkaya, 2014; Ferreira et al, 2021). Ulaşılan bir diğer çalışmada 50 majör

depresif tanısı almış bireylerde sosyal destek ve öz yeterlilik arttıkça depresyonla baş edebilme seviyesi artmaktadır ve çalışmada sosyal destek ve öz-etkililik birbirini pozitif etkilemektedir (Büyükçavdar ve Baştürk, 2017). KOAH tanılı hastalarda gelişen dispne ve yorgunluk, öz-etkililik düzeyinde negatif yönlü etki göstermektedir (Eroğlu ve Özer, 2023). Yapılan bir diğer çalışmada evde bakım hizmeti alan yaşlılarda öz-etkililik düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam davranışında artma gözlenmektedir (Besleyici ve Ersin, 2019). Ceyhan ve Ünsal'ın yapmış olduğu çalışmada semptomlarla ve nefes darlığı ile başa çıkma alt boyutlarında KOAH'lı bireylerin ölçek puanları diğer gruplardakilerin puanlarına göre anlamlı derecede düşüktür ($p < .001$). Bu durum nefes darlığının semptomlar arasında ciddi sorunlara yol açması ve solunum sıkıntısı çeken bireyin diğer semptomlarla başa çıkabilme gücünü etkilemesi ile açıklanabilir (Birol, 2005; Olgun ve ark., 2014; Saryal, 2005). Ayrıca KOAH'lılarla yapılan pek çok çalışma, nefes darlığının en ciddi semptomlardan biri olduğunu ve bunun diğer semptomları da olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Demir ve ark., 2003; Özkan, 2010; Tel Aydın, Tok Yıldız, Karagözoğlu ve Özden 2012). Literatür taramasına göre bireye sağlanan sosyal destek arttıkça öz-etkililik düzeyi artmaktadır. Öz-etkililik arttıkça bireyin yaşam kalitesine ve yaşam doyumuna pozitif yönlü etkisi mevcuttur. Mevcut çalışmada algılanan sosyal destek ile öz-etkililik arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Bu majör farkın çalışma grubundaki bireylerin yaş ortalamalarının yüksek olmasına (74,37± 7,90) ve toplumsal olarak yapılan sosyal desteğin bireyin öz yeterliliğini güçlendirmeye yönelik değil de tamamen bakım sorumluluğu alma yönünde olduğunu düşünmekteyiz. Sosyal destek düzeyi yüksek olan bireylerin öz-etkililiğin düşük olması bireylerin kendilerine olan desteğin farkında olarak yapmaları gereken işlerini destek verenlere yaptırma eğiliminde olduğunu ve sorumluluk almaktan kaçındıklarını düşünmekteyiz. Bu yorumumuzu mevcut çalışmada gördüğümüz bakımına aile üyesi yardımcı olan bireylerin diğer gruplara göre davranışı sürdürme alt boyutları puanı düşük olması ve bakıcı tarafından bakılan bireylerde davranışı tamamlama alt boyutu puanının diğer gruplara göre düşük olması verisi desteklemektedir.

Sosyal destek ve ilaç uyumu arasındaki ilişki literatür taramasına göre pozitif yönlü etkilenim gösterdiği sonucuna ulaşılmaktadır. Kalp yetersizliğinde yapılan çalışmada sosyal destek arttıkça ilaç uyumu artmaktadır (Karagöz, 2019). Parlak ve

