T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARINDA HASTALIK ALGISI ve İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Şükrü EKENLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Selda ARSLAN

KONYA-2017

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARINDA HASTALIK ALGISI ve İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Şükrü EKENLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Selda ARSLAN

KONYA-2017

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimimde, bilgisini ve deneyimini paylaşan, değerli katkılarıyla bana rehberlik eden danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Selda ARSLAN'a,

Akademik anlamda gelişmemde önemli katkıları olan ve tüm hayatımı etkileyen önemli kararlar almamı sağlayan Sayın Prof. Dr. Belgin AKIN'a,

Akademik kariyer konusunda beni hep destekleyen, akademik kariyere başlamamda önemli bir yeri olan ve istatistiğin ne olduğunu öğreten Sayın Doç. Dr. Deniz KOÇOĞLU'na,

Araştırmanın yapıldığı klinikte yardımlarını esirgemeyen tüm çalışanlara,

Bu zorlu süreçte bana hep güç veren, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen biricik eşim Gizem EKENLER'e ve tez sürecimin uzamasında önemli katkısı olan minik oğlum Ünal Yılmaz EKENLER'e ve AİLEME,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Şükrü EKENLER

KONYA - 2017

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI ..... **i**

ÖNSÖZ ..... **ii**

İÇİNDEKİLER ..... **iii**

SİMGE VE KISALTMALAR ..... **v**

ÖZET ..... **vi**

SUMMARY ..... **vii**

1. GİRİŞ **1**

1.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tanımı 4

1.2. Ülkemizde ve Dünyada KOAH'ın Mortalite, Morbite ve Ekonomik Yükü 4

1.3. KOAH Gelişiminde Rol Oynayan Risk Faktörleri 7

1.4. KOAH'ın Evreleri 8

1.5. KOAH'ta Görülen Belirti ve Bulgular 8

1.6. KOAH'ta Tedavi ve Hemşirelik Yaklaşımı 9

1.7. Hastalık Algısı 9

1.8. KOAH ve Hastalık Algısı 12

2. GEREÇ ve YÖNTEM **14**

2.1. Araştırmanın Tasarımı 14

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 14

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 14

2.4. Veri Toplama Tekniği ve Araçları 15

2.4.1. Verilerin Toplama Tekniği 15

2.4.2. Anket Formu 15

2.4.3. Hastalık Algısı Ölçeği 15

2.5. Ön Uygulama 19

2.6. Araştırmanın Değişkenleri 19

2.6.1. Bağımsız Değişkenler 19

2.6.2. Bağımlı Değişkenler 20

2.7. Verilerin Analizi 20

2.8. Araştırmanın Etiği 20

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 20

3. BULGULAR 21
3.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 21
3.2. Hastaların Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörlere Ait Bulgular 24
4. TARTIŞMA 41
4.1. Araştırma Grubuna Ait Tanımlayıcı Özelliklerin Tartışması 41
4.2. Hastaların Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörlerin Tartışılması 43
5. SONUÇ VE ÖNERİLER 51
5.1. Sonuçlar 51
5.2. Öneriler 52
6. KAYNAKLAR 53
7. EKLER 59
7.1. EK A: Anket Formu 59
7.2. EK B: Hastalık Algısı Ölçeği 61
7.3. EK C: Gönüllü Bilgilendirme Formu 65
7.4. EK D: Etik Kurul Onayı 66
7.5. EK E: Kurum İzni 67
7.6. EK F: Ölçek Kullanım İzni 68
8. ÖZGEÇMİŞ 69

SİMGE VE KISALTMALAR

ATS : American Thoracic Society – Amerikan Toraks Derneği
CCI : Commission on Chronic Illness – Kronik Hastalıklar Komisyonu
DALY : Erken Ölümler ve Sakatlık Nedeniyle Kaybedilen Yılların Toplamı
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
ERS : European Respiratory Society – Avrupa Toraks Derneği
FEV1 : Zorlu Ekspiratuar Volüm Birinci Saniye
FVC : Zorlu Vital Kapasite
GOLD : Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
HAÖ : Hastalık Algısı Ölçeği
KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
YLD : Sakatlık Nedeniyle Kaybedilen Yıllar

ÖZET

T.C
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörler

Şükrü EKENLER

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2017

Bu çalışma kronik obstrüktif akciğer hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvuran hastalar üzerinde Kasım 2015-Şubat 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma örneklem büyüklüğü 175 hastadır. Verilerin toplanmasında "Anket Formu" ve "Hastalık Algısı Ölçeği" kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde Kruskal Wallis H testi, Mann Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 67,3±10,8, %83,4'ü erkek, %89,7'si evli, %58,3'ü ilkokul mezunudur. Hastalık algısının alt boyutlarından olan hastalık belirtisi boyutlarının puan ortalaması 7,21±2,95, hastalık hakkındaki görüşleri boyutlarının puan ortalaması; süre (akut/kronik) 4,10±0,67, sonuçlar 3,76±0,73, kişisel kontrol 3,30±0,88, tedavi kontrolü 3,39±0,82, hastalığı anlayabilme 2,93±1,01, süre (döngüsel) 3,78±0,58, duygusal temsiller 3,81±0,70, hastalık nedenleri boyutlarının puan ortalaması; psikolojik atıflar 3,93±0,76, risk etkenleri 3,82±0,54, bağışıklık 4,05±0,55, kaza ve şans 3,38±1,21 olarak saptanmıştır. Hastaların hastalığın başlangıcından beri en fazla soluk almada güçlük yaşadığı ve en çok bu belirtiyi hastalıkları ile ilişkilendirdikleri tespit edilmiştir.

Bu çalışma sonucunda hastaların hastalığını anlayamadıkları ve hastalığı üzerinde kişisel kontrollerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Hastaların büyük bir kısmının hastalığın uzun süreceğini, hastalığın geçici olmaktan çok kalıcı olduğunu ve yaşamının geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğine ilişkin görüşlere sahip oldukları ve birçok faktörden etkilenmiş olabileceği tespit edilmiştir. Hemşirelerin, KOAH hastalarının hastalık algısını etkileyen sosyodemografik, sağlık-hastalık özelliklerini dikkate alarak hastalık algılarını arttırmaya yönelik hemşirelik bakımı planlaması ve uygulanması önerilir.

Anahtar kelimeler: Hastalık algısı, Hemşirelik, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY
SELCUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTES

Illness Perception and Related Factors in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Şükrü EKENLER

Nursing Department

MASTER THESIS / KONYA-2017

This study was conducted as a descriptive study to investigate illness perception and related factors in patients with chronic obstructive pulmonary disease.

The study was conducted on patients who applied to the Chest Diseases Clinic of Necmettin Erbakan University Meram Medicine Faculty Hospital between November 2015 and February 2016. The sample size of the study is 175 patients. To collect the data "Questinnaire Form" and "The Illness Perception Questionnaire" were used. Kruskal-Wallis H test, Mann -Whitney U test, One-way Anova and Independent Samples t Test was used as statistical analysis methods.

Average age of the participants 67,3±10,8, 83,4% of the participants were male, 89,7% were married, 58.3% are primary school graduates. The average point and standard deviations of symptom dimensions which are the subscales of illness perception were 7,21 ± 2,95, the average points and standard deviations of their opinion dimensions about the disease; timeline (acute/chronic) were 4,10±0,67, results were 3,76±0,73, personal control were 3,30±0,88, treatment control were 3,39±0,82, illness coherence were 2,93±1,01, timeline cyclical were 3,78±0,58, emotional representations were 3,81±0,70, the average points and standard deviations of the reason dimensions of the illness; psychological attributions were 3,93±0,76, risks factors were 3,82±0,54, immunity were 4,05±0,55, accident & chance were 3,38±1,21. Since the beginning of the disease patients experienced dyspnea symptoms and associated this symptom with their illness.

As a result of this study, it was determined that the patients did not understand their illness and their personal controls over illness were low. It has been determined that a large proportion of patients have a opinion that their illness take a long time, the illness is more permanent than temporary and that the disease lasts for the rest of their life and the disease perception of COPD patients may be affected by many factors. Nurses are advised to plan and implement nursing care to increase disease perceptions, taking into account the sociodemographic, health-disease characteristics that affect COPD patients' illness perception.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Illness perception, Nursing.

1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar, bireyin günlük yaşam aktivitelerinde değişimler oluşturabilen, kalıcı sakatlıklara yol açabilen, geri dönüşümü olmayan patolojik değişikliklere neden olabildiği için uzun süreli izlem, kontrol ve bakım gerektirebilen hastalıkların bütünüdür (WHO 2014, GOLD 2015). Kronik hastalık tanımı ABD'de kronik hastalıklar komisyonu (CCI; Commission on Chronic Illness) tarafından günümüzden yaklaşık 60 yıl kadar önce yapılmıştır. Komisyon kronik hastalığı "genellikle tam iyileşmesi mümkün olmayan, sürekli, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlığa yol açan, oluşmasında sosyo-ekonomik, kişisel ve genetik faktörlerin rol oynadığı, çoğunlukla bulaşıcı olmayan nitelikteki hastalıklar" olarak tanımlamıştır (Roberts 1954).

Dünyadaki sosyal ve ekonomik kalkınmayla birlikte yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkları ve hastalık yükünü artırmıştır. Kalp ve damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet günümüzde tüm dünyayı etkileyen başlıca bulaşıcı olmayan kronik hastalıkları oluşturmaktadır. Dünyada her yıl 38 milyon insan bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle 18 milyonun üzerindeki 30-70 yaş arasındaki ölümlerin; %85'i gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır (WHO 2014). Ülkemizdeki ölümlerin ise %86'sı bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar nedeniyle olmaktadır. Ülkemizde kalp-damar hastalıkları her iki cinsiyetteki ve her yaştaki ölümlerin %47'sinden, kanserler %22'sinden, kronik akciğer hastalıkları %8'inden sorumludur (Sağlık Bakanlığı 2011, WHO 2014). Solunum sistemi hastalıkları içerisinde en yaygın olanı kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır (Mannino 2003).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), sağlığa zararlı partikül ve gazların inhalasyonu nedeniyle ortaya çıkan anormal inflamatuar yanıt sonucu kısmi reversibl, kronik, genellikle kış aylarında semptomlarda artış ve akciğer fonksiyonlarında azalma ile kendini gösteren sık alevlenmelerin olduğu sağlık sistemine maliyeti yüksek bir hastalıktır (Kocabaş ve ark 2014, GOLD 2016). KOAH günümüzde en önemli mortalite ve morbite nedenlerinden biri olmasına karşın yeterince bilinmemekte ve tanılanmamaktadır (Viegi ve ark 2001). KOAH hastadan hastaya farklılık gösterebilen bir doğal gelişim göstermektedir. Ayni risk faktörleri ile karşılaşan kişilerde bile hastalık farklı seyir izleyebilmektedir (GOLD 2015).

Solunum sisteminin kronik hastalıkları, bireyleri ciddi şekilde sınırladıkları, yetersizliğe neden oldukları ve ölüm oranında artışa yol açtıkları için ciddi bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Hastaların sağlığını ve refahını etkilemekte, toplumlar ve aileler üzerinde olumsuz etkiler oluşturmakta, bireylerin yaşam kalitesini düşürmekte ve bireylerde yetersizliklere neden olmaktadır (WHO 2007, Özpulat ve Yıldırım 2014). Kronik hastalığa sahip diğer hastalarda olduğu gibi, KOAH hastalarında da hastalık algısı, hastalığın tedavi sürecini ve psikososyal durumlarını doğrudan etkilemektedir. Bu etki bazen pozitif olabilirken bazen de negatif şekilde olabilmektedir . Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümü olarak tanımlanabilir. İnsanlar hayatları boyunca dış dünyadaki olayları açıklamak ve öngörmek için bilişsel modeller oluştururlar. Bu durum hastalar için de aynıdır. Hastalar da hastalıkları hakkında çeşitli modeller geliştirirler (Weinman ve ark 1996).

Hastalığa verilen tepkiler, bireylerin hastalığı algılayışına, inanışlarına, tedavinin tipine, tedavinin yoğunluğuna ve bireyde ortaya çıkan fizyolojik değişikliklere göre şekil almaktadır. Bu süreçte hastanın daha önceki deneyimleri ve algısı büyük önem taşımaktadır. Ayrıca hastalık algısı; hastaların kişisel bilgilerinden, değer ve inançlarından da etkilenmektedir (Karabulutlu ve Okanlı 2011). Kronik hastalığa sahip insanların hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları hastalığın kontrol altına alınamamasındaki en önemli sorunlardan birini oluşturmaktadır. Hastaların hastalığı hakkında doğru bilgiye sahip olmaları önemlidir. Bu doğru bilgiyi hastalara kazandırması gereken sağlık personellerinin başında hemşireler gelmektedir (Özpulat ve Yıldırım 2014). Tedavi sürecinde hemşire hastaya vereceği eğitimlerle; bireye hastalığı ve hastalığının kontrol altında tutulabilmesi konusunda bilgi ve tek başına kullanacağı ilaçların uygulama yöntemleri hakkında da beceriler kazandırabilmelidir. Hemşireler, hastaların hastalık algısını arttırdıkları zaman hastalık yönetimini de kolaylaştıracakları unutulmamalıdır (Acaroğlu ve Şendir 2000).

KOAH hastaları, kronik bir hastalığa sahip olmanın yanı sıra, bu hastalığın tedavisinde karşı karşıya kalınan pek çok kısıtlamaya ve yoğun fiziksel-psikososyal sıkıntılara maruz kalmaktadırlar. Tedavi merkezine bağımlılık, diyet, ilaç kullanımı gibi pek çok kısıtlama hastada anksiyete (Gudmundsson ve ark 2006, Afşar ve ark 2012), depresyon (Kömürcüoğlu ve ark 2000, Gudmundsson ve ark 2006, Ulubay ve ark 2009, Afşar ve ark 2012), sosyal yaşamın kısıtlanması (Aras ve Tel 2009),

bağımsızlığını kaybetme düşüncesi, rol değişiklikleri (Ünsal ve Yetkin 2005), üzüntü ve umutsuzluk gibi psiko-sosyal sorunların yaşanmasına neden olmaktadır (Atasever ve Erdinç 2003, Yüksel ve ark 2005). Hastanın hastalığını nasıl algıladığı yaşanılan bu sorunların artmasında ya da azalmasında önemli bir etken olduğu düşünülmektedir.

Hastalık algısı, hastaların sosyodemografik ve sağlık/hastalık özelliklerinden doğrudan etkilenmektedir (Uysal ve Akpınar 2013). Hemşirelerin, hastaların tedavilerine uyumu sağlayabilmesi için önce hastaların hastalığından ne anladığını bilmesi ve buna yönelik girişimleri planlaması önemlidir. Ülkemizde solunum sistemi hastalıkları arasında en sık görülen KOAH'ın, hastalık algısı üzerine yapılan çalışma sayısı yetersizdir (Kılıçkaya ve Karakaş 2016). Bu çalışma, KOAH hastalarında hastalık algısı yönetiminde önemli sorumlulukları olan hemşirelerde bir farkındalık oluşturması açısından önemlidir. Bu sonuç dikkate alınarak elde edilen verilerin hemşirelik hizmetlerinde kullanılabilmesi amacıyla KOAH hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörlerin incelenmesi yapılmıştır.

Araştırma Soruları

1. KOAH hastalarının hastalık algısı düzeyleri nedir?
2. KOAH hastalarının sosyo-demografik özelliklere göre hastalık algı düzeyleri değişmekte midir?
3. KOAH hastalarının sağlık/hastalık özelliklerine göre hastalık algı düzeyleriyle değişmekte midir?

1.1.Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tanımı

KOAH, akciğer fonksiyonlarında azalma ile kendini gösteren, alevlenmeleri olan, sağlığa zararlı partikül ve gazların inhalasyonu nedeniyle ortaya çıkan anormal inflamatuar yanıt sonucu irreversibl, kronik, progresif hava akımı sınırlanmasıyla karakterize olan bir hastalıktır (Özer 2014, Türk Toraks Derneği 2014, Welte ve ark 2015). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim olan GOLD'un (The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) tanımına göre; KOAH, hava yollarında ve akciğerlerde zararlı partikül ya da gazlara karşı güçlü bir kronik inflamatuar yanıtla ilişkili ve genellikle ilerleyici nitelikte kalıcı hava akımı kısıtlanmasıyla karakterize bir hastalıktır (GOLD 2015). American Thoracic Society (ATS) ve European Respiratory Society'nin (ERS) ortak tanımına göre; KOAH, tam olarak geri dönüşlü olmayan hava akımı sınırlanması ile karakterize, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık durumudur (Celli ve ark 2004). KOAH gelişiminde genetik açıdan duyarlı bireylerin, uygun çevresel risk faktörleriyle uzun süre karşılaşması hastalığın gelişimine neden olmaktadır (GOLD 2015).

Nefes darlığı, kronik öksürük veya balgam çıkarma yakınması olan ve risk faktörlerine maruziyet öyküsü bulunan orta-ileri yaştaki bireylerde bronkodilatör sonrası yapılan spirometrik değerlendirme ile 1. saniyedeki ekspiratuar hacmin (FEV1) , zorlu vital kapasiteye (FVC) oranı %70 (FEV1/FVC<%70) altında olması KOAH olarak tanımlanmaktadır (Celli ve ark 2004, GOLD 2015). KOAH, farklı tedavilere farklı yanıtlar verebilmektedir. Hava akımı obstrüksiyonu reversibl ve irreversibl olabilmektedir. KOAH'daki kronik hava kısıtlanması; maksimum ekspiratuvar akımda azalma ve akciğerlerin boşalmasında yavaşlama ile karakterizedir. Sağlığa zararlı partikül ve gazlar zamanla havayolları ve akciğer parankiminde artmış inflamatuvar yanıt oluşturur. Bu yanıt sonucunda yapısal değişiklikler olmakta, bu da havayollarında yerleşik daralmaya ve akciğer parankiminde yıkımın başlamasına sebep olmaktadır (GOLD 2015).

1.2.Ülkemizde ve Dünyada KOAH'ın Mortalite, Morbite ve Ekonomik Yükü

Dünya nüfusunun giderek yaşlanması ve geleneksel risk faktörlerinden olan kirli su, yetersiz beslenme, hijyenik olmayan koşullar, ev içi kirlilik gibi etkenlerin giderek azalması ve yeni risk faktörlerinden olan obezite, tütün, sedanter yaşam tarzı, mesleki riskler, hava kirliliği gibi etkenlerin ortaya çıkması sık görülen hastalık

tiplerinde de değişmelere neden olmuştur. Bu değişim enfeksiyon hastalıklarını giderek azaltırken, kronik hastalıkların toplumda en sık morbidite ve mortalite nedeni haline getirmiştir (Godtfredsen ve ark 2008, GOLD 2015). Küreselleşmenin yeni bir boyut kazanması, hızlı plansız kentleşmelerin artması, nüfusun giderek yaşlanması ve batılı yaşam tarzının popüler olması; insan sağlığını ciddi şekilde etkileyen risk faktörlerine maruz olan kişi sayısını artırmıştır. Bu risk faktörlerinin başında tütün kullanımı (Stang ve ark 2000, Ji ve ark 2016), hava kirliliği (Garcia-Aymerich ve ark 2001, Mannino ve Buist 2007), sağlıksız ve dengesiz beslenme (Çilingir ve Günbatar 2015), sedanter yaşam tarzı (Vozoris ve O'Donnell 2012), mesleki mazuriyetler (Matheson ve ark 2005) ve obezite gelmektedir (Abul ve Özlü 2013, Welte ve ark 2015).