Akpınar (2022), yaptıkları çalışmada algılanan sosyal destek (r=0,17, p<0,05) ve aile desteği (r=0,39, p≤0,01) ile ilaç uyumu arasında pozitif yönde ilişki olduğunu saptamıştır. Bireyin yaşam kalitesi arttıkça ilaç uyum düzeyi de artmaktadır (Sarı ve Kuş, 2022). Çalışmada sosyal destek ve ilaç uyumu arasında anlamlı bir sonuca ulaşılamamaktadır. Yaptığımız mevcut çalışmada bireylerin; %38,4'ü ilaçlarını her gün almadıklarını, %39,9'u ilaçlarını aynı saatte almadıklarını, %43,5'i ilaçlarını doktorunun önerdiği dozda almadıklarını, %44,9'u ilaç almayı unuttuklarını saptadık. Yapılan çalışmalarda yaşlılarda ilaç almayı unutma, ilaç saatlerine uyamama, ilaç bittiğinde temin edememe gibi faktörlerde rol oynamaktadır ve mevcut çalışmamızı desteklemektedir. (Demirbağ ve Timur, 2012; Kasar ve Karadakovan, 2017). Bunun sebebini hastaların yüksek yaş ortalamasıyla beraber uyumsuzluğa neden olan faktörlerin artmasına, sağlık okuryazarlığının düşük olmasına, tanı süresinin uzun olmasına, hastalık hakkında bilgi yetersizliğinin olmasına, bireylerde bağımlılık gelişmiş ve tüm sorumluluklarını bakım verene devrettiklerini gözlemlemekte ve düşünmekteyiz. Kronik hastalığı mevcut olan bireylerin önerilen tedavi prosedürüne uyamadıkları, bu durumun düşük sağlık okuryazarlığından kaynaklandığı ve buna bağlı hastane başvurularında ve yatışlarda artışın olması literatür tarafından desteklenmektedir (Golin ve ark., 2002; Koskan ve Hilfinger, 2010).

Ölçeklerin alt boyutları değerlendirildiğinde, okuryazar olmayan bireylerin Öz-etkililik Yeterlilik Ölçeği engellerle mücadele alt boyutu puanının diğer gruplara göre düşük olması literatür verileri ile uyuşmaktadır. Yapılan çalışmalar eğitim seviyesi düştükçe öz-etkililik düzeyeninde düştüğünü göstermektedir (Taş ve Akın, 2018; Güneş ve Çelik, 2022). Mevcut çalışmada bireyin aile tipi, medeni durumu, eğitim durumu gibi sosyodemografik verilerinin bireyin öz-etkililiğini etkilediği görülmüştür. Öz-etkililik inançları, motivasyon, esenlik ve başarı için temel oluşturur ve "kişinin eylemleriyle değişiklikleri etkileme gücüne sahip olduğuna dair temel inancına dayanır" (Bandura, 2004). Dolayısı ile bireyin hastalık ve tedavisine yönelik karar alma, yönetme sürdürme, uyum sağlama gibi temel bileşenleri etkilemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerde öz-etkililiğin ve ilaç uyumunun düşük olması en büyük sorunlardan biridir. Literatürde algılanan sosyal destekteki artış öz-etkililik ve ilaç uyumunda artış sağlanabileceği bildirilmiştir. Çalışmamızda bireylerin;

- Yaş ortalamaları 74,37± 7,90,
- Tanı süresi 14,4 ± 14,5
- Hastanede yatış sayısı 4,01 ±6,33
- Günlük ilaç kullanım sayısı 4,49 ± 2,50
- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı ortalaması 47,25 ± 17,16,
- Öz-etkililik Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması 71,26 ± 9,11 idi
- Bireylerin; %38,4'ü ilaçlarını her gün almadıklarını, %39,9'u ilaçlarını aynı saatte almadıklarını, %43,5'i ilaçlarını doktorunun önerdiği dozda almadıklarını, %44,9'u ilaç almayı unuttuklarını, %45,3'ü ise inhaler ilaç kullanırken zorlandıklarını belirtmiştir.
- Okuryazar olmayan bireylerin Öz-etkililik Yeterlilik Ölçeği engellerle mücadele alt boyutu puanı diğer gruplara göre düşüktür($p<0,05$).
- Mesleği işçi olan bireylerin davranışı tamamlama ve engellerle mücadele alt boyut puanı diğer gruplara göre yüksektir($p<0,05$).
- Parçalanmış aile tipindeki bireylerin davranışı tamamlama alt boyutları puanı diğer gruplara göre düşüktür($p<0,05$).
- Bakımına aile üyesi yardımcı olan bireyler diğer gruplara göre davranışı sürdürme alt boyutları puanı düşüktür ($p<0,05$).
- Bakıcı tarafından bakılan bireylerde davranışı tamamlama alt boyutu puanı diğer gruplara göre düşüktür ($p<0,05$).
- Evli bireylerin bekar bireylere göre aile alt boyutu, arkadaş alt boyutu, özel insan alt boyutu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı daha yüksektir ($p<0,05$).
- Gelir durumu "gelir giderden az" olarak ifade eden bireylerin arkadaş alt boyutu puanları diğer gruplara göre düşüktür ($p<0,05$).
- Gelir durumu "Gelir gidere denk" olarak ifade edenlerin özel bir insan alt boyutunu puanı diğer gruplara göre yüksektir ($p<0,05$).
- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanları gelir giderden az olarak ifade eden bireylerde diğer gruplara göre düşüktür ($p<0,05$).
- Bireylerin aile yapısı parçalanmış aile olan bireylerin aile, arkadaş ve özel bir insan alt boyutu puanları diğer gruplara göre düşüktür ($p<0,05$).
- Yalnız yaşayan bireylerin aile alt boyutu puanı diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşük iken, ölçek toplam puanlar açısından ailesi ile yaşayan bireylerin diğer gruplara göre yüksektir ($p<0,05$).
- Bakımına aile üyesi yardımcı olan bireylerin özel biri alt boyut puanı diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

Elde ettiğimiz çalışma sonuçlarına göre bireylerde yaşın yüksek, tanı süresinin uzun, hastane yatışlarının ve ilaç sayısının fazla olmasının hastanın yaşam

kalitesini ve doyumunu düşürdüğünü düşünmekteyiz. Bireylere sağlanan sosyal desteğin öz-etkililik ve ilaç uyum düzeyinde artış göstermesinin aksine etki gösterdiğini tespit ettik. Bu sonucu bireylerinin sosyal desteği yanlış algıladıklarına bu durumu başka bireye veya kuruma bağımlılık haline dönüştürdüğü kanaatindeyiz. Algılanan sosyal desteğin bağımlılık üzerine etkisini farklı bir çalışma konusu olması önerimizdir.

Sosyal desteğin ve alt boyutlarının evli bireylerde yüksek olması hayatın olağan akışına uygun olduğunu düşünmekteyiz. Yaşlı çalışma grubundaki bireylerin en büyük destekçinin eş olduğu kanaatini benimsediklerini, özellikle eşini kaybetmiş yaşlılarda diğer insanlara yük olma kaygısıyla sunulan desteği reddettiklerini veya eş kaybı sonrası çocuklarıyla yaşayanlarda başka bireye bağımlılık anlayışının benimsendiğini çalışma esnasında gözlemledik. Bu gözlemlemeler farklı bir araştırma konusu olmasını önermekteyiz.

Algılanan sosyal destek, ilaç uyumu, öz-etkililik zaman içinde değişkenlik gösterebilir. Olası etkiyi artırmak için tanı konmuş bireylere algılayabilecekleri ölçütte eğitim verilmelidir. Öz-etkililiği artırmak adına dolaylı deneyim, performans başarıları gibi kişiye özel girişimler uygulanmalıdır. Hatırlatıcılar, listeler veya takip edilme şeklinde ilaç uyumu artırılabileceği kanaatindeyiz. Bireyler bazen unutmanın dışındaki nedenlerle ilaçlarını kullanmadıklarını gözlemledik. Hastalara ve yakınlarına hastalık, sosyal destek ve ilaç uyumu üzerine eğitim verilmesi, eğitimlerin sıklaştırılması ve sağlık politikası haline dönüştürülmesi önerimizdir. Hastalığı hakkında bilgi sahibi olan kişilerin sağlık yönetiminin pozitif yönlü olduğunu gözlemledik. Eğitim sonucu hastalıkların kontrollü seyredeceği, ilaç uyumu ve öz-etkililiğe pozitif etkilerinin olacağı ve maliyeti düşüreceği kanaatindeyiz.