KOAH terminolojisinde farklılıklar olması nedeniyle çok kolaylıkla elde edilebilen mortalite, morbite ve prevalans verilerinin güvenilirlikleri sınırlıdır. Ancak 2003 yılında GOLD tarafından KOAH'ın tanısını koymaya ve şiddetini belirlemeye yönelik olarak önerilen spirometrik eşiğin yaygın kabul görmesiyle büyük bir adım atılmıştır (GOLD 2003, Chapman ve ark 2006). Fakat KOAH'ın yeterince bilinmemesi, yeterince teşhis edilmemesi hala mortalite verilerinin güvenilirliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Annesi-Maesano 2006). Dünyadaki KOAH'lı hastaların yalnız %25-40'ı tanı almaktadır (Buist ve ark 2007). Bunlara ek olarak KOAH'ın birincil ölüm nedeni olmasına karşın ölüm raporlarında genellikle katkıda bulunan neden olarak belirtilmekte ya da hiç belirtilmemekte, bu da mortalite hızlarını etkilemektedir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada, KOAH'lı hastaların ölüm kayıtları incelendiğinde sadece %57'sinde KOAH'ın birincil ölüm nedeni ya da ek hastalık olarak belirtildiği bildirilmiştir (Hansell ve ark 2003, Kocabaş 2010). Dünyada 2010 yılında kronik solunum hastalıkları yüzünden 3.8 milyon ölüm gerçekleşmiştir. Bu ölümlerin 2.9 milyonunun nedeni de KOAH'dır (GOLD 2014). 1965-1998 yılları arasında ABD'de erkeklerde koroner arter hastalığından ölümlerde %59, inmeden ölümlerde %64 ve diğer kardiyovaskuler hastalıklarda ölümler %35 azalırken, aynı dönemde KOAH'dan ölümler %163 artmıştır (GOLD 2014). KOAH'la ilişkili ölümlerdeki artışı etkileyenlerin başında; sigara kullanımındaki artış ve özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki toplumun yaş yapısında meydana gelen değişimin etkisi büyüktür (Vollmer 2003). Dünyanın demografik yapısındaki değişim, sigara içme yaygınlığında değişimden daha hızlı gerçekleşmektedir. Böylece KOAH'daki artış da

daha belirleyici olmaktadır (Celli 2010, Kocabaş 2010). Sağlık Bakanlığı tarafından "Küresel Hastalık Yükü" (Global Burden of Study) yöntemi kullanılarak yapılan ölüm nedenlerine tahmin etmeye yönelik çalışmada en sık görülen ölüm nedenleri arasında KOAH'ın üçüncü sırada olduğu belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2004). Ülkemizde KOAH'lı hasta sayısının 2,5-5 milyon arası olduğu tahmin edilmektedir (Karlıkaya ve ark 2006, Türk Toraks Derneği 2010). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) sağlık istatistiği verilerine göre 2014 yılında 15 yaş ve üzeri bireylerin son bir yıl içinde yaşadıkları başlıca sağlık sorunları arasında %7,7'lik (erkeklerde %6.3, kadınlarda %9,1) oranla KOAH önemli bir yere sahiptir (TÜİK 2015). 2012 yılında gerçekleşen toplam 320.967 ölümden 31.026'sı solunum sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşmiştir. Bu ölümlerin de 19.087'sinden (%61.5) KOAH sorumludur (TÜİK 2012).

KOAH'a bağlı morbidite hakkında bilgi elde etmede birtakım standardizasyon zorluğu çekilmektedir (Kocabaş 2010). DSÖ tarafından morbiditeyi ya da hastalık yükünü değerlendirmede "Years of Healty Life Lost Due to Disability - (YLD)" ve "Disability Adjusted Life Years - (DALY)" ölçütleri kullanılmaktadır. Sakatlık nedeniyle kaybedilen yıllar olarak YLD tanımlanırken, erken ölümler ve sakatlık nedeniyle kaybedilen yılların toplamı olarak da DALY tanımlanmaktadır. KOAH, erken mortaliteye, morbiditeye, yüksek ölüm hızlarına ve sağlık sisteminde ciddi maliyetlere sebep olmaktadır (GOLD 2015). Hastalığın yaygınlaşmasıyla önümüzdeki yıllarda KOAH'a bağlı YLD ve DALY'nin artması beklenmektedir (Celli 2010, Kocabaş 2010). Sağlık Bakanlığı Ulusal Hastalık Yükü çalışmasında KOAH, önde gelen hastalık yükü (DALY) nedenleri arasında 8. sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı 2010).

KOAH maliyeti yüksek, hastane yatışları sık olan bir hastalıktır. KOAH maliyeti yükselten unsurların başında hastalığın alevlenmeleri gelmektedir. Göğüs hastalıkları hastalarının hastanede ortalama yatış sürelerinin değerlendirildiği bir çalışmada, en uzun süreli hastane yatışı KOAH'da (12.1 gün) bulunmuş bunun da yüksek maliyete sebep olduğu tespit edilmiştir (Hacıevliyagil ve ark 2006). KOAH'ın neden olduğu küresel ekonomik maliyet günümüzde 2.1 trilyon $ civarındadır. Bu maliyetin 2030 yılına kadar 4.8 trilyon $'a yükseleceği tahmin edilmektedir (Bloom ve ark 2012).

1.3.KOAH Gelişiminde Rol Oynayan Risk Faktörleri

KOAH gelişimde tüm dünyada en yaygın görülen risk faktörü sigara dumanına maruziyettir (Stang ve ark 2000, Barış ve ark 2011). Sigara dumanı hava yollarındaki lokal inflamatuar yanıtı, büyük hava yollarının proksimali, periferik küçük hava yolları, akciğer parankimi ve pulmoner damarlardaki karakteristik değişiklikleri başlatır (Hogg 2004). KOAH'ta sigaraya atfedilen risk %40-70 arası değişmekte (Raherison ve Girodet 2009), sigara içenlerde KOAH gelişme riski %20 civarına ulaşmaktadır (Kocabaş 2010). Genellikle toz veya dumana maruziyeti olan birçok meslek grubunun (kömür tozu, silika, kadmiyum, hayvan yemi, toz, duman veya eriticilere maruziyetin bulunduğu diğer meslekler) KOAH gelişimiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Kocabaş 2010, Mollaoğlu ve Tuncay 2010).

KOAH genellikle genetik faktörlerle çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. Genetik faktörler sigara dumanı ve diğer risk faktörlerine duyarlılıkta büyük farklılığa neden olabilmektedir (Kocabaş 2010, Hooper ve ark 2012). KOAH da genetik olarak en iyi bilinen risk faktörü alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliğidir, fakat AAT eksikliği yaygın değildir (Foreman ve ark 2012).

KOAH gelişimden bir diğer risk faktörü de iç ortam kirliliğidir (Hu ve ark 2010). Isınmak ya da yemek pişirmek amacıyla iyi havalandırılmamış ortamlarda odun, kurutulmuş bitki atıkları, tezek ve kömürün açık ateş ya da iyi yapılandırılmamış sobalarda kullanılması yüksek düzeyde iç ortam kirliliğine sebep olabilmektedir (Ezzati 2005). Odun ve diğer biomas yakıtların kullanımına bağlı meydana gelen iç ortam kirliliğinin her yıl 2 milyon kadın ve çocuğun ölümünden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (GOLD 2006).

KOAH gelişiminde cinsiyetin bir risk faktörü olup olmadığına ilişkin kesin veri yoktur. Gelişmiş ülkelerde yapılan son çalışmalarda KOAH mortalite verileri kadın ve erkeklerde benzerdir. Gelişmiş ülkelerde kadınlar arasında sigara içme oranının artması, gelişmemiş ülkelerde ise kadınların iç ortam kirliliğiyle karşı karşıya kalması hastalığın erkek ve kadınları benzer oranda görülmesine sebep olmaktadır (Başyiğit ve ark 2010). Fakat geçmişte yapılan çalışmalarda erkeklerde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Kocabaş 2010).

1.4.KOAH'ın Evreleri

KOAH'taki karakteristik olan hava yolu kısıtlanmasının sebebi amfizem ve obstrüktif bronsiyolittir. KOAH'taki hava yolu kısıtlanması hastadan hastaya büyük farklılık gösterebilmektedir. Bu hava yolu kısıtlamasını test etmenin en iyi yolu da spirometre kullanımıdır. KOAH spirometrik ölçümle 4 evrede sınıflandırılmaktadır. Bu evreler; evre 1-hafif, evre 2-orta, evre 3-ağır, evre 4-çok ağır şeklindedir (Celli ve ark 2004, GOLD 2015). KOAH'ta yeni evreleme yöntemi olarak sadece spirometrik değerlendirme değil aynı zamanda klinik semptomların da kullanılmasının daha doğru bir evreleme yöntemi olacağı öne sürülmektedir (GOLD 2016). KOAH evrelemesinde spirometrik sınıflandırmada postbronkodilatör FEV1/FVC<0.7 oranı kullanılmaktadır (GOLD 2015).

Çizelge 1.1: KOAH'ta hava akımı kısıtlanması şiddetinin sınıflandırılması.

GOLD Evre-1 Hafif	FEV1 ≥%80 (beklenenin)
GOLD Evre-2 Orta	%50 ≤ FEV1 <%80 (beklenenin)
GOLD Evre-3 Ağır	%30 ≤ FEV1 <%50 (beklenenin)
GOLD Evre-4 Çok Ağır	FEV1 <%30 (beklenenin)

1.5.KOAH'ta Görülen Belirti ve Bulgular

KOAH'ta başlıca semptomlar kronik progresif nefes darlığı, öksürük ve balgam çıkarmadır (Rees 2003, Pauwels ve Rabe 2004, Williams ve ark 2007). Bu semptomların şiddetinde gün içerisinde ve günden güne değişimler görülmekle birlikte semptomlar en fazla sabah saatlerinde yoğun bir şekilde hissedilmektedir (Kessler ve ark 2011). Ayrıca hastalarda yorgunluk (Al-Shair ve ark 2016, Kentson ve ark 2016), iştahsızlık (Koehler ve ark 2007, Yalçın ve Kaya 2013), kilo kaybı (Koehler ve ark 2007), kalp yetmezliği (Yoshihisa ve ark 2014), siyanoz (Singh 2016), ödem, obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS) (Valipour ve ark 2011, Crinion ve McNicholas 2014) görülebilmektedir (Tödt ve ark 2014). KOAH'ın ilk semptomu sıklıkla kronik öksürüktür (GOLD 2014). KOAH'ta balgam genelde yapışkan, çıkartılması zor ve mukoid niteliktedir. KOAH hastalarında depresyon (Julian ve ark 2009, Iyer ve ark 2016) ve anksiyete (Panagioti ve ark 2014) semptomları da sık görülmektedir (Hanania ve ark 2011).

1.6.KOAH'ta Tedavi ve Hemşirelik Yaklaşımı

KOAH progresif bir hastalık olduğundan hastaların tedaviye uyumunun sağlanması, yaşam kalitesinin arttırılmasında önemli bir yere sahiptir. Stabil KOAH hastalarında hedef hastanın semptomları azaltmak/ortadan kaldırmak, egzersiz intoleransını azaltmak/ortadan kaldırmak, alevlenmeleri önlemek, mortaliteyi azaltmak, komplikasyonları azaltmak ve tedavi etmek şeklindedir (Bourjeily ve Rochester 2000, GOLD 2015). Tedavi programı; risk faktörlerinin azaltılması, hipokseminin önlenmesi, beslenme durumunun düzenlenmesi, rehabilitasyon programlarıyla günlük yaşam aktivitelerinin en üst düzeye çıkarılması ve dispnenin önlenmesi, stabil KOAH'ın tedavisi ve alevlenmelerin tedavisini içermektedir (GOLD 2015). KOAH tedavisinde dört temel yaklaşım bulunmaktadır. Hasta eğitimi, risk faktörlerinin azaltılması, stabil KOAH tedavisi ve alevlenmenin tedavisinden oluşan bu dört temel yaklaşımda hemşirelere önemli görev ve sorumluluklar düşmektedir. KOAH tedavisi, farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımlardan oluşmaktadır. KOAH'ın farmakolojik tedavisinde; bronkodilatatörler, inhaler kortikosteroidler ve kombinasyon tedavileri yer almaktadır. KOAH'ın non-farmakolojik tedavisi ise; pulmoner rehabilitasyon, uzun süreli oksijen tedavisi, evde mekanik ventilasyon ve cerrahi tedaviden oluşmaktadır. Hasta eğitiminde, non-farmakolojik ve farmakolojik tedavide hemşirelerin önemli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşireler KOAH hastalığının kronik ve progresif bir hastalık olduğunu bilmeli ve hastalara bu şekilde yaklaşmalıdırlar. Hastaların hastalığıyla uyumunu sağlamakta hemşirelere önemli görevler düşmektedir.

1.7.Hastalık Algısı

Hastalık, bireyin sağlığını tehdit eden unsurları fark etmesi veya bir hastalığın anlam ve önemini algılaması olarak tanımlanabilir. Hastalık tanımı, kronik hastalıklar durumunda sağlığa ilişkin davranışları açıklamaya çalışır (Cherrington ve ark 2006). Hastalık kavramı objektif ve subjektif boyutları kapsadığından, benzer bir hastalıkla karşılaşan bireylerin farklı tepkiler göstermesine sebep olmaktadır (Armay ve ark 2007).

Bireylerin bir hastalık veya semptomla ilgili inanç ve beklentilerinin bilişsel yansıması hastalık algısı olarak tanımlanmaktadır (Petrie ve ark 2007). Bireyler hastalandıklarında, yaşadıkları sorunları tanımlamak ve onlarla baş etmeye yönelik

kendi hastalık temsili modellerini geliştirirler. Kendini ayarlama (selfregulatory) kuramı; hastaların bilişsel modellerle kendi baş etme yöntemlerini geliştirdiklerini öne sürmektedir (Leventhal ve ark 1998). Kendini ayarlama kuramına göre; bireyler kendilerine somut ve soyut kaynaklardan alınan bilgiler doğrultusunda zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlarla ilgili şematik temsiller oluştururlar. Bu temsillere dayanarak bireyler algıladıkları tehdide yönelik belirli bir plan oluştururlar. Bu plana yönelik belirli bir baş etme stratejisi oluşturulur, değerlendirilir ve değiştirilebilir. Bireylerin temsillerinin oluşmasında, sağlık çalışanları, medya ve bireylerin şahsi deneyimleri önemli rol oynar. Hastalık algısı modeline göre; bireyler hastalıkla ilgili bilgiyi beş alanda değerlendirmektedir. Bunlar; kimlik, süre, neden, sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirliktir. Genel olarak, bu alanlardan kimlik, süre ve neden hastalıkla ilgili olasılık tahmini için kullanılır. Sonuçlar ve tedavi-kontrol edilebilirlik ciddiyet tahmininin temelini oluşturur (Cherrington ve ark 2004, Cherrington ve ark 2006, Armay ve ark 2007, Scharloo ve ark 2007).

Hastalar hastalıklarıyla ilgili bilişsel temsiller kurarlar. İnsanların çoğu sık görülen hastalıkların çeşitli semptomlarını bilmektedir. Fakat daha az görülen hastalıklar konusunda bilgileri son derece sınırlı olabilmektedir. Hastalar yeni bir tanı aldıklarında hastalığın sebep olduğu semptomlar hakkında zamanla çeşitli inanışlar geliştirirler. Hastalık algısı modelindeki kimlik kavramı; hastanın hastalığında görülen semptomlara yönelik bakış açısıdır. Bu bakış açısı tedaviyi düzenleyen sağlık profesyonellerinin bakış açısından çok farklı olabilmektedir. Hastalar, çoğunlukla tedavinin yan etkileri ve hastalığın semptomları hakkında yanlış çıkarımlar yapabilmektedirler (Petrie ve Weinman 2006, Scharloo ve ark 2007).

Hastalar bir hastalık tanısı aldıklarında bu hastalığın neden görüldüğüne dair inanışlar geliştirirler. Nedensellik, hastaların kendi durumları için araştırdıkları tedavi yöntemini etkilemektedir. Bu hastaların hastalığını kontrol altında tutması için gereken değişiklikler için önemlidir. Hasta hastalığını kendisinin olumsuz bir davranışına bağlarsa birey bu davranışı değiştirmeye çalışacaktır. Eğer dış bir faktöre bağlarsa da o faktörden uzaklaşmaya çalışacaktır. Başka hastalıklardaki nedensel inanışlar, hasta kendini suçluyorsa hastanın duygusal cevabını da etkilemektedir (Petrie ve Weinman 2006, Armay ve ark 2007).

Hastalık algısı modelinde akuttan kroniğe doğru değişen zamansal inanışlar vardır. Hastalar hastalıklarını çeşitli faktörlere bağlayabilmektedirler. Zamansal ve

nedensel ilişkiler doğrudan birbiriyle bağlantılıdır. Zamansal inanışlar ile ilaç alımı arasında kuvvetli bir ilişki vardır. Akut hastalar, kronik hastalara göre ilaçlarını ve tedavilerini daha erken bırakma eğilimindedirler (Petrie ve Weinman 2006).

Hastanın kontrol inanışı genellikle kişisel kontrolüne olan duyarlılığına ve tedavi ile ne kadar kontrol edilebileceğine bağlıdır. Yüksek düzeydeki kontrol çoğunlukla kısa zamansal algıyla ilişkilidir. Hastalık algısında son kavram ise hastanın hastalığının sonucu hakkındaki algısıdır. Bu genellikle hastalığın bireyin sosyal hayatına olan etkilerini kapsamaktadır (Petrie ve Weinman 2006, Greco ve ark 2014).

Hastalar, hastalık tanısı aldıklarında, genellikle kendi durumları hakkında çeşitli inanış modelleri geliştirirler. Bu inanış modellerinin temelini hastaların tıbbi bilgileri veya aynı semptomları ya da tanılara sahip olan aile bireylerinin kişisel deneyimleri oluşturur. Hastalığı yorumlama, baş etme ve değerlendirme aşamalarını içeren döngüsel bir süreç hastalık algısı modeli olarak açıklanmaktadır. Bu model, hastaların hastalığına bağlı ortaya çıkan semptomlar hakkındaki inanışlarını, hastalığın dönemlerini ve beklenen süresini, algılanan sonuçlarını, hastalığın tedavisini, hastalığın kontrol edilebilirliğini ve olası nedenleriyle ilgili özel inanışlarını ortaya koymaktadır. Hastalığın yönetiminde bu inanışlar anahtar rol oynamaktadır (Hagger ve Orbell 2003). Buna bağlı olarak hastalık algısı da hastalık yönetiminde önemli bir süreç olan tedavi sürecini doğrudan etkilemektedir (Tan ve Karabulutlu 2005, Armay ve ark 2007). Hastalık süreci boyunca hastanın hastalığının yönetimiyle ilgili yaşadığı iyi ve kötü deneyimler hastalık algısını doğrudan etkilemektedir. Aynı hastalığa sahip olan insanların hastalık algıları farklılık gösterebildiği gibi sağlık profesyonellerinin de o hastalıkla ilgili algıları da farklılık gösterebilmektedir (Petrie ve Weinman 2006). Hastanın vereceği tepkiyi etkileyen faktörlerin başında hastanın hastalığı hakkındaki bilgisi gelmektedir. Bireyin hastalık hakkında bilgisinin yeterli olması hastalık hakkındaki tepkilerini olumlu yönde etkileyecektir. Bilginin yetersiz olması anksiyete düzeyinin artmasına neden olur. Ayrıca hastanın tedaviye uyumunu da güçleştirir (Karabulutlu ve Okanlı 2011).