Sonuç olarak çalışmamızda sosyal desteğin öz-etkililiğe ve ilaç uyumuna negatif yönlü etkisi mevcuttur. Sosyal desteğin bağımlılık yönü araştırılması önerimizdir.

7. KAYNAK

Ágh, T., Dömötör, P., Bártfai, Z., Inotai, A., Fujsz, E., & Mészáros, Á. (2015). Relationship between medication adherence and health-related quality of life in subjects with COPD: a systematic review. Respiratory Care, 60(2), 297-303.

Alzahrani, Y. A., & Becker, E. A. (2016). Asthma control assessment tools. Respiratory care, 61(1), 106-116.

Annak, B. B. (2005). Sosyal destek, sosyal ağ, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu: Duygu-durum ve anksiyete bozukluğu tanısı alan kişiler ve düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastalar açısından bir karşılaştırma. Mersin Üniversitesi, Mersin.

Anto JM, Bousquet J, Akdis M, et al. (2017). Mechanisms of the Development of Allergy (MeDALL): introducing novel concepts in allergy phenotypes. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 139(2):388-399.

Arslan, Ü. (2019). Yaşlı astım hastalarında uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Aslantekin, F., Yumrutaş, M. (2014). Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. TAF Preventive Medicine Bulletin, 13(4), 327-334.

Astım Tanı ve Tedavi Rehberi (2020). Türk Toraks Derneği, https://www.toraks.org.tr/site/news/10122 adresinden erişildi.

Bakanlığı, S. (2009). Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013). Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. American psychologist, 44(9), 1175.

Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. Organizational behavior and human decision processes, 50(2), 248-287.

Bandura, A. (2004). Swimming against the mainstream: The early years from chilly tributary to transformative mainstream. Behaviour Research and therapy, 42(6), 613-630.

Batum, M., Batum, Ö., Can, H., Kısabay, A., Göktalay, T., & Yılmaz, H. (2015). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Evrelere Göre Uyku Yakınmalarının Şiddetinin Değerlendirilmesi. Journal of Turkish Sleep Medicine, 3, 59-64.

Bhatt, S. P., Balte, P. P., Schwartz, J. E., Cassano, P. A., Couper, D., Jacobs, D. R., ... & Oelsner, E. C. (2019). Discriminative accuracy of FEV1: FVC thresholds for COPD-related hospitalization and mortality. Jama, 321(24), 2438-2447.

Boen, C. E., Barrow, D. A., Bensen, J. T., Farnan, L., Gerstel, A., Hendrix, L. H., & Yang, Y. C. (2018). Social relationships, inflammation, and cancer survival. Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention, 27(5), 541–549. https://doi.org/10.1158/ 1055-9965.EPI-17-0836

Bowen, K. S., Uchino, B. N., Birmingham, W., Carlisle, M., Smith, T. W., & Light, K. C. (2014). The stress-buffering effects of functional social support on ambulatory blood pressure. Health Psychology, 33(11), 1440.

Bozbaş, Ş.S., Akıncı Özyürek B., Ulubay, G. (2011). Astımda hastalık kontrolü ile demografik özellikler, yaşam kalitesi ve emosyonel durumun ilişkisi. Türk Toraks Dergisi/Turkish Thoracic Journal, 12(4), 139-144.

Bugajski, A., Frazier, S. K., Moser, D. K., Lennie, T. A., & Chung, M. (2019). Psychometric testing of the multidimensional scale of perceived social support in patients with comorbid COPD and heart failure. Heart & Lung, 48(3), 193-197.

Chen, H.-M., Huang, M.-F., Yeh, Y.-C., Huang, W.-H., & Chen, C.-S. (2015). Effectivenes of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. Psychogeriatrics : The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society, 15(1), 20–25.

Collaborators GCRD. (2017). Global, regional, and national deaths, prevalence, disability- adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet Respiratory Medicine. 5(9):691.