Hasta hastalığını hak ettiği ya da etmediği bir ceza olarak algılayabilmektedir. Bunun sonucunda da sıklıkla depresyon (Üskül ve ark 2006, Korkmaz ve Tel 2010), öfke (Hill ve ark 2008, Özkan 2011) veya utanç şeklinde duygusal tepkiler ortaya çıkar. Hastada suçluluk duygusunun varlığı ve derecesi çok önemlidir. Eğer hasta hastalığını günah işlemenin cezası olarak algılarsa genellikle pasif konumda olur ve

iyileşme girişiminde bulunmayabilir. Eğer hastalığı hak edilmemiş bir ceza olarak görürse, öfke ve kin içeren, kavgacı ve şüpheci davranışlar gösterebilir (Karabulutlu ve Okanlı 2011). Hastaya yaklaşımda hastanın hastalığını nasıl algıladığını ve neden bu şekilde algıladığını tespit etmek son derece önemlidir. Algılamada etkili olan faktörler; kişisel (kişilik, geçmiş deneyimler, ruhsal durum), kişilerarası (aile üyelerinin desteği, tedavi ekibiyle ilişki), hastalıkla ilgili faktörler, sosyokültürel ve ekonomik olarak sınıflandırılabilir (Armay ve ark 2007). Hastalık algısı, bireylerin bir hastalığa yakalanma riskini azaltmak için nasıl davranması gerektiğini de etkiler (Kye ve ark 2015). Sonuç olarak hastalıkla ilgili algılar bireylerin risk azaltıcı sağlıklı davranışlarının gelişiminde önemli bir yere sahiptir. Frostholm ve ark (2005) hastaların hastalık algısının temel sağlık hizmetlerini kullanmalarına etkisini inceledikleri çalışmada; hastaların sahip oldukları hastalık nedenlerini stres, psikososyal ve yaşam şekliyle ilişkili olarak görenlerin, hastalıklarında daha fazla semptom yaşayanların, hastalıklarının uzun sürede iyileşeceğine ve ciddi sonuçları olacağına inananların primer sağlık bakım merkezlerini daha fazla kullandıklarını belirtmişlerdir. Hastaların hastalıklarına bağlı algıları ve değerlendirmeleri; duygusal ve davranışsal tepkilerini, başetme yöntemlerini, psikososyal durumlarını ve yaşam kalitelerini doğrudan etkilemektedir (Armay ve ark 2007).

1.8.KOAH ve Hastalık Algısı

KOAH gibi uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren hastalıklarda, hastaların tedaviye uyumu hastalığın gidişini etkileyen ve tedavi başarısını belirleyen önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (Aras ve Tel 2009). Hastanın tedaviye uyumu, hastalığın kontrol altında tutulmasında önemli bir yere sahip olan farmakolojik ve non-farmakolojik tedavilerin hasta tarafından yürütülmesini kolaylaştırmaktadır. Kronik hastalığa sahip hastalarda üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ölüm korkusu, endişe, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma , bağımlı olma endişesi, beden imajı değişikliği ve yaşam tarzında bozulma, depresif görüntü ve sosyal izolasyon gibi psikososyal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu yüzden kronik durumların yönetimi, sadece fizyolojik sorunların yönetimi olmayıp aynı zamanda psikososyal sorunların yönetimini de içermektedir. Psikososyal bakımda hemşireye önemli roller düşmektedir. Hemşirenin rolü, hasta ve ailenin yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamasına yardımcı olmak, uyumsuzlukları önlemek ve hasta

ile ailesinin baş etme yöntemlerini geliştirerek hastalığa uyumlarını artırmaktır (Özdemir ve Taşcı 2013). Hastaların tedavilerine uyumlarını sağlayabilmek için önce hastaların hastalığından ne anladığını, varsa hastalığı ile ilgili inançlarını, korkularını ve hastalığa nasıl bir tepki verdiğini anlamak son derece önemlidir. Bu konuda hastaya, sağlık personeli (hemşire, hekim, psikolog vb.) bilgi ve güven vermelidir. Hasta ile güven bağı oluşturulduktan sonra, hastalığın yol açtığı sınırlılıklarla başa çıkmada hastaya yardım edilmelidir (Mete 2008).

Hastanın hastalığını nasıl algıladığı sağlık davranışlarını etkileyen etmenlerin başında gelmektedir. Hastalık algısı fonksiyonel durum, sakatlık, psikolojik durum ve yaşam kalitesi ile ilişkilidir (Kaptein ve ark 2008). Borge ve ark (2014) yaptıkları bir çalışmada solunum güçlüğünün birçok semptomunun hastalık algısıyla ve düşük akciğer fonksiyonun da yüksek hastalık algısı puanıyla ilişkili olduğunu saptamışlardır. Ülkemizde kanser, böbrek yetmezliği ve diyabet için hastalık algısı çalışmaları bulunmaktayken, (Armay ve ark 2007, Karabulutlu ve Okanlı 2011, Uysal ve Akpınar 2013) KOAH hastalarında hastalık algısı üzerine sadece bir tane yüksek lisans tezi literatürde yer almaktadır (Kılıçkaya 2013). Yabancı literatür taramasında ise KOAH hastalarının hastalık algısı ile ilgili sınırlı sayıda araştırmanın olduğu göze çarpmaktadır (Scharloo ve ark 1998, Scharloo ve ark 2007, Howard ve ark 2009, Borge ve ark 2014, Weldam ve ark 2014, Zoeckler ve ark 2014). Bu çalışmalarda bireyin hastalık algısını, hastalık semptomlarını ve hastanın kişisel özellikleri gibi birçok faktörün incelendiği tespit edilmiştir (Scharloo ve ark 2007, Kaptein ve ark 2008, Howard ve ark 2009, Borge ve ark 2014).

Kronik hastalığa sahip insanların hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları hastalığın kontrol altına alınamamasındaki en önemli sorunlardan birini oluşturmaktadır. Hastaların hastalıkları hakkında doğru bilgiyi kazandırması gereken sağlık personellerinin başında hemşireler gelmekte ve hastalığın tanı aşamasından itibaren hastalığın tedavisinin yürütülmesinde büyük rol almaktadır. Tedavi sürecinde hemşire hastaya vereceği eğitimlerle; bireye hastalığı ve hastalığının kontrol altında tutulabilmesi konusunda son derece değerli bilgiler kazandırabilir. Hemşireler bireye bilgi sağlamakla birlikte bireyin evde kendisinin tek başına kullanacağı ilaçların uygulama yöntemleri hakkında da beceriler kazandırmaktadırlar. Tüm bu sebeplerden hemşirenin hastalar üzerinde kendi hastalık yönetiminde ve hastalık algısında son derece önemli rolleri bulunmaktadır (White ve Dixon 2015).

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Tasarımı

Bu çalışma; kronik obstrüktif akciğer hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği'nde ayaktan tedavi hizmeti için başvuran hastalar üzerinde yapılmıştır. Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı kadrosunda 1 profesör, 2 doçent ve 2 yardımcı doçent bulunmaktadır. Klinik bünyesinde 46 yataklı servis, 10 yataklı yoğun bakım ünitesi, 4 yataklı uyku ünitesi, girişimsel bronkoskopi ünitesi, kemoterapi ünitesi ve pulmoner rehabilitasyon ünitesi bulunmaktadır. Ayrıca, tüm akciğer hastalıkları ile ilgili poliklinik hizmeti verilmektedir. Poliklinik hastalarına hizmet veren solunum fonksiyon testi laboratuvarı, radyoloji laboratuvarı, bronkoskopi laboratuvarı ve plevraya yönelik girişimsel işlemler laboratuvarı bulunmaktadır. Poliklinikte hasta muayeneleri mesai saatleri arasında yapılmaktadır. Poliklinikte solunum fonksiyon testini gerçekleştiren bir hemşire ve kemoterapi ünitesinde de iki hemşire görev yapmaktadır. Poliklinikte iş yoğunluğu nedeniyle hemşireler hastalara herhangi bir eğitim vermemektedir.

2.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran KOAH hastalardan oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında beklenen etki düzeyi orta (0,15), bağımsız değişken sayısı 16, güç düzeyi %90 ve önemlilik düzeyi 0,05 kabul edilerek minimum örneklem sayısı 175 olarak bulunmuştur (Cohen ve ark 2003). Hesaplanan örneklem büyüklüğüne ulaşıldığında veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Araştırmanın veri toplama Kasım 2015 - Şubat 2016 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmaya alınma ölçütleri

- 18 yaş ve üzeri olan,
- En az ilkokul mezunu olan,

- En az bir yıldır KOAH tanısı olan hastalar araştırmaya alınmıştır.

Araştırmaya alınmama ölçütleri:

- Anketin sağlıklı doldurulabilmesi açısından hekim tarafından tanı konulmuş herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan ve iletişim sorunu olan hastalar araştırmaya dâhil edilmemiştir.

2.4.Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Bu araştırmada çalışma grubunu oluşturacak olan KOAH'lı hastalardan veriler Anket Formu (EK A) ve Hastalık Algısı Ölçeğiyle (EK B) toplanmıştır.

2.4.1. Verilerin Toplama Tekniği

Verilerin toplanması araştırmacı tarafından araştırmanın yapıldığı tarihler arasında polikliniğe başvuran KOAH hastalarıyla polikliniğin bekleme salonunda sessiz bir ortam oluşturularak, mesai saatleri içerinde her bir hasta için 15-20 dakika ayrılarak gerçekleştirilmiştir. Veriler, araştırmacı tarafından hastalara anket ve ölçek soruları okunarak ya da hastalara formlar dağıtılarak toplanmıştır. Ankette yer alan KOAH evre sorusu, hasta dosyasında yer alan hekimin tespit ettiği evre, araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

2.4.2. Anket Formu

Anket formu araştırmacı tarafından literatür incelenerek (Yakışan ve ark 2006, Howard ve ark 2009, Borge ve ark 2014, Weldam ve ark 2014) oluşturulmuştur. Bu form, bireylerin sosyo-demografik özelliklerini içeren 7 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir algısı, kiminle birlikte yaşadığı) ve sağlık/hastalık özelliklerinin sorgulandığı 9 soru (sigara kullanma durumu, hastalık süresi, sağlık algısı, hastalığıyla ilgili bilgi alma durumu, sağlık kontrollerine istenilen sıklıkta gitme durumu, ilaçlarını düzenli kullanma durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, hastalığına uygun beslenme durumu, KOAH evresi) olmak üzere iki bölümü içeren toplam 16 sorudan oluşmaktadır.

2.4.3. Hastalık Algısı Ölçeği

Bilimsel olarak Leventhal'in hastalık temsili kuramına dayanan Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (The Illness Perception Questionnaire (IPQ)), Weinman ve ark

tarafından fiziksel hastalığı olan bireylerde hastalık algısını değerlendirmek için geliştirilmiştir (Weinman ve ark 1996). Hastalık Algısı Ölçeği, hastalık temsili kuramının beş alanı olan; kimlik, süre, neden, sonuçlar tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik alanlarının kantitatif ölçümünü gerçekleştirmek üzere geliştirilmiştir (Weinman ve ark 1996).

Ölçek Moss-Morris ve ark (2002) tarafından gözden geçirilmiş ve yeniden düzenlenmiştir. Kimlik bölümünün hastaların hastalıklarına verdikleri anlamları açıkça temsil etmediği belirlenmiştir. Süre boyutu hastalığın göreceli kroniklik derecesi ile ilgili inançlar ve belirtilerin değişkenliği ile ilgili inançlar olarak iki bölüme ayrılmıştır. Yeni ölçekte süre boyutu süre-akut/kronik ve süre-döngüsel olarak adlandırılmıştır. HAÖ'nin yenilenmesinde en önemli noktalardan biri yenilenen ölçeğe duygusal temsillerin ölçümünün eklenmesidir. Son olarak yenilenen ölçek hastalık üzerindeki kişisel kontrol ve tedavi kontrolünün ayırımını da yapmaktadır. HAÖ üç boyuttan oluşmaktadır. Hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri, hastalık nedenleri boyutlarıdır. Ölçek, toplam 70 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması kanser hastaları üzerinde Armay ve ark (2007) tarafından yapılmıştır (Çizelge 2.1).

Çizelge 2.1. Hastalık Algısı Ölçeğinin alt boyutları ve iç tutarlılık katsayıları.

			İç Tutarlılık Katsayıları		
		Alt-Üst Puan	Moss-Moris (2002) n=711	Armay (2007) n=203	Bu araştırma n=175
Hastalık Tipi Boyutu					
14 hastalık belirtisini içerir			0,75	0,84	0,78
Hastalık Hakkındaki Görüşleri					
Süre (akut/kronik)	**1**,2,3,**4**,5,**18**	1-5	0,89	0,85	0,83
Sonuçlar	6,7,**8**,9,10,11	1-5	0,84	0,60	0,85
Kişisel Kontrol	12,13,14,**15**,16,**17**	1-5	0,81	0,80	0,90
Tedavi Kontrolü	**19**,20,21,22,**23**	1-5	0,80	0,72	0,83
Hastalığı anlayabilme	**24,25,26,27**,28	1-5	0,87	0,67	0,93
Süre (döngüsel)	29,30,31,32	1-5	0,79	0,66	0,52
Duygusal Temsiller	33,34,35,**36**,37,38	1-5	0,88	0,68	0,87
Hastalık Nedenleri					
Psikolojik Atıflar	1,9,10,11,12,17	1-5	0,86	0,60-0,85	0,79
Risk Etkenleri	2,4,6,8,13,14,15	1-5	0,77		0,65
Bağışıklık	3,7,18	1-5	0,67		0,45
Kaza veya Şans	5,16	1-5	0,23		0,69

Koyu renk ile belirtilen maddeler, puanlamada tersine dönüştürülecek maddelerdir.

Ölçeğin Alt Boyutları

Hastalık Tipi Boyutu: Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, "hastalığın başlangıcından bu yana bu belirtileri yaşayıp yaşamadığı" ve "bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği" sorulmaktadır. Bu boyutta her bir belirti birinci ve ikinci sorular için evet ya da hayır şeklinde yanıt vermesi istenmektedir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturur.

Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu: Otuz sekiz maddeden oluşmakta ve beşli likert tipi ölçüm (1-kesinlikle böyle düşünmüyorum, 2-böyle düşünmüyorum, 3-kararsızım, 4-böyle düşünüyorum, 5-kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmaktadır. Bu boyut süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak adlandırılan yedi faktör içermektedir. Alt boyutlarının puanlaması; her bir alt boyuttaki puanların toplanıp, o alt boyuttaki madde sayısına bölünmesi ile elde edilir. Bu boyuttaki alt faktörlerden alınan puan ortalaması 1-5 arasında değişmektedir.

Bu boyutun alt faktörleri şunlardır;

- Süre (akut/kronik) alt boyutu, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırıldığı 1, 2, 3, 4, 5, 18 maddelerden oluşan toplam altı madde içerir. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığının kronik olduğunu düşündüğünü gösterir.
- Sonuçlar alt boyutu, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırıldığı 6, 7, 8, 9, 10, 11 maddelerden oluşan, 8 madde puanlamada tersine döndürülerek hesaplandığı toplam altı madde içerir. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığının çok ciddi sonuçları olduğuna güçlü bir şekilde inandığını, hastalığın sonuçlarını negatif algıladıklarını gösterir.
- Kişisel kontrol alt boyutu altı madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 12, 13, 14, 15, 16,17. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığını kontrol edebileceğine ilişkin pozitif algısını gösterir.
- Tedavi kontrol alt boyutu, kişinin uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını gösteren 19, 20, 21, 22, 23 maddeden oluşmaktadır. Bu boyuttan alınan

yüksek puan bireyin, hastalığının tedavi ile kontrol edilebileceğine ilişkin pozitif algısını gösterir.

- Hastalığı anlayabilme alt boyutu, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını inceleyen 24, 25, 26, 27, 28 maddelerden oluşmaktadır. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığını anlayabildiğini gösterir.
- Süre (döngüsel) alt boyutu, kişinin hastalığının döngüsel olup olmadığına ilişkin algısını inceleyen 29, 30, 31, 32 maddelerden oluşan toplam dört madde içerir. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığının döngüsel olduğunu düşündüğünü gösterir
- Duygusal temsiller alt boyutu, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştıran 33, 34, 35, 36, 37, 38 maddelerden oluşan toplam altı madde içerir. Bu boyuttan alınan yüksek puan hastalığı ile ilgili endişesinin fazla olduğunu, olumsuz etkilendiğini gösterir.

Hastalık Nedenleri Boyutu: hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Beşli likert tipi ölçüm (1-kesinlikle böyle düşünmüyorum, 2-böyle düşünmüyorum, 3-kararsızım, 4-böyle düşünüyorum, 5-kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmaktadır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkında düşüncelerini araştırır ve dört alt boyut içerir.

- Psikolojik atıflar; stres ya da endişe, benim tutumum, aile problemleri, aşırı çalışma, duygusal durumum, kişilik özelliklerim şeklinde altı maddeden oluşmaktadır.
- Risk etkenleri; kalıtsal, diyet-yemek alışkanlıkları, geçmişimdeki kötü tıbbi bakım, kendi davranışım, yaşlanma, alkol, sigara kullanımı şeklinde yedi maddeden oluşmaktadır.
- Bağışıklık; mikrop ya da virüs, çevre kirliliği, vücut direncimin az olması şeklinde üç maddeden oluşmaktadır.
- Kaza veya şans; şans ya da kötü talih, kaza ya da yaralanma şeklinde iki madde içermektedir.

Alt boyutlarının puanlaması; her bir alt boyuttaki puanların toplanıp, o alt boyuttaki madde sayısına bölünmesi ile elde edilir. Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir (Moss-Morris ve ark 2002, Armay ve ark 2007).

2.5.Ön Uygulama

Veri toplama formundaki soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvuran, başvuru kriterlerine uyan 15 KOAH hastasına anket formu uygulanmıştır. Ön uygulama sonrasında bütün soruların anlaşılır olduğu ve kapsam olarak da yeterli olduğu görülmüştür Ön uygulamaya alınan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

2.6.Araştırmanın Değişkenleri

2.6.1. Bağımsız Değişkenler

Sosyo-demografik Özellikler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Meslek
- Algılanan gelir düzeyi
- Hastaların birlikte yaşadığı kişiler

Sağlık / Hastalık Özellikleri

- Sigara kullanma
- Hastalık süresi
- Algılanan sağlık durumu
- KOAH'la ilgili bilgi alma
- Sağlık kontrollerini düzenli yaptırma
- İlaçları düzenli kullanma
- Düzenli egzersiz yapma
- Hastalığa uygun beslenme
- KOAH evresi

2.6.2. Bağımlı Değişkenler

KOAH hastalarında hastalık algısı ölçeğinin; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri boyutu, hastalık nedenleri boyutu alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarıdır.

2.7.Verilerin Analizi

Araştırmadaki bağımlı değişkenleri, hastalık algısı alt ölçeklerinden alınan puanlardır, bağımsız değişkenleri ise sosyodemografik ve sağlık/hastalık ile ilgili özelliklerdir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki fark ve ilişkiyi incelemek için parametrik test varsayımları sağlandığında tek yönlü varyans analizi ve t testi ile parametrik test varsayımlarının sağlanmaması durumunda ise Kruskall Wallis H testi ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Veriler tabloda gösterilirken sayısal veriler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapmadan yararlanılmıştır. Anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

2.8.Araştırmanın Etiği

Verilerin toplanması için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.06.2015 tarih ve 2015/52 sayılı etik kurul onayı (EK D) ve Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği'nden de yazılı kurum izni (EK E) alınmıştır. Hastalık Algısı Ölçeği'nin kullanım izni Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan Armay'dan alınmıştır (EK F). Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırmanın amacı anlatılıp, Gönüllü Bilgilendirme Formu (EK C) verilerek yazılı onamları alınmıştır.

2.9.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, belli bir hastaneye başvuran hastalara yapıldığından örneklem sınırlılığı içermektedir. Bu nedenlerle çalışma sonuçları genellenemez, ancak genellemeye katkı sunabilir.