Çetinkaya, A., Özmen, D., & FADILOĞLU, Ç. (2014). Geleceğin sağlık profesyonellerinin öz-etkililik-yeterlik düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(4), 1045-1055.

De Marco, R., Accordini, S., Marcon, A., Cerveri, I., Antó, J. M., Gislason, T., ... & Burney, P. (2011). Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease in a European cohort of young adults. American journal of respiratory and critical care medicine, 183(7), 891-897.

DEMİRBAĞ, B. C., & TİMUR, M. (2012). Bir grup yaşlının ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 11(1), 1-8.

Doğan, A. (2018). KOAH'lı hastalarda planlı hemşirelik eğitiminin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).

Eker, D., & Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikoloji Dergisi, 10(34), 45-55.

Farmer, K. C. (1999). Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. Clinical therapeutics, 21(6), 1074-1090.

Ferreira, R. T., Gonçalves, J. S., de Oliveira, J. L., Dos Santos, M. V. D. R., Baldassarini, C. R., & de Souza, J. (2021). Role of sociodemographic factors and self-efficacy in the perception of social support of nursing students. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 55.

Gazmararian, J. A., Kripalani, S., Miller, M. J., Echt, K. V., Ren, J., & Rask, K. (2006). Factors associated with medication refill adherence in

cardiovascular-related diseases: a focus on health literacy. Journal of general internal medicine, 21, 1215-1221.

Global Initiative for Asthma (GINA). (2020). Global strategy for asthma management and prevention , Avaliable from: https:// ginasthma.org/gina-reports

Global Initiative for Asthma (GINA). (Update 2015). Global strategy for asthma management and prevention Avaliable from: http:// www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2015.pdf.

Golin, C. E., Liu, H., Hays, R. D., Miller, L. G., Beck, C. K., Ickovics, J., ... & Wenger, N. S. (2002). A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. Journal of general internal medicine, 17, 756-765.

Gözüm, S., & Aksayan, S. (1999). Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1).

Guarnieri M, Balmes JR. (2014). Outdoor air pollution and asthma. The Lancet.;383(9928):1581-1592.

Gülengün, T. Ü. R. K., & Üstün, R. (2018). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11(1), 19-25.

GÜNEŞ, Z., & ÇELİK, D. (2022). Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde öz-etkililik ve etkileyen faktörler. Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(9), 60-70.

Ho, S. M. (2010). Environmental epigenetics of asthma: an update. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 126(3), 453-465.

Holt-Lunstad, J., Uchino, B. N., Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). Health behavior: Theory, research, and practice.

Kar, S., & Zengin, N. (2019). KOAH'lı hastalarda sosyodemografik ve hastalık ile ilgili özelliklere göre sağlık durumunun incelenmesi. Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi, 1(1), 1-7.

Karagöz, E. (2019). Kalp yetersizliği Olan Hastalarda Sosyal desteğin ilaç Uyumuna Etkisi (Doctoral dissertation, Marmara Universitesi (Turkey).

Kasar, K. S., & Karadakovan, A. (2017). Yaşlı bireylerde antihipertansif ilaç kullanım hatalarının incelenmesi. Journal of Cardiovascular Nursing, 8(15), 20-27.

Keller, D. L., Wright, J., & Pace, H. A. (2008). Impact of health literacy on health outcomes in ambulatory care patients: a systematic review. Annals of Pharmacotherapy, 42(9), 1272-1281.

Keskin, T., & Başkurt, Z. (2021). KOAH Tanılı Yaşlı Bireylerde Pulmoner Rehabilitasyon. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8(1), 157-161.

Korkmaz, T. (2008) "Konya numune hastanesi göğüs hastalıkları servisinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı (KOAH) ile yatan hastaların anksiyete,

depresyon ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi", Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı,Yüksek Lisans Tezi, s.26, Konya.

Koskan, A., Friedman, D. B., & Hilfinger Messias, D. K. (2010). Health literacy among hispanics: A systematic research review (1992-2008). Hispanic Health Care International, 8(2), 65-76.