3. BULGULAR

Kronik obstrüktif akciğer hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulguları iki ana başlık altında sunulmuştur. Bu bölümler;

3.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

3.2. Hastaların Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörlere Ait Bulgular'dır.

3.1.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek grupları, algılanan gelir durumu, hastaların birlikte yaşadığı kişiler), sigara kullanma durumu, hastalık süresi, algılanan sağlık durumu, KOAH'la ilgili bilgi alma durumu, sağlık kontrollerini yaptırma durumu, KOAH ilaç/ilaçlarını kullanma durumu, ilaçları düzenli kullanma durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, hastalığa uygun beslenme durumu ve KOAH evresine ait bilgiler verilmiştir.

Çizelge 3.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=175).

Sosyodemografik Özellikler		
Yaş	(ort±ss = 67,3±10,8)	
	Sayı (n)	**Yüzde (%)**
64 yaş ve altı	73	41,7
65 yaş ve üzeri	102	58,3
Cinsiyet		
Kadın	29	16,6
Erkek	146	83,4
Medeni Durum		
Evli	157	89,7
Bekar	1	0,6
Dul	13	7,4
Boşanmış	4	2,3
Eğitim Durumu		
İlkokul	102	58,3
Ortaokul	11	6,3
Lise	54	30,9
Üniversite	8	4,5
Meslek Grupları		
Memur	7	4,0
İşçi	22	12,6
Serbest Meslek	20	11,4
Emekli	107	61,1
Ev Hanımı	18	10,3
İşsiz	1	0,6
Algılanan Gelir Durumu		
İyi	31	17,7
Orta	122	69,7
Kötü	22	12,6
Kiminle Yaşadığı		
Yalnız yaşıyorum	21	12,0
Eşimle	67	38,3
Eşim ve çocuklarımla	67	38,3
Çocuklarımla	20	11,4

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 67,3±10,8, %83,4'ü erkek, %89,7 evli, %58,3'ü ilkokul mezunu ve %61,1'i emeklidir. Hastaların %69,7'si algıladıkları gelir durumlarını orta olarak ifade etmişler ve hastaların %74,6'ü eşiyle ya da eşi ve çocuklarıyla beraber yaşamaktadır (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.2. Hastaların sağlık/hastalık özelliklerinin dağılımı (n=175).

Sigara Kullanma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	112	64,0
Hayır	13	7,4
Bıraktım	50	28,6
Hastalık Süresi		
1-5 Yıl	71	40,6
6 Yıl ve Üstü	104	59,4
Algılanan Sağlık Durumu		
İyi	48	27,4
Orta	80	45,7
Kötü	47	26,9
KOAH Hakkında Bilgi Alma Durumu		
Bilgi almadım	17	9,7
Bilgi aldım	158	90,3
Bilgi Alanların Bilgi Kaynaklarına Göre Dağılımı		
Hemşire	9	5,7
Hekim	111	70,3
KOAH'lı Bireyler	23	14,5
Kitapçık/Broşür/Basın	15	9,5
Düzenli Sağlık Kontrol Yaptırma Durumu		
Evet	110	62,9
Hayır	65	37,1
Düzenli İlaç Kullanma Durumu		
Evet	135	77,1
Hayır	40	22,9
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	4	2,3
Hayır	137	78,3
Bazen	34	19,4
Hastalığa Uygun Beslenme Durumu		
Evet	91	52,0
Hayır	84	48,0
KOAH Evresi		
Evre I	15	8,6
Evre II	63	36,0
Evre III	80	45,7
Evre IV	17	9,7

Araştırmaya katılanların %64,0'ı sigara kullandığı ve %59,4'ünün hastalığa 6 yıl ve üzeri süredir sahip olduğu bulunmuştur. Hastaların %26,9'u algıladıkları sağlık durumları kötü olarak ifade etmişlerdir. Hastaların, %5,7'si hastalıkları hakkında bilgiyi hemşireden aldıklarını, %37,1'i düzenli sağlık kontrollerini yaptırmadığını, %22,9'u düzenli olarak ilaçlarını kullanmadıklarını, %78,3'ü düzenli egzersiz yapmadığını, %48,0'ı hastalığına uygun beslenmediğini ifade etmiştir. Araştırmaya

katılan hastaların %8,6'sı Evre I, %36,0'ı Evre II, %45,7'si Evre III , %9,7'si Evre IV KOAH hastası olarak bulunmuştur (Çizelge 3.2).

3.2.Hastaların Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörlere Ait Bulgular

Bu bölümde hastaların hastalık algısı ve ilişkili faktörlere ait bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 3.3. Hastalık Algısı Ölçeği hastalık belirtileri alt boyutu bulgularının yüzdelik dağılımı (n=175).

Belirtiler	***Hastalığımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım (evet) %***	***Bu belirti hastalığımla ilgili (evet) %***
Soluk almada güçlük	97,7	97,7
Hırıltılı soluma	93,1	93,1
Yorgunluk	82,3	81,1
Güç kaybı	76,6	76,6
Ağrı	68,0	65,7
Uyku güçlükleri	66,9	66,9
Sersemlik hissi	63,4	62,3
Baş ağrıları	45,1	43,4
Boğazda yanma	30,9	30,3
Kilo kaybı	28,0	26,9
Gözlerde yanma	26,3	26,3
Eklem sertliği	24,0	22,3
Mide yakınmaları	22,3	19,4
Bulantı	9,1	8,6

Hastaların hastalığının başlangıcından bu yana en sık yaşadığı ilk beş belirtilerin; soluk almada güçlük (%97,7), hırıltılı soluma (%93,1), yorgunluk (%82,3), güç kaybı (%76,6), ağrı (%68.0) olduğu görülmüştür. Bu belirtilerin hastalıkla ilgili olanlarından ilk beş sırada yer alanlar ise; soluk almada güçlük (%97,7), hırıltılı soluma (%93,1), yorgunluk (%81,1), güç kaybı (%76,6) ve uyku güçlüğü (%66,9) olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.3).

Çizelge 3.4. Hastaların Hastalık Algısı Ölçeğinden aldığı puan ortalamalarının dağılımı (n=175).

Alt Gruplar	Alt-Üst Puan	X	SS
Hastalık Tipi (kimlik)	1-14	7,21	2,95
Hastalık Hakkındaki Görüşleri			
Süre (akut/kronik)	1,5-5	4,10	0,67
Sonuçlar	2,17-5	3,76	0,73
Kişisel Kontrol	1-5	3,30	0,88
Tedavi Kontrolü	1-5	3,39	0,82
Hastalığı Anlayabilme	1-5	2,93	1,01
Süre (döngüsel)	2-5	3,78	0,58
Duygusal Temsiller	1,67-5	3,81	0,70
Hastalık Nedenleri Boyutu			
Psikolojik Atıflar	2,17-5	3,93	0,76
Risk Etkenleri	1,71-4,86	3,82	0,54
Bağışıklık	1,67-5	4,05	0,55
Kaza veya Şans	1-5	3,38	1,21

Hastaların hastalık algısı puan ortalamaları incelendiğinde "hastalık tipi" boyutu puan ortalaması 7,21±2,95, hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu "Süre (akut/kronik)" puan ortalaması 4,10±0,67, "Sonuçlar" puan ortalaması 3,76±0,73, "Kişisel Kontrol" puan ortalaması 3,30±0,88, "Tedavi Kontrolü" puan ortalaması 3,39±0,82, "Hastalığı Anlayabilme" puan ortalaması 2,93±1,01, "Süre (döngüsel)" puan ortalaması 3,78±0,58, "Duygusal Temsiller" puan ortalaması 3,81±0,70'tir. Hastalık nedenleri alt boyutu " Psikolojik Atıflar" puan ortalaması 3,93±0,76, "Risk Etkenleri" puan ortalaması 3,82±0,54, "Bağışıklık" puan ortalaması 4,05±0,55, "Kaza veya Şans" puan ortalaması 3,38±1,21'dir (Çizelge 3.4).

Çizelge 3.5. Hastaların yaşa göre Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=175).

Alt Gruplar	64 yaş altı (n=73) X±SS	65 yaş ve üstü (n=102) X±SS	Önemlilik Testi	
Hastalık Tipi (kimlik)	6,01±2,85	8,05±2,73	t=0,619	**p=0,000**
Hastalık Hakkındaki Görüşleri				
Süre (akut/kronik)	3,88±0,72	4,26±0,59	U=2366,00	**p=0,000**
Sonuçlar	3,40±0,66	4,02±0,67	U=1901,50	**p=0,000**
Kişisel Kontrol	3,64±0,72	3,07±0,91	U=2229,50	**p=0,000**
Tedavi Kontrolü	3,73±0,72	3,15±0,80	U=2100,00	**p=0,000**
Hastalığı Anlayabilme	3,18±1,09	2,75±0,92	U=2880,50	**p=0,010**
Süre (döngüsel)	3,72±0,57	3,82±0,59	U=3377,00	p=0,290
Duygusal Temsiller	3,72±0,68	3,87±0,71	U=3029,00	**p=0,034**
Hastalık Nedenleri Boyutu				
Psikolojik Atıflar	3,97±0,72	3,90±0,79	U=3612,50	p=0,522
Risk Etkenleri	3,79±0,55	3,84±0,53	U=3494,00	p=0,487
Bağışıklık	4,09±0,54	4,02±0,56	U=3524,00	p=0,539
Kaza veya Şans	3,30±1,18	3,44±1,24	U=3467,50	p=0,436

Araştırmaya katılan KOAH hastalarının yaşları 64 yaş altı ve 65 ve üstü şeklinde iki kategori altında toplanmıştır. Yaş gruplamasına göre hastalık algısı ölçeğinde hastalık tipi, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller alt boyutunda iki yaş grubu arasında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.5).

Çizelge 3.6. Hastaların cinsiyete göre Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=175).

Alt Gruplar	Kadın (n=29) X±SS	Erkek (n=146) X±SS	Önemlilik Testi	
Hastalık Tipi (kimlik)	7,90 ± 3,20	7,07 ± 2,89	t=1,38	p=0,16
Hastalık Hakkındaki Görüşleri				
Süre (akut/kronik)	4,20 ± 0,44	4,09 ± 0,71	U=2098,50	p=0,900
Sonuçlar	3,90 ± 0,67	3,74 ± 0,74	U=1951,00	p=0,504
Kişisel Kontrol	3,09 ± 0,99	3,35 ± 0,86	U=1842,00	p=0,268
Tedavi Kontrolü	3,13 ± 0,89	3,44 ± 0,79	U=1756,50	p=0,147
Hastalığı Anlayabilme	2,85 ± 0,82	2,94 ± 1,05	U=2078,00	p=0,875
Süre (döngüsel)	3,81 ± 0,52	3,78 ± 0,60	U=1980,00	p=0,579
Duygusal Temsiller	3,91 ± 0,49	3,79 ± 0,74	U=2050,00	p=0,786
Hastalık Nedenleri Boyutu				
Psikolojik Atıflar	4,07 ± 0,78	3,90 ± 0,76	U=1846,50	p=0,276
Risk Etkenleri	3,75 ± 0,59	3,83 ± 0,53	U=2000,50	p=0,639
Bağışıklık	4,14 ± 0,50	4,03 ± 0,56	U=1865,00	p=0,302
Kaza veya Şans	3,63 ± 1,44	3,33 ± 1,16	U=1736,50	p=0,124

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyete göre hastalık algısı ölçeğinden alınan puanlar arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Fakat kadınların hastalık tipi (kimlik), süre (akut/kronik), süre (döngüsel), duygusal temsiller, psikolojik atıflar, bağışıklık ve kaza veya şans alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları erkeklerden yüksektir (Çizelge 3.6).

Çizelge 3.7. Hastaların medeni duruma göre Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=175).

Alt Gruplar	Evli (n=157) X±SS	Bekar (n=18) X±SS	Önemlilik Testi	
Hastalık Tipi (kimlik)	6,99 ± 2,87	9,05 ± 3,09	t=-2,86	**p=0,005**
Hastalık Hakkındaki Görüşleri				
Süre (akut/kronik)	4,08 ± 0,64	4,33 ± 3,09	U=979,500	**p=0,032**
Sonuçlar	3,73 ± 0,71	4,08 ± 0,89	U=985,000	**p=0,035**
Kişisel Kontrol	3,32 ± 0,85	3,18 ± 1,12	U=1386,500	p=0,896
Tedavi Kontrolü	3,41 ± 0,80	3,21 ± 0,99	U=1331,500	p=0,688
Hastalığı Anlayabilme	2,90 ± 1,02	3,21 ± 0,97	U=1151,000	p=0,196
Süre (döngüsel)	3,82 ± 0,58	3,44 ± 0,48	U=850,500	**p=0,005**
Duygusal Temsiller	3,82 ± 0,71	3,73 ± 0,61	U=1255,000	p=0,433
Hastalık Nedenleri Boyutu				
Psikolojik Atıflar	3,99 ± 0,74	3,38 ± 0,72	U=791,500	**p=0,002**
Risk Etkenleri	3,84 ± 0,54	3,60 ± 0,48	U=958,500	**p=0,025**
Bağışıklık	4,07 ± 0,55	3,88 ± 0,57	U=1062,500	p=0,079
Kaza veya Şans	3,47 ± 1,20	2,61 ± 1,09	U=840,500	**p=0,005**

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre hastalık tipi, süre (akut/kronik), sonuçlar, süre (döngüsel), psikolojik atıf, risk etkenleri ve kaza veya şans alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.7).

Çizelge 3.8. Hastaların eğitim durumuna göre Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=175).

Alt Gruplar	İlkokul / Ortaokul (n=113) X±SS	Lise / Üniversite (n=62) X±SS	Önemlilik Testi	
Hastalık Tipi (kimlik)	7,46±2,84	6,72±3,12	t=1,598	p=0,112
Hastalık Hakkındaki Görüşleri				
Süre (akut/kronik)	4,07±0,74	4,17±0,53	U=3459,500	p=0,891
Sonuçlar	3,83±0,76	3,65±0,68	U=3043,000	p=0,148
Kişisel Kontrol	3,21±0,96	3,47±0,68	U=3043,000	p=0,150
Tedavi Kontrolü	3,27±0,90	3,61±0,58	U=2770,500	**p=0,022**
Hastalığı Anlayabilme	2,92±1,09	2,94±0,87	U=3409,500	p=0,769
Süre (döngüsel)	3,75±0,64	3,83±0,47	U=3263,500	p=0,450
Duygusal Temsiller	3,73±0,75	3,95±0,59	U=2974,000	p=0,096
Hastalık Nedenleri Boyutu				
Psikolojik Atıflar	3,86±0,79	4,05±0,69	U=3084,500	p=0,190
Risk Etkenleri	3,79±0,57	3,87±0,48	U=3286,000	p=0,497
Bağışıklık	4,04±0,59	4,07±0,47	U=3477,000	p=0,934
Kaza veya Şans	3,29±1,30	3,54±1,02	U=3175,000	p=0,302

Araştırmaya katılan hastalarda eğitim durumuna göre yapılan analizlerde sadece ölçeğin tedavi kontrol boyutunda istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.8).

Çizelge 3.9. Hastaların çalışma durumuna göre Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=175).

Alt Gruplar	Çalışan (n=49) X±SS	Çalışmayan (n=126) X±SS	Önemlilik Testi	
Hastalık Tipi (kimlik)	6,40±3,07	7,51±2,86	t=-2,252	**p=0,026**
Hastalık Hakkındaki Görüşleri				
Süre (akut/kronik)	3,77±0,79	4,23±0,57	U=1881,500	**p=0,000**
Sonuçlar	3,35±0,67	3,92±0,69	U=1705,500	**p=0,000**
Kişisel Kontrol	3,64±0,72	3,17±0,90	U=2063,500	**p=0,001**
Tedavi Kontrolü	3,77±0,68	3,24±0,82	U=1879,500	**p=0,000**
Hastalığı Anlayabilme	3,45±1,01	2,72±0,94	U=1876,000	**p=0,000**
Süre (döngüsel)	3,62±0,61	3,84±0,57	U=2487,000	**p=0,044**
Duygusal Temsiller	3,68±0,73	3,86±0,69	U=2538,000	p=0,066
Hastalık Nedenleri Boyutu				
Psikolojik Atıflar	3,80±0,66	3,98±0,79	U=2612,000	p=0,113
Risk Etkenleri	3,76±0,45	3,84±0,57	U=2589,500	p=0,097
Bağışıklık	4,06±0,52	4,05±0,56	U=3085,000	p=0,995
Kaza veya Şans	3,18±1,07	3,46±1,26	U=2618,500	p=0,116

Araştırmaya katılan hastalarda çalışma durumuna göre yapılan analizlerde ölçeğin hastalık tipi, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme ve süre (döngüsel) boyutunda istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.9).

Çizelge 3.10. Hastaların algılanan gelir durumlarına göre Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=175).

Alt Gruplar	İyi (n=31) X±SS	Orta (n=122) X±SS	Kötü (n=22) X±SS	Önemlilik Testi	
Hastalık Tipi (kimlik)	7,48±2,87	6,86±0,57	8,72±2,93	F=4,017	**p=0,020**
Hastalık Hakkındaki Görüşleri					
Süre (akut/kronik)	4,11±0,55	4,04±0,70	4,42±0,57	KW=7,780	**p=0,020**
Sonuçlar	3,73±0,66	3,70±0,70	4,15±0,92	KW=8,124	**p=0,017**
Kişisel Kontrol	3,27±0,88	3,36±0,83	3,03±1,13	KW=1,899	p=0,387
Tedavi Kontrolü	3,40±0,71	3,46±0,77	3,00±1,10	KW=3,247	p=0,197
Hastalığı Anlayabilme	2,74±0,86	2,96±1,02	3,02±1,18	KW=0,939	p=0,625
Süre (döngüsel)	3,99±0,45	3,74±0,60	3,72±0,63	KW=4,670	p=0,097
Duygusal Temsiller	3,85±0,68	3,85±0,70	3,55±0,72	KW=3,679	p=0,159
Hastalık Nedenleri Boyutu					
Psikolojik Atıflar	4,12±0,53	3,92±0,79	3,70±0,85	KW=2,374	p=0,305
Risk Etkenleri	3,95±0,47	3,80±0,56	3,72±0,49	KW=2,986	p=0,225
Bağışıklık	4,12±0,53	4,06±0,56	3,92±0,52	KW=2,697	p=0,260
Kaza veya Şans	3,58±0,95	3,38±1,26	3,11±1,27	KW=1,535	p=0,464

Araştırmaya katılanların gelir durumuna göre ölçek puan ortalamaları arasında yapılan analizde hastalık tipi, süre (akut/kronik) ve sonuçlar alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.10).

Çizelge 3.11. Hastaların yalnız yaşama durumuna göre Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=175).

Alt Gruplar	Yalnız (n=21) X±SS	Eşi ve/veya çocuklarıyla (n=154) X±SS	Önemlilik Testi	
Hastalık Tipi (kimlik)	8,71±2,90	7,00±2,91	t=2,531	**p=0,012**
Hastalık Hakkındaki Görüşleri				
Süre (akut/kronik)	4,30±0,81	4,08±0,65	U=1159,000	**p=0,034**
Sonuçlar	4,05±0,83	3,72±0,71	U=1172,000	**p=0,040**
Kişisel Kontrol	3,03±1,08	3,34±0,85	U=1376,000	p=0,267
Tedavi Kontrolü	3,23±0,86	3,41±0,81	U=1470,500	p=0,500
Hastalığı Anlayabilme	2,94±1,04	2,93±1,01	U=1531,500	p=0,693
Süre (döngüsel)	3,67±0,49	3,80±0,60	U=1368,500	p=0,249
Duygusal Temsiller	3,72±0,68	3,82±0,71	U=1460,500	p=0,468
Hastalık Nedenleri Boyutu				
Psikolojik Atıflar	3,73±0,80	3,96±0,76	U=1335,500	p=0,194
Risk Etkenleri	3,72±0,50	3,83±0,54	U=1371,000	p=0,257
Bağışıklık	3,88±0,50	4,07±0,55	U=1216,000	p=0,060
Kaza veya Şans	2,90±1,26	3,45±1,20	U=1210,000	p=0,059

Hastaların yalnız ve eşi ve/veya çocuklarıyla birlikte yaşama durumuna göre yapılan analizlerde ise hastalık tipi, süre (akut/kronik) ve sonuçlar alt boyutlarında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.11).

Çizelge 3.12. Hastaların sigara kullanma durumuna göre Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=175).

Alt Gruplar	Evet (n=112) X±SS	Hayır (n=63) X±SS	Önemlilik Testi	
Hastalık Tipi	7,06±3,00	7,46±2,87	t=0,854	p=0,394
Hastalık Hakkındaki Görüşleri				
Süre (akut/kronik)	4,16±0,65	4,01±0,71	U=3103,000	p=0,183
Sonuçlar	3,85±0,68	3,61±0,80	U=2884,000	**p=0,045**
Kişisel Kontrol	3,26±0,86	3,38±0,91	U=3284,000	p=0,447
Tedavi Kontrolü	3,37±0,77	3,44±0,89	U=3267,500	p=0,416
Hastalığı Anlayabilme	2,86±1,04	3,04±0,96	U=3146,500	p=0,233
Süre (döngüsel)	3,80±0,58	3,75±0,59	U=3445,500	p=0,796
Duygusal Temsiller	3,88±0,66	3,68±0,76	U=2976,000	p=0,083
Hastalık Nedenleri Boyutu				
Psikolojik Atıflar	3,95±0,74	3,89±0,80	U=3319,500	p=0,515
Risk Etkenleri	3,89±0,48	3,69±0,61	U=2881,500	**p=0,044**
Bağışıklık	4,10±0,50	3,97±0,62	U=3217,000	p=0,324
Kaza veya Şans	3,45±1,18	3,26±1,28	U=3249,500	p=0,383

Araştırmaya katılanların sigara içme durumuna göre sonuçlar ve risk etkenler alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.12).

Çizelge 3.13. Hastaların hastalık sürelerine göre Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=175).

Alt Gruplar	1-5 Yıl (n=71) X±SS	6 ve üstü (n=104) X±SS	Önemlilik Testi	
Hastalık Tipi (kimlik)	5,69±2,66	8,24±2,69	t=-6,1720	**p=0,000**
Hastalık Hakkındaki Görüşleri				
Süre (akut/kronik)	3,92±0,67	4,23±0,65	U=2455,000	**p=0,000**
Sonuçlar	3,37±0,65	4,03±0,67	U=1753,000	**p=0,000**
Kişisel Kontrol	3,71±0,69	3,02±0,89	U=1882,000	**p=0,000**
Tedavi Kontrolü	3,80±0,66	3,11±0,80	U=1724,500	**p=0,000**
Hastalığı Anlayabilme	3,24±1,00	2,71±0,97	U=2657,000	**p=0,002**
Süre (döngüsel)	3,72±0,53	3,83±0,62	U=3240,500	p=0,166
Duygusal Temsiller	3,65±0,74	3,92±0,65	U=2785,000	**p=0,005**
Hastalık Nedenleri Boyutu				
Psikolojik Atıflar	3,88±0,80	3,97±0,74	U=3524,000	p=0,608
Risk Etkenleri	3,71±0,57	3,89±0,51	U=2967,500	p=0,027
Bağışıklık	3,98±0,60	4,10±0,51	U=3180,500	p=0,113
Kaza veya Şans	3,17±1,30	3,52±1,14	U=3130,500	p=0,850

Araştırmaya katılanların hastalık süreleri 1-5 yıl ve 6 yıl ve üzeri şeklinde iki kategori altında toplanmıştır. Hastaların hastalık süresine göre ölçeğin hastalık tipi, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.13).

Çizelge 3.14. Hastaların algılanan sağlık durumuna göre Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=175).

Alt Gruplar	İyi (n=48) X±SS	Orta (n=80) X±SS	Kötü (n=47) X±SS	Önemlilik Testi	
Hastalık Tipi (kimlik)	5,10±2,39	7,05±2,34	9,61±2,67	F=40,546	**p=0,000**
Hastalık Hakkındaki Görüşleri					
Süre (akut/kronik)	4,07±0,50	3,98±0,71	4,34±0,71	KW=12,953	**p=0,002**
Sonuçlar	3,43±0,60	3,69±0,65	4,23±0,77	KW=30,404	**p=0,000**
Kişisel Kontrol	3,55±0,73	3,48±0,70	2,75±1,06	KW=16,870	**p=0,000**
Tedavi Kontrolü	3,71±0,68	3,49±0,65	2,89±0,97	KW=19,331	**p=0,000**
Hastalığı Anlayabilme	2,84±0,98	2,98±0,93	2,94±1,19	KW=0,759	p=0,684
Süre (döngüsel)	3,94±0,48	3,75±0,52	3,68±0,75	KW=5,782	p=0,056
Duygusal Temsiller	3,81±0,71	3,82±0,65	3,79±0,80	KW=0,059	p=0,971
Hastalık Nedenleri Boyutu					
Psikolojik Atıflar	4,28±0,55	3,85±0,76	3,71±0,83	KW=13,083	**p=0,001**
Risk Etkenleri	3,97±0,46	3,78±0,54	3,72±0,60	KW=5,173	p=0,075
Bağışıklık	4,18±0,57	4,05±0,51	3,93±0,58	KW=4,880	p=0,087
Kaza veya Şans	3,85±0,99	3,28±1,26	3,07±1,23	KW=10,212	**p=0,006**

Hastaların algıladıkları sağlık durumlarına göre hastalık tipi, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrol, psikolojik atıflar ve kaza veya şans alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.14).

Çizelge 3.15. Hastaların hastalığı hakkında bilgi alma durumuna göre Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=175).

	Hayır (n=17)	Evet (n=158)		
Alt Gruplar	**X±SS**	**X±SS**	**Önemlilik Testi**	
Hastalık Tipi (kimlik)	7,00±3,22	7,22±2,93	t=-0,301	p=0,764
Hastalık Hakkındaki Görüşleri				
Süre (akut/kronik)	4,38±0,26	4,07±0,70	U=1004,000	p=0,085
Sonuçlar	4,20±0,57	3,72±0,73	U=785,500	**p=0,005**
Kişisel Kontrol	3,50±0,75	3,28±0,89	U=1256,000	p=0,660
Tedavi Kontrolü	3,25±0,78	3,41±0,82	U=1115,500	p=0,250
Hastalığı Anlayabilme	2,56±0,79	2,97±1,03	U=1020,000	p=0,102
Süre (döngüsel)	4,13±0,47	3,75±0,58	U=840,000	**p=0,010**
Duygusal Temsiller	4,03±0,52	3,79±0,72	U=1025,500	p=0,106
Hastalık Nedenleri Boyutu				
Psikolojik Atıflar	4,41±0,52	3,88±0,77	U=811,000	**p=0,007**
Risk Etkenleri	4,25±0,35	3,77±0,54	U=634,500	**p=0,000**
Bağışıklık	4,47±0,39	4,01±0,55	U=675,500	**p=0,001**
Kaza veya Şans	4,23±1,16	3,29±1,19	U=699,000	**p=0,001**

Hastaların hastalıkları hakkında bilgi alma durumlarına göre sonuçlar , süre (döngüsel), psikolojik atıf, risk etkenleri, bağışıklık ve kaza veya şans alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.15).

Çizelge 3.16. Hastaların düzenli sağlık kontrol yaptırma durumuna göre Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=175).

	Evet (n=110)	Hayır (n=65)	Önemlilik Testi	
Alt Gruplar	**X±SS**	**X±SS**		
Hastalık Tipi (kimlik)	6,56±2,89	8,29±2,74	t=-3,886	**p=0,000**
Hastalık Hakkındaki Görüşleri				
Süre (akut/kronik)	4,10±0,57	4,11±0,82	U=3210,500	p=0,257
Sonuçlar	3,73±0,65	3,82±0,86	U=3264,000	p=0,335
Kişisel Kontrol	3,41±0,75	3,12±1,04	U=3124,500	p=0,163
Tedavi Kontrolü	3,50±0,71	3,21±0,95	U=3110,000	p=0,150
Hastalığı Anlayabilme	2,86±0,93	3,04±1,14	U=3213,500	p=0,262
Süre (döngüsel)	3,85±0,55	3,68±0,62	U=2780,500	**p=0,013**
Duygusal Temsiller	3,86±0,70	3,73±0,71	U=3226,000	p=0,277
Hastalık Nedenleri Boyutu				
Psikolojik Atıflar	4,10±0,67	3,64±0,83	U=2568,500	**p=0,002**
Risk Etkenleri	3,91±0,48	3,65±0,59	U=2553,500	**p=0,002**
Bağışıklık	4,16±0,52	3,86±0,54	U=2361,000	**p=0,000**
Kaza veya Şans	3,68±1,10	2,88±1,24	U=2272,500	**p=0,000**

Araştırmaya katılan hastaların düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumuna göre hastalık tipi, süre (döngüsel), psikolojik atıf, risk etkenleri, bağışıklık ve kaza veya şans alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.16).

Çizelge 3.17. Hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumuna göre Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=175).

Alt Gruplar	Evet (n=135) X±SS	Hayır (n=40) X±SS	Önemlilik Testi	
Hastalık Tipi (kimlik)	6,84±2,94	8,42±2,67	t=-3,039	**p=0,003**
Hastalık Hakkındaki Görüşleri				
Süre (akut/kronik)	4,10±0,63	4,13±0,81	U=2405,500	p=0,291
Sonuçlar	3,72±0,71	3,92±0,79	U=2303,000	p=0,157
Kişisel Kontrol	3,35±0,84	3,15±1,00	U=2523,000	p=0,528
Tedavi Kontrolü	3,46±0,75	3,18±0,99	U=2312,500	p=0,167
Hastalığı Anlayabilme	2,87±1,00	3,12±1,07	U=2341,500	p=0,201
Süre (döngüsel)	3,80±0,57	3,73±0,63	U=2383,000	p=0,255
Duygusal Temsiller	3,84±0,70	3,70±0,69	U=2357,500	p=0,219
Hastalık Nedenleri Boyutu				
Psikolojik Atıflar	3,98±0,75	3,76±0,78	U=2273,500	p=0,128
Risk Etkenleri	3,83±0,54	3,77±0,54	U=2426,500	p=0,329
Bağışıklık	4,05±0,57	4,05±0,50	U=2608,500	p=0,740
Kaza veya Şans	3,45±1,20	3,15±1,26	U=2325,500	p=0,180

Hastaların düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumuna göre hastalık tipi (p=0,003) alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05) (Çizelge 3.17).

Çizelge 3.18. Hastaların hastalığına uygun beslenme durumuna göre Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (n=175).

	Evet (n=91)	Hayır (n=84)	Önemlilik Testi	
Alt Gruplar	**X±SS**	**X±SS**		
Hastalık Tipi (kimlik)	6,31±2,75	8,16±2,87	t=-4,338	**p=0,000**
Hastalık Hakkındaki Görüşleri				
Süre (akut/kronik)	4,23±0,37	3,97±0,87	U=3347,000	p=0,153
Sonuçlar	3,80±0,55	3,72±0,90	U=3698,000	p=0,710
Kişisel Kontrol	3,23±0,74	3,38±1,01	U=3176,000	p=0,053
Tedavi Kontrolü	3,31±0,73	3,46±0,90	U=3166,000	**p=0,049**
Hastalığı Anlayabilme	2,50±0,71	3,39±1,10	U=2095,000	**p=0,000**
Süre (döngüsel)	4,10±0,38	3,44±0,57	U=1265,500	**p=0,000**
Duygusal Temsiller	4,03±0,52	3,57±0,79	U=2400,500	**p=0,000**
Hastalık Nedenleri Boyutu				
Psikolojik Atıflar	4,39±0,44	3,44±0,73	U=1232,000	**p=0,000**
Risk Etkenleri	4,09±0,37	3,52±0,54	U=1482,000	**p=0,000**
Bağışıklık	4,28±0,42	3,80±0,57	U=1886,000	**p=0,000**
Kaza veya Şans	4,10±0,81	2,60±1,10	U=1156,000	**p=0,000**

Araştırmaya katılan hastaların hastalığına uygun beslenme durumuna göre hastalık tipi, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller, psikolojik atıflar, risk etkenleri, bağışıklık ve kaza veya şans alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.18).

Çizelge 3.19. Hastaların KOAH evrelerine göre Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları (n=175).

	Evre I-II (n=78)	Evre III-IV (n=97)	Önemlilik Testi	
Alt Gruplar	**X±SS**	**X±SS**		
Hastalık Tipi (kimlik)	5,61±2,41	8,48±2,72	t=7,271	**p=0,000**
Hastalık Hakkındaki Görüşleri				
Süre (akut/kronik)	3,95±0,64	4,23±0,67	U=2649,000	**p=0,001**
Sonuçlar	3,44±0,66	4,03±0,68	U=2127,000	**p=0,000**
Kişisel Kontrol	3,69±0,64	3,00±0,93	U=2066,000	**p=0,000**
Tedavi Kontrolü	3,77±0,59	3,08±0,84	U=1930,000	**p=0,000**
Hastalığı Anlayabilme	3,09±0,96	2,80±1,04	U=3251,000	p=0,109
Süre (döngüsel)	3,81±0,51	3,76±0,64	U=3634,500	p=0,653
Duygusal Temsiller	3,76±0,75	3,85±0,67	U=3555,500	p=0,491
Hastalık Nedenleri Boyutu				
Psikolojik Atıflar	3,93±0,76	3,93±0,76	U=3769,500	p=0,968
Risk Etkenleri	3,79±0,57	3,84±0,52	U=3679,000	p=0,754
Bağışıklık	4,07±0,57	4,04±0,54	U=3628,000	p=0,636
Kaza veya Şans	3,41±1,30	3,36±1,15	U=3616,000	p=0,613

Araştırmaya katılan hastaların KOAH evresine göre hastalık tipi, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol ve tedavi kontrol alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.19).

4. TARTIŞMA

KOAH hastalık algısı ve ilişkili faktörlerin incelendiği bu çalışmada elde edilen bulgular iki başlık altında tartışılmıştır.

4.1. Araştırma Grubuna Ait Tanımlayıcı Özelliklerin Tartışması

Hastaların tanımlayıcı özellikleri; sosyodemografik özellikleri (Çizelge 3.1) ve hastalık/sağlık özellikleri (Çizelge 3.2) iki başlık altında incelenmiştir.

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 67,3±10,8'dir ve literatürde yer alan KOAH'ın orta ileri yaşta görülen bir hastalık olması bilgisiyle paralellik göstermektedir (Mannino 2003, Ünsal ve Yetkin 2005, Scharloo ve ark 2007, Howard ve ark 2009, Günay ve ark 2013, Borge ve ark 2014, Çilingir ve Günbatar 2015, GOLD 2015, Üstünova ve Nahcivan 2015, Schure ve ark 2016). Araştırmaya katılanların büyük bir bölümü erkek ve evlidir. Geçmişteki birçok çalışma KOAH'ın daha çok erkeklerde görüldüğünü bildirirken günümüz çalışmaları kadınlarla erkeklerin bu konuda aralarında anlamlı bir farkın olmadığını göstermektedir (Raherison ve Girodet 2009, Başyiğit ve ark 2010). Bu durum kadınların iş hayatında daha fazla yer almasıyla daha fazla risk etkeniyle karşılaşmasına ve kadınların geçmişe göre daha fazla sigara kullanmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür. KOAH üzerine yapılan bazı çalışmalarda kadınların oranı %34-48 arasında olup çalışmamızdan farklılık göstermesi (Scharloo ve ark 2007, Borge ve ark 2014) ve bazı çalışmalarda oran %10-26 arasında olup çalışmamıza benzerlik göstermesinin (Özkan ve ark 2007, Kılıçkaya ve Karakaş 2016, Schure ve ark 2016) nedeni; araştırmanın belirli bir süre zarfında polikliniğe başvuran hastaların cinsiyet ayrımı yapılmaksızın araştırmaya dahil edilmesinden kaynaklanmış olabileceği şeklinde düşünülmüştür. Araştırmaya katılanların, medeni durumlarının dağılımı KOAH üzerine yapılan çalışmalarla benzerlik göstermekte (Scharloo ve ark 1998, Afşar ve ark 2012, Şahin 2014, Üstünova ve Nahcivan 2015) ve eğitim durumları incelendiğinde ise büyük bir kısmının ilkokul mezunu olduğu, ülkemizde KOAH üzerine yapılan çalışmalarla benzerlik gösterdiği (Üskül ve ark 2006, Yakışan ve ark 2006, Özkan ve ark 2007, Afşar ve ark 2012), yurtdışında yapılan çalışmalardan farklılık gösterdiği bulunmuştur (Borge ve ark 2014, Weldam ve ark 2014, Schure ve ark 2016). Bu da ülkeler arasındaki eğitim seviyelerindeki ve ülkelerin eğitim politikalarındaki farklılıklardan kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Araştırmaya katılanların meslek grupları

incelendiğinde büyük bir kısmı emekli/ev hanımı olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların bazı meslek gruplarının dağılımı KOAH üzerine yapılan çalışmalardan (Karadakovan 1999, Günay ve ark 2013) farklılık göstermektedir. Bu durumun çalışmanın tek bir hastanede, belirli bir süre zarfında yapılmasından ve bölgesel farklılıklardan kaynaklanmış olabilir. Araştırmaya katılanların algılanan gelir durumu incelendiğinde hastaların %69,7'si gelir durumunu orta olarak ifade etmişlerdir. Yapılan araştırmalarda gelir durumu niceliksel olarak değerlendirilmiştir. Araştırmamızdaki gelir durumu ise hastaların iyi-orta-kötü şeklindeki algılarıyla ele alınmıştır. Yapılan çoğu çalışmada (Üskül ve ark 2006, Günay ve ark 2013) niceliksel olarak değerlendirildiğinden kıyaslanamamıştır. Araştırmaya katılanların kiminle yaşadığına bakıldığında %76,6'ü eşiyle veya eşi ve çocuklarıyla yaşamaktadır. Ülkemizde KOAH üzerinde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuş (Akoğlu ve ark 2013, Kılıçkaya ve Karakaş 2016), yurtdışında yapılan çalışmalarla (Borge ve ark 2014, Schure ve ark 2016) farklılık göstermektedir. Bu durum toplumlar arasındaki kültürel farklılıktan kaynaklanmış olabilir. Araştırmaya katılanların sigara kullanma durumları incelendiğinde, hastaların %64,0'ı sigara kullanmaktadır. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda KOAH hastalarının aktif sigara kullanım oranı %5,6-73,1 arasında değiştiği görülmekte (Ünsal ve Yetkin 2005, Yakışan ve ark 2006, Günay ve ark 2013, Çilingir ve Günbatar 2015), yurtdışında yapılan bazı çalışmalarda (Borge ve ark 2014, Weldam ve ark 2014) sigara kullanımı %40-44,2 arasında değişiklik göstermesi, ülkemizde solunum yolu hastalıklarının yönetiminde, sigarayı bırakma davranışının yeterince gelişmemiş olmasından kaynaklanmış olabilir. KOAH semptomlarının kontrol altına alınabilmesinde son derece önemli bir yere sahip olan sigara kullanımının, bırakılmadığı hastaların hastalık ciddiyetlerinin düşük olduğunu göstermektedir. Hastaların hastalığının kontrolünde kendilerinin ilk olarak yapacakları girişimlerin başında sigara kullanımına son verilmesi gerekirken hastaların büyük bir bölümü sigara kullanmaya devam etmesi hastalara yeterince eğitim verilmediğini de ayrıca düşündürmektedir. Araştırmanın yapıldığı klinikte hastalara hemşireler tarafından herhangi bir eğitim verilmemektedir. Hastalara, poliklinik kontrolü sonrasında profesyonel bir hemşire tarafından eğitim verilmesi; hastaların hastalığı hakkındaki bilgi eksikliğini gidermesine büyük bir katkı sağlayacak ve hastalığın yönetimi çok daha kolay hale gelecektir. Araştırmaya katılanların hastalık süreleri incelendiğinde 6 yıl üzeri süredir hastalığa sahip olanların oranı %59,4'tür. Yapılan çalışmalardaki hastalık süresi oranlarıyla benzerlik göstermektedir (Ünsal ve Yetkin

2005, Aras ve Tel 2009, Afşar ve ark 2012, Kırkıl ve ark 2013). Araştırmaya katılan hastaların hastalığı hakkında bilgi alma durumları incelendiğinde %90,3'ünün çeşitli kaynaklardan bilgi aldığı tespit edilmiştir. KOAH üzerine yapılan çalışmalardan bilgi alma düzeyi farklılık göstermektedir (Tel ve Akdemir 1998, Sayiner ve ark 2012, Üstünova ve Nahcivan 2015). Bilgi alan hastaların büyük bir bölümü bilgiyi doktordan aldıkları, hemşireden bilgi alan hasta sayısının son derece az olduğu görülmektedir. Bu durumun sebeplerinin başında; hastaların poliklinikte sadece doktorla görüşmesi ve muayene sonrası hastaya bilgi verecek bir eğitim hemşiresinin olmaması nedeniyle kliniği terk etmesi gelmektedir. Araştırmaya katılanların %62,9'u düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırdığını ve %77,1'i düzenli ilaç kullandığını ifade etmiştir (Çizelge 3.2). Fakat araştırmaya katılanların egzersiz yapma durumu incelendiğinde %78,3'ü egzersiz yapmadığını belirtmiştir (Çizelge 3.2). Bu durum hastaların kontrollerini düzenli yaptırdıklarını, ilaçlarını düzenli kullandıklarını ancak hastalığa uyumu gösteren davranışlardan biri olan egzersizi önemsemediklerini ve hastaların hastalığının tedavisinin sadece tıbbi tedavi olduğuna inandıklarını göstermektedir. Araştırmaya katılanların hastalığa uygun beslenme durumları incelendiğinde %52,0'ı hastalığa uygun beslendiğini belirtmiştir. Bu hastaların hastalığına yeterince uyum sağlayamadıklarını göstermesi açısından önemli bir bilgidir. Araştırmaya katılanların KOAH evreleri incelendiğinde %8,6'sı Evre I, %36,0'ı Evre II, %45,7'si Evre III ve %9,7'si Evre IV KOAH hastasıdır (Çizelge 3.2). Yapılan çalışmalardaki KOAH evrelerinin dağılımı bazı çalışma sonuçlarıyla kısmen benzerlik göstermektedir (Tertemiz ve ark 2012, Yorgancıoğlu ve ark 2012, Borge ve ark 2014). Araştırmamız kış aylarında yapıldığı için Evre III hastaların daha fazla polikliniğe başvurmuş olabileceği düşünülmüştür.