Köktürk, N., & Adına, K. Ç. G. (2017). TÜRK TORAKS DERNEĞİ'NİN GOLD 2017 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) RAPORUNA BAKIŞI.

Krousel-Wood, M., Thomas, S., Muntner, P., & Morisky, D. (2004). Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. Current opinion in cardiology, 19(4), 357-362.

Lamprecht, B., McBurnie, M. A., Vollmer, W. M., Gudmundsson, G., Welte, T., Nizankowska-Mogilnicka, E., ... & BOLD Collaborative Research Group. (2011). COPD in never smokers: results from the population-based burden of obstructive lung disease study. Chest, 139(4), 752-763.

Lutgendorf, S. K., Anderson, B., Sorosky, J. I., Buller, R. E., & Lubaroff, D. M. (2000). Interleukin-6 and use of social support in gynecologic cancer patients. International Journal of Behavioral Medicine, 7(2), 127–142. https://doi.org/10.1207/ S15327558IJBM0702_3

Muscatell, K. A. (2021). Social psychoneuroimmunology: Understanding bidirectional linksbetween social experiences and the immune system. Brain Behavior and Immunity, 93, 1–3. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.12.023

OĞUZÜLGEN, İ., Köktürk, N., & IŞIKDOĞAN, T. (2014). Turkish validation study of Morisky 8 item medication adherence questionnaire MMAS 8 in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease. TUBERKULOZ VE TORAK-TUBERCULOSIS AND THORAX, 62(2).

OKÇİN, F. A. (2013). Öğrencilerin öz-etkililik-yeterlilik algıları ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1), 40-51.

Ölçegi, G. S. Ö. E. Y. (1999). nin Türkçe Formunun Yapı Geçerliliği: Öz-Etkililik-Yeterlik İle Stresle Başa Çıkma Algısı Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1), 21-34**.**

ÖZKAPTAN, B. B., & KAPUCU, S. (2015). KOAH'LI BİREYLERDE ÖZ-ETKİLİLİĞİN GELİŞTİRİLMESİNDE EVDE BAKIMIN ÖNEMİ. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 4(2), 74-80.

Paulin, L. M., Diette, G. B., Blanc, P. D., Putcha, N., Eisner, M. D., Kanner, R. E., ... & Hansel, N. N. (2015). Occupational exposures are associated with worse morbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. American journal of respiratory and critical care medicine, 191(5), 557-565.

Pellegrino, R., Viegi, G., Brusasco, V., Crapo, R. O., Burgos, F., Casaburi, R. E. A., ... & Wanger, J. (2005). Interpretative strategies for lung function tests. European respiratory journal, 26(5), 948-968.

POLATCI, S. (2015). Örgütsel ve sosyal destek algılarının yaşam tatmini üzerindeki etkisi: İş ve evlilik tatmininin aracılık rolü. Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 11(2), 25-44.

Rau JL (2005) Determinants of patient adherence to aerosol regimen. RespirCare 50:1346–1356

Salzman, C. (1995). Medication compliance in the elderly. The Journal of clinical psychiatry.

Sarı, E., & Çırpan, R. (2020). KOAH hastalarında algılanan sosyal desteğin öz bakım gücüne etkisi (Master's thesis, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi).

Sarı, E., & Çırpan, R. (2020). KOAH hastalarında algılanan sosyal desteğin öz bakım gücüne etkisi (Master's thesis, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi).

Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. Applied psychology, 57(1), 1-29.

Stoller, J. K., & Aboussouan, L. S. (2005). α1-antitrypsin deficiency. The Lancet, 365(9478), 2225-2236.

Taş, F., & Akın, B. (2018). Sağlığı geliştirici yaşam tarzı ve öz-etkililik-yeterlilik durumunun sosyo-ekonomik durum ile ilişkisi. Sağlık ve Toplum, 2, 24-38.

TURAN, M. O., TURAN, P. A., & MİRİCİ, A. (2016). GÖĞÜS HASTALIKLARI UZMANLARINA DÜZENLİ KONTROLE GİTMEYEN KOAH HASTALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, 30(3), 149-155.