4.2. Hastaların Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörlerin Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların hastalık algısı ölçeği puanlarının dağılımıyla ilgili yapılan değerlendirmede; hastaların hastalık algısı ölçeğinin en yüksek boyutu süre (akut/kronik) (4,10±0,67); en düşük boyutu ise hastalığı anlayabilme (2,93±1,01) olarak bulunmuştur (Çizelge 3.4). Hastaların, hastalık algısı ölçeğindeki süre algısından aldıkları puanlar incelendiğinde; hastaların büyük bir çoğunluğunun hastalıklarının uzun süreceğini, hastalıklarının geçici olmayıp kalıcı olduğunu ve yaşamının geri kalanını bu hastalıkla geçireceğine ilişkin görüşlere sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu durum hastaların hastalıkların kronik bir hastalık olduğunu kabul

ettiklerini ve hastalıklarına uyum sağladıklarını göstermektedir. Kronik hastalıklar üzerine yapılan çalışmalarda, hastalar hastalığının kronik seyirli olduğunu bilmeleri ve bilinçlenmeleri hastalıkları üzerindeki bireysel kontrolü yükselttiği belirtilmiştir (Karabulutlu ve Okanlı 2011, Borge ve ark 2014). Hastaların büyük bir kısmı hastalığının kalıcı olduğunu düşünmekte ve hastalığını anlayamamaktadır. Bu sonuç yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (Scharloo ve ark 2007, Borge ve ark 2014). Hastaların hastalığının başlangıcından bu yana en sık yaşadığı belirtilerin; soluk almada güçlük, hırıltılı soluma, yorgunluk, güç kaybı ve ağrı olduğu görülmüştür (Çizelge 3.3). Yapılan çalışmalarda soluk almada güçlük, yorgunluk, kilo kaybı ve güç kaybının solunum sistemi hastalıklarında sık karşılaşılan semptomların başında geldiği ve hastalar tarafından sıkça deneyimlendiği tespit edilmiştir (Laghi ve Tobin 2003, Scharloo ve ark 2007, Barnes ve Celli 2009, Kocabaş ve ark 2014). Hastalarda görülen semptomların birbiriyle ilişkili olduğu; hırıltılı solunum solunum güçlüğü göstermekte, solunum güçlüğü olan bireyde de dokular yeterince oksijenlenememekte ve yetersiz oksijenizasyon beraberinde yorgunluk, güçsüzlük ve ağrıyı getirdiği görülmektedir. Etkili bir KOAH yönetimiyle birbirini etkileyen bu semptomların büyük bir bölümü kontrol altına alınabilir.

Hastalığın nedenleri boyutunda; hastalar en çok bağışıklık ve psikolojik atıflardan dolayı hastalığının ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Hastaların en az kaza veya şansın olası hastalık nedeni olarak belirttikleri görülmüştür. Bağışıklık ve psikolojik atıflar alt boyutunu içeren maddeler incelendiğinde, hastalar en fazla vücut direncinin azalması ve kişilik özelliklerinin hastalık nedeni olduğunu ifade etmişlerdir. Toplumunda hastalık nedenlerine genel olarak bakıldığında; sosyo-kültürel yapımızdan dolayı hastalığın nedenlerinin genellikle stres, sıkıntı ve endişeye bağlandığı görülmektedir (Karabulutlu ve Okanlı 2011). Hastalar hastalığı hakkında kendilerinin ya da yakınlarının deneyimlerini temel alan bir görüşe sahiplerdir. Ayrıca hastalıkla ilgili geçmiş deneyimler de bu görüşü etkiler. Hastaların geçmişteki deneyimleri sağlık ve hastalık hakkında beklentilere ve bazı inançların oluşmasına neden olabilir (Armay ve ark 2007).

Hastaların *yaş gruplarına* göre hastalık algısı alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; kimlik, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller boyutunda gruplar arasında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (Çizelge 3.5). Bireyin yaşının ilerlemesiyle

ortaya çıkabilecek olan ek kronik hastalıklar bireylerin daha fazla hastalık semptomu deneyimlemesine neden olabilmektedir (Bilir 2006, Olgun ve ark 2013, Özdemir ve Taşcı 2013, Martinez ve ark 2016). 65 yaş üzerindeki hastalar hastalığının kronik, sonuçlarının yaşamlarını etkilediğine, hastalığında kişisel kontrolünün ve tedavi kontrolünün zor olduğuna inanmaktadırlar. Bu durum yaşlılarda görülen ölüm korkusunun (Öztürk ve ark 2011, Karakuş ve ark 2012) ve yaşlılık çağı depresyonunun (Keskinoğlu ve ark 2006, Çınar ve Kartal 2008) etkilediği düşünülmüştür.

Hastaların *cinsiyete* göre hastalık algısı ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fark bulunmamasındaki en büyük nedenin kadın hasta sayısının az olması şeklinde düşünülmüştür. Ancak kadınların yaşadıkları hastalık belirtisi ortalamalarının (7,90±3,20) erkeklere göre (7,07±2,89) daha yüksek olduğu görülmektedir (Çizelge 3.6). Yapılan benzer araştırmalarda kadınların daha fazla hastalık semptomu yaşadığı bildirilmektedir (O'Neill ve Morrow 2001, Aalto ve ark 2005). Lahelma ve ark (1999) yaptığı bir çalışmada da kadınların daha fazla semptom bildirme eğilimde olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların *medeni durumlarına* göre hastalık algısı alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; kimlik, süre (akut/kronik), sonuçlar, süre (döngüsel), psikolojik atıflar, risk etkenleri ve kaza veya şans boyutunda istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (Çizelge 3.7). Bekar olanlar daha fazla hastalık semptomlarının olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca bekarların hastalığı kontrol edebileceklerine olan inançları daha düşüktür. Bu durum evlilerin daha fazla sosyal desteklerinin olması (Aras ve Tel 2009, Arslantaş ve Ergin 2011) ve bekarlara göre daha düzenli bir yaşam tarzlarının olması (İlhan ve ark 2010) hastalığı kontrol edebilecekleri inançlarının daha fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir. Evliler hastalığın döngüsel olduğuna olan inançları bekarlara göre daha yüksek ve istatiksel açıdan anlamlıdır. Evliler hastalık nedenini psikolojik, risk etkenlerine maruziyet ve kaza veya şans olarak açıklamışlardır.

Hastaların *eğitim durumuna* göre hastalık algısı alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; sadece tedavi kontrolü alt boyutunda istatiksel açıdan anlamlı fark vardır (Çizelge 3.8). Eğitim seviyesi arttıkça hastaların hastalık algılarının pozitif yönde artması beklenir. Eğitim durumuna göre farklılığın oluşmasında hastaların hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir.

Hastalara hemşireler tarafından planlı olarak verilecek eğitimlerle hastaların hastalık algıları olumlu şekilde değiştirilebilir.

Hastaların *çalışma durumuna* göre hastalık algısı alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; kimlik, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme ve süre (döngüsel) alt boyutlarında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (Çizelge 3.9). Çalışmayanlar daha fazla hastalık semptomuna sahip olduklarını, hastalığının kalıcı olduğunu, hastalığın sonuçlarını tedaviyle kontrol altına alınamayacağını ve hastalığın döngüsel olduğunu ifade etmişlerdir. Bu durum kişinin çalışıyor olmasının hastalık algısını pozitif yönde etkilediğini göstermektedir. Yapılan bir çalışmada hastaların düşük kontrol algısının tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (Buick 1997). Gelir durumunu etkileyen unsurların başında kişilerin çalışma durumları gelmektedir. Hastaların *algılanan gelir durumuna* göre hastalık algısı ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; kimlik, süre (akut/kronik) ve sonuçlar alt boyutlarında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (Çizelge 3.10). Hastaların algılanan gelir durumu kötüleştikçe hastaların daha fazla hastalık semptomuna sahip olduklarını tespit edilmiştir. Gelir durumunu kötü olarak algılayanların hastalığının kronik olduğuna ve sonuçlarının ciddi olduğuna inanmaktadırlar. Bu hastaların gelir durumuna göre sağlık hizmetinden faydalanma durumlarının etkilenmesiyle hastaların yeterince sağlık hizmeti alamamasından kaynaklanıyor olabilir.

Hastaların *kiminle yaşadığına* göre hastalık algısı alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; kimlik, süre (akut/kronik) ve sonuçlar alt boyutlarında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (Çizelge 3.11). Yalnız yaşayanların daha fazla hastalık semptomuna sahip oldukları tespit edilmiştir. Yalnız yaşayanlar hastalığının kronik olduğuna ve sonuçlarının ciddi olduğuna inanmaktadır. Yalnız yaşama kişilerin olaylara, hastalıklara bakışını etkileyebilir. Ayrıca KOAH sık alevlenmeleri nedeniyle sık hastane yatışları kişiyi doğal ortamından sık sık uzaklaştırma ve hastaların sık sık yalnızlık yaşamasına neden olmaktadır (Aras ve Tel 2009). Yalnız yaşayanlar daha fazla stres altında olabilmekte, kendi başlarına çözüm üretmek zorunda kalabilmekte ve bu da daha fazla depresyon yaşamalarına sebep olabilmektedir (Erşan ve ark 2013). Bu da hastalık algısını doğrudan etkileyebilmektedir.

Hastaların *sigara içme durumuna* göre hastalık algısı alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; sonuçlar ve risk etkenleri alt boyutlarında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (Çizelge 3.12). Sigara içenler hastalığın nedenlerini sigara içmelerine bağlamışlar ve sonuçlarının ciddi olduğunun farkındadırlar. Ancak hala sigara içmeye devam etmeleri farkındalıklarının istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir. Hemşirelerin hastalara sigara bırakmaları konusunda danışmanlık yapmaları, sigarayı bıraktırma polikliniklerine yönlendirmeleri hastalık yönetiminde son derece önemlidir.

Hastaların *hastalık sürelerine* göre hastalık algısı alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; kimlik, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller alt boyutlarında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (Çizelge 3.13). Hastalık süresi 6 yıl ve üzerinde olanlar daha fazla hastalık semptomuna sahiptir. Hastalık sürecinin ilerlemesiyle hastaların bağımlılıklarının arttığı (Tel ve ark 2012), sosyal aktivitelerin kısıtlandığı (Atasever ve Erdinç 2003), hastaların aile ve toplum içinde beklenen rollerini getirmede sorun yaşadığı (Özdemir ve Taşcı 2013), anksiyete ve depresyon görülme (Afşar ve ark 2012) sıklığının arttığı çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur (Tel ve Akdemir 1998, Xiaolian ve ark 2002). Hastalık süresi 6 yıl ve üzerinde olanların kişisel ve tedavi kontrolüne olan inançları daha düşük ve hastalığını anlayamadıkları tespit edilmiştir. Hastaların kişisel kontrol ve tedavi kontrollerinin düşük olduğuna inanmalarının temel sebeplerinin başında KOAH'ın kronik ilerleyici bir hastalık olması gelmektedir. Hastalık süresi 6 yıl ve üzerinde olanların hastalığıyla ilgili endişelerinin daha fazla olduğu ve hastalıkla birlikte ortaya çıkan duygusal belirtileri yoğun olarak algılandıkları tespit edilmiştir. Bireylerin hastalığıyla ilgili endişesinin fazla olması hastalığın yönetiminde çeşitli sorunların oluşmasına neden olmaktadır. Bunların başında hastanın stres yaşaması ve tedaviye uyumunun azalması gelmektedir. Hastaların hastalığı hakkındaki endişelerinin temel sebebi de hastalığı hakkındaki bilgi eksikliğidir. Hastaların hastalığı hakkında bilgi eksikliğini gidermede hemşirelere önemli roller düşmektedir. Hemşireler hasta ve hasta yakınlarına verecekleri eğitimlerle hastaların hastalığı hakkındaki yanlış bilgi ve inanışları ortadan kaldırabilirler. Ayrıca hastalara kendi hastalık yönetimleri konusunda iyi bir danışmanlık hizmeti sunabilirler.

Hastaların *algıladıkları sağlık durumlarına* göre hastalık algısı alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; kimlik, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrol, psikolojik atıflar ve kaza veya şans alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasından istatiksel açıdan fark bulunmuştur (Çizelge 3.14). Algılanan sağlık durumu kötüleştikçe hastaların daha fazla hastalık semptomu yaşadığı tespit edilmiştir. Sağlığını kötü olarak algılayanlar hastalığının kalıcı olduğuna, hastalıklarının kontrolünde ne tedavinin ne de kişisel çabalarının bir çözüm olmadığına inanmaktadırlar. Sağlığını iyi olarak algılayanlar; hastalıklarının nedenini psikolojik atıflara ve kaza veya şansa bağlamışlardır. Hastaların sağlık algılarını etkileyen semptomların belirlenmesi, bu semptomların iyileştirilmesine yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması son derece önemlidir.

Hastaların *hastalıkları hakkında bilgi alma durumlarına* göre hastalık algısı alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; sonuçlar, süre (döngüsel), psikolojik atıflar, risk etkenleri, bağışıklık ve kaza veya şans alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (Çizelge 3.15). Hastaların, KOAH semptomlarını algılaması, tedavinin ve bakımın istenilen şekilde yürütülmesi önemlidir. Bu nedenle hastalara KOAH semptomlarını fark etmesi ve semptomların takibi konusunda bilgi verilmesi hastalık yönetimi için temel olmalıdır. Hastanın hastalık hakkında bilgisi hastalığa verilen tepkiyi etkileyen önemli bir faktördür. Hemşireler, kronik hastalığa sahip bireylerle en fazla etkileşim içinde olanların başında gelmektedir. Hemşirelerin hastalara verecekleri eğitimlerle hastaların bilgi eksikliği önemli ölçüde azaltılabilir. Hemşirelerin verecekleri bu eğitimler sadece hastaları değil, hasta yakınlarını da kapsar nitelikte olmalıdır. Böylelikle hemşireler toplumsal hastalık yönetiminde etkin bir rol oynayabilirler. Hastalıkları hakkında bilgi almayanlar hastalığının sonuçlarının ciddi sonuçları olduğuna ve hastalığının döngüsel bir süreci olduğuna inanmaktadır. Hastalığı hakkında bilgi almayanlar hastalık nedenlerini; psikolojik atıflara, risk etkenlerine maruziyete, bağışıklığa ve kaza veya şansa bağlamışlardır.

Hastalıkların *düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumuna* göre hastalık algısı alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; kimlik, süre (döngüsel), psikolojik atıflar, risk etkenleri, bağışıklık ve kaza veya şans alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (Çizelge 3.16). Düzenli sağlık kontrolü yapmayanların daha fazla hastalık semptomu yaşadığı, hastalığının

döngüsel bir süreci olduğuna ve hastalık nedenlerinin; psikolojik atıflara, risk etkenlerine maruziyete, bağışıklığa ve kaza veya şansa bağladıkları bulunmuştur. Düzenli sağlık kontrollerini takibi sadece hastanın sorumluluğunda değildir. Sağlık ekibi ve hastayla planlanan hastalık yönetiminin önemli bir parçası olan düzenli sağlık kontrollerinin yaptırılması tüm sağlık ekibi ve hastanın ortak sorumluluğu altındadır. Tarafların ortak sorumluluklarını yerine getirmeleriyle hastalık yönetimi en etkin bir şekilde yapılabilir. Sağlık ekibi içinde önemli bir yere sahip olan hemşirelerin, hastalara verecekleri taburluk eğitimleriyle hastanın düzenli sağlık kontrollerini yaptırmasının önemi anlatılarak hastanın kontrollerini istenilen şekilde yaptırması sağlanabilir.

Hastalıkların *düzenli ilaçlarını kullanma durumuna* göre hastalık algısı alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde sadece kimlik alt ölçeğinden alınan puanlar arasında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. İlaçlarını düzenli kullanmayanların daha fazla hastalık semptomu yaşadığı tespit edilmiştir (Çizelge 3.17). Yapılan çalışmalarda eğer hastalar ilaç tedavisinin gerekliliğine inandıkları takdirde ilaç tedavisine olan bağlılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Williams ve Healy 2001). Hemşirelerin hastalara verilecekleri eğitimlerle; hastalar ilaçlarının hastalığının semptomlarının kontrol altına alınmasında önemli bir yere sahip olduğuna inanması sağlanarak düzenli ilaç kullanmaları teşvik edilebilir. KOAH hastalarının tedaviyle hastalığının kontrol edilebilirliğine inanmaları hastalığın kontrolünde son derece önemli bir yere sahiptir. Bu şekilde KOAH hastalığının sağlık sistemine en fazla yükü getiren hastaneye sık yatışın önüne geçilebilir.

Hastaların *düzenli egzersiz yapma* durumu düzenli egzersiz yapan sadece dört hastanın olması nedeniyle istatistiki açıdan değerlendirilememiştir. KOAH egzersiz kapasitesi oldukça düşürebilmektedir (Sarpkaya ve ark 2005, Özgür ve ark 2008). Düzenli egzersiz yapan hasta sayısının düşük olmasının nedenlerinden biri de bu olabilir. Hemşireler kliniklerde tedavi gören ileri derecede egzersiz kısıtlaması olmayan hastalara, günün belirli saatlerinde toplu ya da bireysel egzersiz yapmalarını sağlayarak hastalara düzenli egzersiz alışkanlığı kazandırabilirler.

Hastaların hastalıklarına *uygun beslenme durumuna* göre hastalık algısı alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde; kimlik, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller, psikolojik atıflar, risk etkenleri, bağışıklık ve kaza veya şans alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatiksel

açıdan anlamlı fark bulunmuştur (Çizelge 3.18). Hastalığına uygun beslenmeyenlerin daha fazla hastalık semptomuna sahip oldukları tespit edilmiştir. Hastalık yönetimi sadece hastanın ilaçlarının düzenlenmesi semptomlarının kontrol altına alınması olarak görmek hastalık yönetiminde çeşitli sorunlara sebep olabilir. Hastalık yönetimi, hastayı ve hastalığını ilgilendiren her şeyin bütüncül bir şekilde ele alınmasıyla mümkün olabilir. Hastanın yaşam tarzında önemli bir yere sahip olan beslenme de hastalık yönetiminde kilit rol almaktadır. Hemşirelerin hastaları hastalığına uygun beslenmeyi öğretmesi ve bunu hastalarda kalıcı hale getirmesi son derece önemlidir. Hemşireler, beslenme konusunda temel bir eğitim verebilmekle birlikte diğer sağlık profesyonellerinin de desteğiyle, hastaların hastalığına uygun beslenmelerinde önemli bir fark oluşturabilirler.

Hastaların *KOAH evrelerine* göre hastalık algısı alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; kimlik, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol ve tedavi kontrol alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. KOAH evresi III-IV olan hastalar daha fazla hastalık semptomuna sahip olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 3.19). Bu durum literatürle de uyumludur (Akbay ve ark 2001). Hastalık ilerledikçe hastalar daha fazla hastalık semptomu deneyimlemektedirler. Evre III-IV olan hastalar hastalığın kronik olduğunu, sonuçlarının ciddi olduğunu, hastalığın kontrol altına alınmasında ne kendilerinin ne de tedavilerin işe yaramayacağına inanmaktadırlar.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1.Sonuçlar

Araştırma Göğüs Hastalıkları kliniğine başvuran KOAH hastalarının hastalığı hakkındaki hastalık algısını ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar:

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 67,3±10,8 olduğu, hastaların çoğunu erkekler (%83,4) ve %89,7'si evli olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların %58,3'ünü ilkokul mezunları oluşturmuştur. Hastaların %72 çalışmadığını ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan hastaların %69,7'si gelirini orta olarak ifade etmiş ve %88'i eşi/çocuğuyla yaşamaktadır. Hastaların %64'ü sigara kullanmakta ve %59,4'ü 6 yıl ve üzeri süredir KOAH hastasıdır. Araştırmaya katılan hastaların %90,3'ü hastalık hakkında bilgi almış, %62,9'u düzenli sağlık kontrolü yaptırmakta ve %97,7'si düzenli egzersiz yapmamaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %52'si hastalığa uygun beslendiğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılan hastaların büyük bir çoğunluğu (%45,7) Evre III KOAH hastasıdır.

Araştırmaya göre KOAH hastalarının; yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, algılanan gelir durumu, hastaların kiminle yaşadığı, sigara kullanma durumu, hastalık süresi, algılanan sağlık durumu, hastalığı hakkında bilgi alma durumu, düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu, düzenli ilaç kullanma durumu, hastalığa uygun beslenme durumu ve KOAH evresinin hastalık algısını etkileyebildiği tespit edilmiştir. Hastaların en fazla soluk almada güçlük, hırıltılı soluma ve yorgunluk semptomunu yaşadıkları görülmüştür. Hastalar hastalığının kronik olduğunu düşünmekte ve hastalığını anlayamadıkları tespit edilmiştir. KOAH hastalarının hastalıkla birlikte ortaya çıkan duygusal belirtileri yoğun olarak algıladığı, hastalığının kronik bir hastalık olduğuna inandıkları, en fazla sigara kullanımı, vücut direncinin azalması ve yaşlanmanın hastalık nedeni olduğuna inandıkları bulunmuştur. Bu sonuçlar dikkate alınarak KOAH hastaların hastalık algılarının düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

5.2.Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Çalışmanın konuyla ilgili bundan sonra yapılacak çalışmalara yol gösterici olabileceği düşünülerek araştırmanın incelenmemiş değişkenle birlikte farklı örneklemlerle yapılması,
- Hastalığa ve tedaviye uyumu destekleyecek, artıracak düşünce ve davranışların geliştirilmesi konusunda hemşirelere yönelik hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
- Hemşirelik uygulamalarının amaçlarından olan hastalığa uyumunun en iyi şekilde sağlanması ve sürdürülmesi amacıyla bu alanlarda pulmoner rehabilitasyon hemşirelerin görevlendirilmesi önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

Aalto A-M, Heijmans M, Weinman J, Aro AR, 2005. Illness perceptions in coronary heart disease: Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. Journal of Psychosomatic Research, 58, 5, 393-402.

Abul Y, Özlü T, 2013. Türkiye'de KOAH epidemiyolojisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 1, 1, 7-12.

Acaroğlu, Şendir, 2000. The weight of patient education in using anticoagulant drugs. I. Uluslararası&VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 54.

Afşar BB, Yalçınsoy M, Yakar Hİ, Bilgin S, Akkaya E, 2012. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 34, 260-7.

Akbay S, Kurt B, Ertürk A, Gülhan M, Çapan N, 2001. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesi ve solunum fonksiyon testi ile ilişkisi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 49, 3, 338-44.

Akkoyunlu C, 2012. Tip II diyabet mellit ve romatoid artrit hastalarında hastalık algısının depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi ile ilişkisi, Uzmanlık Tezi, T.C. Başkent Üniversitesi, Ankara.

Akoğlu L, Kaçmaz N, Başaran FÇ, Özsöz A, Öngel K, 2013. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olgularında aşılanma oranlarını etkileyen faktörler. Smyrna Tıp Dergisi 3, 18-27.

Al-Shair K, Kolsum U, Singh D, Vestbo J, 2016. The effect of fatigue and fatigue intensity on exercise tolerance in moderate COPD. Lung, 194, 6, 889-95.

Annesi-Maesano I, 2006. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. European Respiratory Monograph, 38, 41-70.

Aras A, Tel H, 2009. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Türk Toraks Dergisi, 10, 2, 63-8.

Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S, 2007. Hastalık Algısı Ölçeği'nin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. Klinik Psikiyatri, 10, 192-200.

Arslantaş H, Ergin F, 2011. Yalnızlık, depresyon, sosyal destek ve etkileyen faktörler. Turkish Journal of Geriatrics, 14, 2, 135-44.

Atasever A, Erdinç E, 2003. KOAH'da yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 51, 4, 446-55.

Barış SA, Yıldız F, Başyiğit İ, Boyacı H, Ilgazlı A, 2011. Prevalence of smoking and chronic obstructive pulmonary disease amongst teachers working in Kocaeli, Turkey. Multidisciplinary Respiratory Medicine, 6, 2, 92-6.

Barnes P, Celli B, 2009. Systemic manifestations and comorbidities of COPD. European Respiratory Journal, 33, 5, 1165-85.

Başyiğit İ, Boyacı H, Barış SA, Yıldız F, Ilgazlı A, 2010. Kadın ile erkek KOAH'lı olguların karşılaştırılması. Solunum Hastalıkları Dergisi, 21, 2, 41-5.

Bilir N, 2006. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni, 25, 3, 1-6.

Bloom DE, Cafiero E, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, Feigl AB, Gaziano T, Hamandi A, Mowafi M, (2012). The global economic burden of noncommunicable diseases, Program on the Global Demography of Aging.

Borge CR, Moum T, Puline Lein M, Austegard EL, Wahl AK, 2014. Illness perception in people with chronic obstructive pulmonary disease. Scandinavian journal of psychology, 55, 5, 456-63.

Bourjeily G, Rochester CL, 2000. Exercise training in chronic obstructive pulmonary disease. Clinics in chest medicine, 21, 4, 763-81.

Buick DL, 1997. Illness representations and breast cancer: Coping with radiation and chemotherapy. Perceptions of health and illness, 1, 379-409.

Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM, Gillespie S, Burney P, Mannino DM, Menezes AM, Sullivan SD, Lee TA, Weiss KB, 2007. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. The Lancet, 370, 9589, 741-50.

Celli BR, 2010. Predictors of mortality in COPD. Respiratory medicine, 104, 6, 773-9.

Celli BR, MacNee W, Agusti A, Anzueto A, Berg B, Buist AS, Calverley PM, Chavannes N, Dillard T, Fahy B, 2004. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. European Respiratory Journal, 23, 6, 932-46.

Chapman K, Mannino DM, Soriano J, Vermeire P, Buist AS, Thun M, Connell C, Jemal A, Lee T, Miravitlles M, 2006. Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. European Respiratory Journal, 27, 1, 188-207.

Cherrington CC, Lawson TN, Clark KB, 2006. Illness representation of patients with systolic heart failure. Progress in cardiovascular nursing, 21, 4, 190-5.

Cherrington CC, Moser DK, Lennie TA, Kennedy CW, 2004. Illness representation after acute myocardial infarction: impact on in-hospital recovery. American Journal of Critical Care, 13, 2, 136-45.
Cohen J, Cohen P, West S, Aiken L, (2003). Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences. Routledge, Lawrence Erlbaum Associates.
Crinion SJ, McNicholas WT, 2014. Sleep-related disorders in chronic obstructive pulmonary disease. Expert review of respiratory medicine, 8, 1, 79-88.
Çilingir BM, Günbatar H, 2015. Relationship between chronic obstructive pulmonary disease and levels of vitamin D. Dicle Tıp Dergisi, 42, 2.
Çınar İÖ, Kartal A, 2008. Signs of depression in the elderly relationship between depression and sociodemographic characteristics. TAF Prev Med Bull, 7, 5, 399-404.
Erşan EE, Kelleci M, Baysal B, 2013. Kalp hastalarında psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bir bakış. Klinik Psikiyatri Dergisi, 16, 4, 214-24.
Ezzati M, 2005. Indoor air pollution and health in developing countries. The Lancet, 366, 9480, 104-6.
Foreman MG, Campos M, Celedón JC, 2012. Genes and chronic obstructive pulmonary disease. Medical Clinics of North America, 96, 4, 699-711.
Frostholm L, Fink P, Christensen KS, Toft T, Oernboel E, Olesen F, Weinman J, 2005. The patients' illness perceptions and the use of primary health care. Psychosomatic Medicine, 67, 6, 997-1005.
Garcia-Aymerich J, MonsÓ E, Marrades RM, Escarrabill J, FÉLez MA, Sunyer J, AntÓ JM, Investigators tE, 2001. Risk factors for hospitalization for a Chronic Obstructive Pulmonary Disease exacerbation. 164, 6, 1002-7.
Godtfredsen NS, Lam TH, Hansel TT, Leon ME, Gray N, Dresler C, Burns DM, Prescott E, Vestbo J, 2008. COPD-related morbidity and mortality after smoking cessation: status of the evidence. European Respiratory Journal, 32, 4, 844-53.
Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, 2003. Erişim tarihi 01 Şubat 2016. Erişim adresi, http://goldcopd.org/.
Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, 2006. Erişim tarihi 01 Şubat 2016. Erişim adresi, http://goldcopd.org/.
Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, 2014. Erişim tarihi 30 Nisan 2016. Erişim adresi, http://goldcopd.org/.
Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, 2015. Erişim tarihi 28 Haziran 2016. Erişim adresi, http://goldcopd.org/.
Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, 2016. Erişim tarihi 28 Haziran 2016. Erişim adresi, http://goldcopd.org/.
Greco A, Steca P, Pozzi R, Monzani D, D'Addario M, Villani A, Rella V, Giglio A, Malfatto G, Parati G, 2014. Predicting depression from illness severity in cardiovascular disease patients: self-efficacy beliefs, illness perception, and perceived social support as mediators. International journal of behavioral medicine, 21, 2, 221-9.
Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, Lindberg E, Suppli Ulrik C, Brøndum E, Nieminen MM, Aine T, Hallin R, Bakke P, 2006. Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: A multicentre study in the Nordic countries. Respiratory Medicine, 100, 1, 87-93.
Günay S, Günay E, Sönmez ÖS, 2013. Koah tanılı hastalarda solunumsal maruziyetler İle hastalık arasındaki ilişkinin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics, 16, 3, 243-52.
Hacıevliyagil SS, Mutlu LC, Gülbaş G, Yetkin Ö, Günen H, 2006. Göğüs hastalıkları servisine yatan hastaların hastane yatış maliyetlerinin karşılaştırılması. Toraks Dergisi, 7, 1, 11-6.
Hagger MS, Orbell S, 2003. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. Psychology and health, 18, 2, 141-84.
Hanania NA, Müllerova H, Locantore NW, Vestbo J, Watkins ML, Wouters EF, Rennard SI, Sharafkhaneh A, 2011. Determinants of depression in the ECLIPSE chronic obstructive pulmonary disease cohort. American journal of respiratory and critical care medicine, 183, 5, 604-11.
Hansell A, Walk J, Soriano J, 2003. What do chronic obstructive pulmonary disease patients die from? Amultiple cause coding analysis. European Respiratory Journal, 22, 5, 809-14.
Hill K, Geist R, Goldstein R, Lacasse Y, 2008. Son dönem KOAH'da anksiyete ve depresyon. Eur Respir J, 31, 667-77.
Hogg JC, 2004. Pathophysiology of airflow limitation in chronic obstructive pulmonary disease. The Lancet, 364, 9435, 709-21.

Hooper R, Burney P, Vollmer WM, McBurnie MA, Gislason T, Tan WC, Jithoo A, Kocabas A, Welte T, Buist AS, 2012. Risk factors for COPD spirometrically defined from the lower limit of normal in the BOLD project. European respiratory journal, 39, 6, 1343-53.

Howard C, Hallas CN, Wray J, Carby M, 2009. The relationship between illness perceptions and panic in chronic obstructive pulmonary disease. Behaviour research and therapy, 47, 1, 71-6.

Hu G, Zhou Y, Tian J, Yao W, Li J, Li B, Ran P, 2010. Risk of COPD from exposure to biomass smoke: a metaanalysis. Chest, 138, 1, 20-31.

Iyer AS, Bhatt SP, Garner JJ, Wells JM, Trevor JL, Patel NM, Kirkpatrick d, Williams JC, Dransfield MT, 2016. Depression is associated with readmission for acute exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Annals of the American Thoracic Society, 13, 2, 197-203.

İlhan N, Batmaz M, Akhan LU, 2010. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3, 3, 34-44.

Ji W, Lim MN, Bak SH, Hong SH, Han SS, Lee SJ, Kim WJ, Hong Y, 2016. Differences in Chronic Obstructive Pulmonary Disease phenotypes between non-smokers and smokers. The clinical respiratory journal.

Julian LJ, Gregorich SE, Earnest G, Eisner MD, Chen H, Blanc PD, Yelin EH, Katz PP, 2009. Screening for depression in chronic obstructive pulmonary disease. Copd, 6, 6, 452-8.

Kaptein AA, Scharloo M, Fischer MJ, Snoei L, Cameron LD, Sont JK, Rabe KF, Weinman J, 2008. Illness perceptions and COPD: an emerging field for COPD patient management. Journal of Asthma, 45, 8, 625-9.

Karabulutlu EY, Okanlı A, 2011. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14, 4, 25-30.

Karadakovan A, 1999. Meslek ve çevre koşulları ile solunum sistemi hastalıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3, 3, 9-14.

Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L, 2012. Ölüm ve ölüm kaygısı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 21, 1.

Karlıkaya C, Yılmam İ, Kiter G, 2006. Consistency between diagnostic and therapeutic decisions in COPD patients with respect to the recent guidelines. Turkish Respiratory Journal, 7, 1, 001-5.

Kentson M, Todt K, Skargren E, Jakobsson P, Ernerudh J, Unosson M, Theander K, 2016. Factors associated with experience of fatigue, and functional limitations due to fatigue in patients with stable COPD. Therapeutic advances in respiratory disease, 10, 5, 410-24.

Keskinoğlu P, Pıçakçıefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z, 2006. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. Genel Tıp Dergisi, 16, 1, 21-6.

Kessler R, Partridge MR, Miravitlles M, Cazzola M, Vogelmeier C, Leynaud D, Ostinelli J, 2011. Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European cross-sectional study. European Respiratory Journal, 37, 2, 264-72.

Kılıçkaya C, 2013. KOAH'lı hastalarda hastalık algısının yalnızlık ve stresle başetme üzerine etkisi, T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Yüksek Lisans Tezi.

Kılıçkaya C, Karakaş SA, 2016. The effect of illness perception on loneliness and coping with stress in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). International Journal of Caring Sciences, 9, 2, 481-8.

Kırkıl G, Deveci F, Turgut T, Muz MH, Türkoğlu S, 2013. KOAH'lı olguların hastanede yatış süresini etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi, 18, 3, 171-5.

Kocabaş A, 2010. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve risk faktörleri. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni, 1, 2, 105-12.

Kocabaş A, Atış S, Çöplü L, Erdinç E, Ergan B, Gürgün A, Köktürk N, Polatlı M, Şen E, Yıldırım N, 2014. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastaliği (KOAH) Koruma, Tani ve Tedavi Raporu 2014. Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu, Turkish Thoracic Journal, Official Journal of the Turkish Thoracic Society, 15.

Koehler F, Doehner W, Hoernig S, Witt C, Anker SD, John M, 2007. Anorexia in chronic obstructive pulmonary disease--association to cachexia and hormonal derangement. International journal of cardiology, 119, 1, 83-9.

Korkmaz T, Tel H, 2010. KOAH'lı Hastalarda aksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 13, 4, 79-86.

Kömürcüoğlu B, Balioğlu M, Öztuna I, Büyükşirin M, Işık E, Perim K, 2000. KOAH'lı erkek olgularda depresyon. Depression in male patients with COPD, 1, 3, 31.

Kye SY, Park EY, Oh K, Park K, 2015. Perceptions of Cancer Risk and Cause of Cancer Risk in Korean Adults. Cancer Research and Treatment : Official Journal of Korean Cancer Association, 47, 2, 158-65.

Laghi F, Tobin MJ, 2003. Disorders of the respiratory muscles. American journal of respiratory and critical care medicine, 168, 1, 10-48.