Van Dijk, W., Tan, W., Li, P., Guo, B., Li, S., Benedetti, A., ... & CanCOLD Study Group. (2015). Clinical relevance of fixed ratio vs lower limit of normal of FEV1/FVC in COPD: patient-reported outcomes from the CanCOLD cohort. The Annals of Family Medicine, 13(1), 41-48.

Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. Journal of clinical pharmacy and therapeutics, 26(5), 331-342.

Walford, H. H., & Doherty, T. A. (2014). Diagnosis and management of eosinophilic asthma: a US perspective. Journal of asthma and allergy, 53-65.

Wan, C. K., Jaccard, J., & Ramey, S. L. (1996). The relationship between social support and life satisfaction as a function of family structure. Journal of Marriage and the Family, 502-513.

World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization.

8.EKLER

EK 1: Hasta ve ilaç bilgi formu

1.Yaşınız?	
2.Cinsiyet	1.Kadın 2.Erkek
3.Medeni durumunuz?	1.Bekar 2.Evli
4. Eğitim durumunuz nedir?	1.Okuryazar değil 2.Okur yazar 3.İlköğretim 4.Lise 5.Yüksekokul
5.Çocuğunuz var mı? Varsa kaç tane?	1.Evet 2.Hayır
6.Mesleğiniz nedir?	1.Memur 2.İşçi 3.Emekli 4.Ev hanımı 5.Serbest meslek
7.Gelir durumunuz nasıl değerlendiriyorsunuz?	1.Gelir giderden az 2.Gelir giderden fazla 3.Gelir gidere denk
8.Aile tipiniz nedir?	1.Çekirdek aile 2.Geniş aile 3.Parçalanmış aile 4.Yalnız 5.Diğer
9.Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?	1.Yalnız yaşıyorum 2.Eşimle birlikte yaşıyorum 3.Eşimle, çocuklarımla yaşıyorum 4.Diğer
10.Hastalık tanınız nedir?	1.KOAH 2.Astım 3.KOAH ve Astım
11.Tanı süreniz kaç yıl ?	
12.Hastaye yılda kaç kez yatıyorsunuz?	
13.Günde kaç ilaç kullanıyorsunuz?	
14.İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?	1)Evet 2) Hayır
15.Eşlik eden başka kronik hastalığınız var?	1.Evet 2.Hayır

16.Hastalığınızın aile ilişkinize etkisi nedir?	1.İlişkiler güçlendi(Dayanışma arttı) 2.İlişkilerim zayıfladı 3.Hiçbir değişiklik olmadı
17.Bakım ihtiyacınız kim yada kimler tarafından karşılanıyor?	1.Aile üyesi 2.Komşu 3.Bakıcı 4.Yok
18.Sigara kullanıyor musunuz?	1.Evet 2.Hayır
19.Sigarayı bıraktıysanız kaç sene önce bıraktınız?	
KOAH ve Astım ile ilgili ilaç tedavinizi alıyorken	
İlacımı her gün alırım	□ Evet □ Hayır □ Bazen
İlacımı aynı saatte alırım	□ Evet □ Hayır □ Bazen
İlacımı doktorumun önerdiği dozda alırım	□ Evet □ Hayır □ Bazen
ilacımı almayı unuturum	□ Evet □ Hayır □ Bazen
İnhaler cihaz ile ilaç alırken zorlanırım.	□ Evet □ Hayır □ Bazen

EK 2: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği

Aşağıda 12 bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK 3: Öz-etkililik ölçeği

Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüneceklerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki rakamlardan uygun olanı yuvarlak içine alınız.

1-Beni hiç tanımlamıyor.

2-Beni biraz tanımlıyor.

3-Karasızım.

4-Beni iyi tanımlıyor.

5-Beni çok iyi tanımlıyor.