Lahelma E, Martikainen P, Rahkonen O, Silventoinen K, 1999. Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change. Social Science & Medicine, 48, 1, 7-19.
Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ, 1998. Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. Psychology and Health, 13, 4, 717-33.
Mannino DM, 2003. Chronic obstructive pulmonary disease: definition and epidemiology. Respiratory care, 48, 12, 1185-93.
Mannino DM, Buist AS, 2007. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. The Lancet, 370, 9589, 765-73.
Martinez CH, Diaz AA, Parulekar AD, Rennard SI, Kanner RE, Hansel NN, Couper D, Holm KE, Hoth KF, Curtis JL, Martinez FJ, Hanania NA, Regan EA, Paine Iii R, Cigolle CT, Han MK, 2016. Age-related differences in health-related quality of life in COPD: An Analysis of the COPDGene and SPIROMICS Cohorts. Chest, 149, 4, 927-35.
Matheson MC, Benke G, Raven J, Sim MR, Kromhout H, Vermeulen R, Johns DP, Walters EH, Abramson MJ, 2005. Biological dust exposure in the workplace is a risk factor for chronic obstructive pulmonary disease. Thorax, 60, 8, 645-51.
Mete HE, 2008. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri, 11, 3-18.
Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, 2010. Bir çimento fabrikasında işçilerin KOAH risk faktörleri yönünden incelenmesi. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG), 10, 36.
Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D, 2002. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). Psychology and health, 17, 1, 1-16.
O'Neill ES, Morrow LL, 2001. The symptom experience of women with chronic illness. Journal of advanced nursing, 33, 2, 257-68.
Olgun N, Aslan Eti F, Yücel N, Öntürk Kan Z, Laçin Z, 2013. Yaşlıların sağlık durumlarının değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4, 2, 72-8.
Özdemir Ü, Taşcı S, 2013. Kronik Hastalıklarda Psikosoyal Sorunlar ve Bakım. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1, 1, 57-72.
Özer C, 2014. KOAH'lı Hastada Yaşam Kalitesi. Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics, 5, 3, 93-7.
Özgür ES, Atış S, Kanık A, 2008. KOAH'da dinamik hiperinflasyonun egzersiz dispnesi, egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesine etkisi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 56, 3, 296-303.
Özkan S, 2011. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'ında (KOAH) Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı. Selçuk Tıp Derg, 28, 1, 69-74.
Özkan S, Durnaz Z, Demir T, Gemicioğlu B, 2007. KOAH ve astım hastalarında fonksiyonel performans ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Solunum Dergisi, 9, 3, 158-66.
Özpulat F, Yıldırım A, 2014. Kronik Solunum Sistemi Hastalığı Olan Hastaların Hastalıkları İle Baş Etme Yöntemleri ve Sağlık Eğitimi Gereksinimleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 23, 4, 122-9.
Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L, 2011. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12, 1, 37-43.
Panagioti M, Scott C, Blakemore A, Coventry PA, 2014. Overview of the prevalence, impact, and management of depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 9, 1289-306.
Pauwels RA, Rabe KF, 2004. Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The Lancet, 364, 9434, 613-20.
Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA, 2007. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. Current Opinion in Psychiatry, 20, 2, 163-7.
Petrie KJ, Weinman J, 2006. Why illness perceptions matter. Clinical medicine (London, England), 6, 6, 536-9.
Raherison C, Girodet P, 2009. Epidemiology of COPD. European Respiratory Review, 18, 114, 213-21.
Rees PJ, 2003. Respiratory diseases: symptoms and signs. Medicine, 31, 11, 1-6.
Roberts DW, 1954. The Commission on Chronic Illness. Public Health Reports, 69, 3, 295-9.
Sağlık Bakanlığı, 2004. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması, Ankara, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, p. 4-24.
Sağlık Bakanlığı, 2010. Astım ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tanı ve Tedavisinde I. Basamak Hekimler için Hizmet İçi Eğitim Modülü, Ankara, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, p. 99-165.
Sağlık Bakanlığı, 2011. Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları, Ankara, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, p.65-139.

Sarpkaya Ü, Tuna H, Tabakoğlu E, Altıay G, 2005. Kronik obstruktif akciğer hastalığında solunum kasları egzersizlerinin ve aerobik egzersiz programının yaşam kalitesi üzerine etkileri. Türk Fiz Tıp Rehab Derg, 51, 1, 14-8.

Sayiner A, Alzaabi A, Obeidat NM, Nejjari C, Beji M, Uzaslan E, Nafti S, Khan JA, Tageldin MA, Idrees M, 2012. Attitudes and beliefs about COPD: data from the BREATHE study. Respiratory medicine, 106, S60-S74.

Scharloo M, Kaptein AA, Schlösser M, Pouwels H, Bel EH, Rabe KF, Wouters EF, 2007. Illness perceptions and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Asthma, 44, 7, 575-81.

Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, Hazes JM, Willems LNA, Bergman W, Rooijmans HGM, 1998. Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. Journal of Psychosomatic Research, 44, 5, 573-85.

Schure MB, Borson S, Nguyen HQ, Trittschuh EH, Thielke SM, Pike KC, Adams SG, Fan VS, 2016. Associations of cognition with physical functioning and health-related quality of life among COPD patients. Respiratory Medicine, 114, 46-52.

Singh S, 2016. Respiratory symptoms and signs. Medicine, 44, 4, 205-12.

Stang P, Lydick E, Silberman C, Kempel A, Keating ET, 2000. The prevalence of copd*: Using smoking rates to estimate disease frequency in the general population. Chest, 117, 5_suppl_2, 354S-9S.

Şahin ZA, 2014. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına (KOAH) Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Depresyon Düzeyleri. Tıp Araştırmaları Dergisi, 12, 3, 113-9.

Tan M, Karabulutlu E, 2005. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. Cancer nursing, 28, 3, 236.

Tel H, Akdemir N, 1998. KOAH'lı hastalara uygulanan planlı hasta öğretiminin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla baş etme durumlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2, 2, 44-52.

Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D, 2012. KOAH'lı Hastaların Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi. Care Burden and Quality of Life Among the Caregivers of Patients with COPD., 13, 3, 87-92.

Tertemiz KC, Kömüs N, Ellidokuz H, Sevinç C, Çımrın AH, 2012. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında mortalite ve mortaliteyi etkileyen faktörler. Tuberk Toraks, 60, 2, 114-22.

Tödt K, Skargren E, Kentson M, Theander K, Jakobsson P, Unosson M, 2014. Experience of fatigue, and its relationship to physical capacity and disease severity in men and women with COPD. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 9, 17-25.

TÜİK, 2012. Sağlık Araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu.

TÜİK, 2015. Bireylerin son 12 ay içerisinde yaşadığı başlıca hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı, 2008, 2010, 2012, 2014, 2015. Türkiye Sağlık Araştırması. Erişim tarihi 01.02.2016. Erişim adresi, http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=2376.

Türk Toraks Derneği, 2010. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu, 2010. Erişim tarihi 01.04.2015. Erişim adresi, http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2672011105754-koah2010_tum-rehhber.pdf.

Türk Toraks Derneği, 2014. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu 2014, 2014. Erişim tarihi 01.04.2015. Erişim adresi, http://www.toraks.org.tr/book.aspx?list=1682&menu=241.

Ulubay G, Ulaşlı S, Akıncı B, Görek A, Akçay Ş, 2009. KOAH'lı olgularda depresyon durumu, solunum fonksiyon testi, egzersiz performansı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Turk J Tubercul Torax, 57, 2, 169-76.

Uysal Y, Akpınar E, 2013. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısı ve Depresyon. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 38, 1, 31-40.

Ünsal A, Yetkin A, 2005. Kronik Obstruktif Akciğer Hastaliği Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumunun Incelenmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 8, 1, 42-53.

Üskül TB, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Türker H, 2006. Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ve hastalık tanılarının ilişkisi. Turkiye Klinikleri Archives of Lung, 7, 1, 11-5.

Üstünova E, Nahcivan N, 2015. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve İlişkili Faktörler. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 23, 1, 11-22.

Valipour A, Lavie P, Lothaller H, Mikulic I, Burghuber OC, 2011. Sleep profile and symptoms of sleep disorders in patients with stable mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease. Sleep Medicine, 12, 4, 367-72.
Viegi G, Scognamiglio A, Baldacci S, Pistelli F, Carrozzi L, 2001. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Respiration, 68, 1, 4-19.
Vollmer W, 2003. Epidemiology of COPD: overview and the US perspective. The European respiratory journal. Supplement, 22, 43.
Vozoris NT, O'Donnell DE, 2012. Prevalence, Risk Factors, Activity Limitation and Health Care Utilization of an Obese Population-Based Sample with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Canadian Respiratory Journal, 19, 3.
Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R, 1996. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. Psychology and health, 11, 3, 431-45.
Weldam SW, Lammers J-WJ, Heijmans MJ, Schuurmans MJ, 2014. Perceived quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients: a cross-sectional study in primary care on the role of illness perceptions. BMC family practice, 15, 1, 140.
Welte T, Vogelmeier C, Papi A, 2015. COPD: early diagnosis and treatment to slow disease progression. International journal of clinical practice, 69, 3, 336-49.
White J, Dixon S, 2015. Nurse led Patient Education Programme for patients undergoing a lung resection for primary lung cancer. Journal of Thoracic Disease, 7, Suppl 2, S131-S7.
WHO, 2007. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach, World Health Organization, p.21-31.
WHO, 2014. Noncommunicable diseases country profiles 2014. Geneva: World Health Organization.
Williams B, Healy D, 2001. Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team:"explanatory model" or "exploratory map"? Social science & medicine, 53, 4, 465-76.
Williams V, Bruton A, Ellis-Hill C, McPherson K, 2007. What really matters to patients living with chronic obstructive pulmonary disease? An exploratory study. Chronic Respiratory Disease, 4, 2, 77-85.
Xiaolian J, Chaiwan S, Panuthai S, Yijuan C, Lei Y, Jiping L, 2002. Family support and self-care behavior of Chinese chronic obstructive pulmonary disease patients. Nursing & health sciences, 4, 1-2, 41-9.
Yakışan A, Özbudak Ö, Çilli A, Öğüş C, Özdemir T, 2006. KOAH'lı kadın hastalardaki risk faktörleri. Dicle Tıp Dergisi, 3, 215-21.
Yalçın A, Kaya A, 2013. KOAH'ta Yaşamın Son Günleri. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 1, 1, 143-51.
Yorgancıoğlu A, Polatlı M, Aydemir Ö, Demirci NY, Kırkıl G, Atış SN, Kokturk N, Uysal A, Akdemir SE, Ozgur ES, 2012. KOAH değerlendirme testinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. Tuberk Toraks, 60, 4, 314-20.
Yoshihisa A, Takiguchi M, Shimizu T, Nakamura Y, Yamauchi H, Iwaya S, Owada T, Miyata M, Abe S, Sato T, Suzuki S, Oikawa M, Kobayashi A, Yamaki T, Sugimoto K, Kunii H, Nakazato K, Suzuki H, Saitoh S, Takeishi Y, 2014. Cardiovascular function and prognosis of patients with heart failure coexistent with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of cardiology, 64, 4, 256-64.
Yüksel EG, Ursavaş A, Irdesel J, Koç M, Uzaslan EK, Güneş S, Özyardımcı N, 2005. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Multidisipliner Pulmoner Rehabilitasyon Programının Etkinliği. Turkiye Klinikleri Archives of Lung, 6, 3, 115-9.
Zoeckler N, Kenn K, Kuehl K, Stenzel N, Rief W, 2014. Illness perceptions predict exercise capacity and psychological well-being after pulmonary rehabilitation in COPD patients. Journal of Psychosomatic Research, 76, 2, 146-51.

7. EKLER

7.1.EK A: Anket Formu

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörler Adlı Araştırmanın Anket Formu

Bu araştırmada KOAH hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Bu amaçla size bir tanıtıcı bilgi formu, Kronik Hastalıklarda Hastalık Algısı Ölçeği uygulanacaktır. Çalışmaya katılmanız ve doğru yanıtlar vermeniz araştırma sonuçlarının doğruluğunu etkileyecek ve bu sorunun çözülmesine katkı sağlayacaktır. Vereceğiniz cevaplar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddetme ve hiçbir neden göstermeksizin, istediğiniz zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Şükrü EKENLER

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1-Yaşınız : ……..

2- Cinsiyetiniz : 1) Kadın 2) Erkek

3- Medeni Durumunuz:

1) Evli 2) Bekar 3) Dul 4) Boşanmış

4- Eğitim Durumunuz:

1) İlkokul 2) Ortaokul 3)Lise 4) Üniversite ve üzeri

5- Mesleğiniz:

1) Memur 2) İşçi 3) Serbest 4) Emekli 5) Ev Hanımı 6) İşsiz 7)Diğer

6- Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

Kötü 2) Orta 3) İyi

7- Kiminle Birlikte Yaşıyorsunuz:

1) Yalnız Yaşıyorum 2) Eşimle 3) Eşim ve Çocuklarımla 4) Çocuklarımla

5) Anne ve babamla 6) Diğer…….

SAĞLIK / HASTALIK ÖZELLİKLERİ

8- Sigara kullanıyor musunuz?(Kullanıyorsanız ve bıraktıysanız kaç yıldır kullandığınızı belirtiniz)

1) Evet ……..yıl 2) Hayır

3) Bıraktım ……..yıl

9- Ne kadar süredir KOAH hastasısınız :…… yıl…….ay

10- Kendi sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?

1) İyi 2)Orta 3) Kötü

11- KOAH ile ilgili bilgi aldınız mı? Aldıysanız hangi kaynaklardan bilgi aldınız?

1) Bilgi almadım 2) Hemşire 3) Hekim

4) KOAH'lı bireyler 5) Kitapçık/Broşür/Basın 6) Diğer

12- Size önerilen aralıklarla, sağlık kontrollerinizi düzenli yaptırıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

13- İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz/ kullanıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

14- Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır 3) Bazen

15- Hastalığınıza uygun besleniyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

16- KOAH evresi……

(Hasta dosyasındaki hekim evrelendirmesi kullanılacaktır)

7.2.EK B: Hastalık Algısı Ölçeği

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

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

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

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

	1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum	2. Böyle düşünmüyorum	3. Kararsızım	4. Böyle düşünüyorum	5. Kesinlikle böyle düşünüyorum
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımım üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13.Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidisinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15.Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					

	1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum	2. Böyle düşünmüyorum	3. Kararsızım	4. Böyle düşünüyorum	5. Kesinlikle böyle düşünüyorum
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri var					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

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

OLASI NEDENLER	1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum	2. Böyle düşünmüyorum	3. Kararsızım	4. Böyle düşünüyorum	5. Kesinlikle böyle düşünüyorum
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (ırsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet –yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yasamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaslanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

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

1……
2……
3……

7.3.EK C: Gönüllü Bilgilendirme Formu

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

KOAH hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörleri incelenmek amacıyla bir yüksek lisans tezi yapmaktayım.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Daha sonra, size doldurmanız için bir form verilecektir. Çalışmamız bir anket formu ile gerçekleştiğinden herhangi bir risk taşımamaktadır. Bu çalışmaya, katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bize verilen tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Teşekkür ederiz.

Sorumlu araştırmacılar:

Yrd. Doç. Dr. Selda ARSLAN
S.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Şükrü EKENLER
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Katılımcının adı-soyadı: İmzası:

7.4.EK D: Etik Kurul Onayı

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

SAYI : 34967403- 30/06/2015

Yrd.Doç.Dr.Selda ARSLAN
(S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi)

19.06.2015 tarihli "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörler" 30.06.2015 tarihli Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Toplantısı'nda görüşülmüş olup; kurulun konu ile ilgili 2015/52 sayılı kararı ekte sunulmuştur.

Prof.Dr.Aliye MAVİLİ
Başkan

Adres: S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Alaaddin Keykubad Kampusü Selçuklu / KONYA Tel : 0332 2416211 Faks:0332 240 00 56

T.C
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARARI

Toplantı Sayısı: 06	**Toplantı Tarihi : 30.06.2015**

Karar Sayısı 2015/52 Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Selda ARSLAN'ın "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörler" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 19.06.2015 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra Yrd.Doç.Dr.Selda ARSLAN'ın "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörler" adlı araştırmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR
30/06/2015
Dolunay ALTINÖZEN
Sekreterya

7.5.EK E: Kurum İzni

KONYA

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

26/10/2015

SAYI : 33101875-900/22100
KONU : Yüksek Lisans Tez Çalışması

Sayın, Şükrü EKENLER
Hemşire

"Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklarında Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörler" adlı yüksek lisans tez çalışmanızı Hastanemiz Göğüs Hastalıkları Kliniğinde yapmanız, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 21.10.2013 tarih ve 303 sayılı yazıları ile uygun görülmüştür.

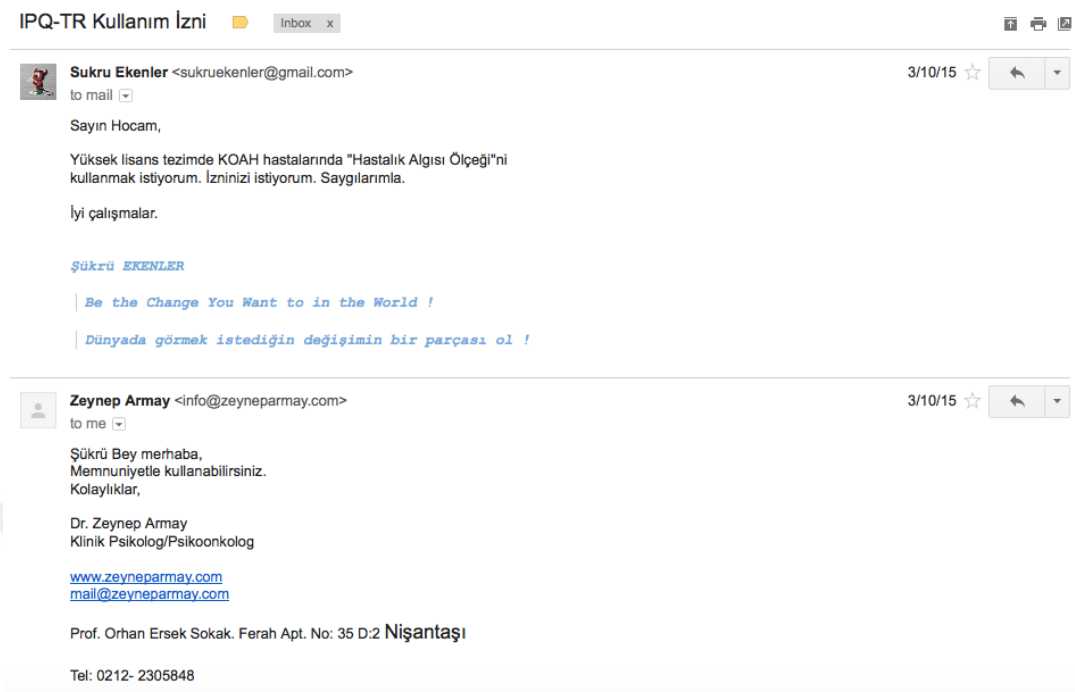
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Ahmet TEKİN
Başhekim

Adres: N.E.Ü. Meram Tıp Fak.Hastanesi, Akyokuş
42080-Meram / KONYA,
Tel: (0332) 223 60 08, Faks: (0332) 223 65 22
Web Adresi : www.meramtip.com.tr

K - Q TSE-ISO-EN 9000 | C.E TSE-ISO-EN 14000 | TSE ISG-OHSAS TS 18001 | TSE TS-ISO-IEC 27001 BGYS | M - C TSE - ISO 10002

7.6.EK F: Ölçek Kullanım İzni



IPQ-TR Kullanım İzni Inbox x

Sukru Ekenler <sukruekenler@gmail.com> 3/10/15
to mail

Sayın Hocam,

Yüksek lisans tezimde KOAH hastalarında "Hastalık Algısı Ölçeği"ni kullanmak istiyorum. İzninizi istiyorum. Saygılarımla.

İyi çalışmalar.

Şükrü EKENLER

Be the Change You Want to in the World !

Dünyada görmek istediğin değişimin bir parçası ol !

Zeynep Armay <info@zeyneparmay.com> 3/10/15
to me

Şükrü Bey merhaba,
Memnuniyetle kullanabilirsiniz.
Kolaylıklar,

Dr. Zeynep Armay
Klinik Psikolog/Psikoonkolog

www.zeyneparmay.com
mail@zeyneparmay.com

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

Tel: 0212- 2305848

8. ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Konya'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Konya'da tamamladı. 2013 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünden mezun oldu. Temmuz 2013 de Afyon Kocatepe Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ne atandı. Aralık 2013'de Afyon Kocatepe Üniversitesi'nden istifa etti. Ocak 2014 yılında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesine atandı. Ağustos 2016'da Meram Tıp Fakültesi Hastanesinden ayrıldı. Ağustos 2016 da Konya ili Akşehir İlçe Devlet Hastanesine atandı. Halen aynı kurumda çalışmaktadır. 2013 yılında Selçuk Üniversitesi Bilgisayar Mühendisliği bölümünü kazandı ve halen eğitimi devam etmektedir. Evli ve bir çocuğu vardır.