1.Yaptığım planları, gerçekleştireceğimden eminim. 1 2 3 4 5

2.Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır. 1 2 3 4 5

3.Bir işi bir seferde yapamıyorsam, yapıncaya kadar devam ederim. 1 2 3 4 5

4.Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım. 1 2 3 4 5

5.İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim. 1 2 3 4 5

6.Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım. 1 2 3 4 5

7.Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem. 1 2 3 4 5

8.Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim. 1 2 3 4 5

9.Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim. 1 2 3 4 5

10.Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığımda, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim. 12345

11.Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam. 1 2 3 4 5

12.Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım. 1 2 3 4 5

13.Başarısızlık beni daha çok teşvik eder. 1 2 3 4 5

14.Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem. 1 2 3 4 5

15.Ben kendime güvenen bir insanım. 1 2 3 4 5

16.Kolaylıkla vazgeçerim. 1 2 3 4 5

17.Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam. 1 2 3 4 5

18.Yeni arkadaş edinmek benim için zordur. 1 2 3 4 5

19.Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim. 1 2 3 4 5

20.Arkadaşlık kurulması güç, ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim. 1 2 3 4 5

21.Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem 1 2 3 4 5

22.Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem. 1 2 3 4 5

23.Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım. 1 2 3 4 5

EK 5: Etik kurul izin formu

T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

Toplantı No:	24
Araştırmanın Yürütücüsü:	Nuray KURU
Araştırmanın Başlığı:	KOAH ve/veya Astımlı Yaşlılarda Algılanan Sosyal Desteğin İlaç Uyumuna ve Öz Etkililiğe Etkisi
Karar Tarihi:	07-02-2022
Kurul Görüşü:	Kabul Edilmiştir. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

SONUÇ: Kabul Edilmiştir. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Başkan
Prof. Dr. Hüseyin ODABAŞ
İMZA

Başkan Yardımcısı
Doç. Dr. Ela Özkan CANBOLAT
İMZA

Üye
Prof. Dr. Gülcihan YILDIRIM
İMZA

Üye
Doç. Dr. Hakan ÇOLAK
İMZA

Üye
Doç. Dr. Bilgehan TEKİN
İMZA

Üye
Doç. Dr. Emine ÇELİKSOY
İMZA

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Serap Aslan COBUTOĞLU
İMZA

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Haydar KOÇ
İMZA

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Süheyla BOZKURT
İMZA

Üye
Avukat Mehmet ÇAKMAK
İMZA

Çankırı Karatekin Üniversitesi

EK 6: Ordu Devlet Hastanesi izin formu

T.C.
ORDU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-35766460-605.01
Konu : Araştırma İzni (Hemşire Nuray KURU)

ORDU DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 19/04/2022 tarihli ve E-19419511-903.99-99-679 sayılı yazınız.

Hastanenizde Hemşire olarak görev yapan Nuray KURU'nun ***"KOAH ve/veya Astımlı Yaşlılarda Algılanan Sosyal Desteğin İlaç Uyumuna ve Öz Yeterliliğine Etkisi"*** konulu çalışmasının sağlık tesisinizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurulu raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla uygun görülmüş olup, alınan komisyon kararı adı geçene teslim edilmek üzere yazımız ekinde gönderilmiştir.Yapılacak çalışmaya gerekli desteğin verilerek kolaylık sağlanması hususunda;

Gereğini rica ederim.

Uzm.Dr. Hakan HACISALİHOĞLU
Personel Hizmetleri Başkanı

Ek :
1- Komisyon Kararı (1 Sayfa)
2- İş Birliği Protokolü (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Sevcan KESER
TIBBİ SEKRETER
Telefon No: (0 452) 666 25 01

Başkanlığı Eğitim Hizmetleri Birimi
Telefon: Faks No: 0452 225 20 56
e-Posta: sevcan.okten@saglik.gov.tr İnternet Adresi: ordusm.saglik.gov.tr

EK 8: Özgeçmiş

ADI SOYADI: NURAY KURU

ÖĞRENİM DURUMU

LİSANS: Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

MESLEKİ DENEYİMİ

Ordu Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Birimi (2018-2023)