

**KOAH' LI HASTALARDA HASTALIK
ALGISININ YALNIZLIK VE STRESLE
BAŒETME ÜZERİNE ETKİSİ**

Canan KILIÇKAYA

Psikiyatri HemŒireliđi Anabilim Dalı

**Tez DanıŒmanı
Yrd. Doç. Dr. Sibel AŒI KARAKAŒ
Yüksek Lisans Tezi – 2013**

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KOAH'LI HASTALARDA HASTALIK ALGISININ
YALNIZLIK VE STRESLE BAŞETME ÜZERİNE ETKİSİ**

Canan KILIÇKAYA

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ**

**ERZURUM
2013**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KOAHLI HASTALARDA HASTALIK ALGISININ YALNIZLIK VE
STRESLE BAŞETMEYE ETKİSİ**

Canan KILIÇKAYA

Tez Savunma Tarihi : 02.12.2013

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç . Dr. Ayşe OKANLI (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI (Atatürk Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
Erzurum -2013

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. KOAH Tanımı.....	4
2.2. Epidemiyoloji.....	4
2.3. KOAH'da Risk Faktörleri.....	5
2.4. KOAH Belirtileri	5
2.5. KOAH'ta Tedavi	6
2.6. KOAH ve Hastalık Algısı	7
2.7. KOAH ve Yalnızlık.....	8
2.8. KOAH ve Stresle Başetme.....	10
2.9. KOAH ve Psikososyal Bakım.....	11
3. MATERYAL VE METOT	15
3.1. Araştırmanın Türü.....	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	15
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	15
3.5. Verilerin Toplanması	16
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	19

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	19
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA	29
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
KAYNAKLAR.....	40
EKLER	52
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	52
EK-2. ETİK KURUL KARARI.....	53
EK-3. BİLGİ FORMU.....	56
EK-4. HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ.....	57
EK-5. UCLA YANLIKLILIK ÖLÇEĞİ	57
EK-6. STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ.....	60

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimin süresince bana her zaman yol gösteren, her türlü desteğini bilgisini, vaktini ve yardımlarını esirgemeyen çok değerli danışmanım Sn. Yrd. Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ'a, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Anabilim Dalı öğretim üyeleri Sn. Doç.Dr. Ayşe OKANLI ve Sn. Yrd. Doç. Dr. Mine EKİNCİ'ye, Arő. Gör. Emine YILMAZ'a ve eşim Turgut KILIÇKAYA'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Canan KILIÇKAYA

ÖZET

KOAH'lı Hastalarda Hastalık Algısının Yalnızlık ve Stresle Başetme Üzerine Etkisi

Amaç: Bu çalışma KOAH'lı hastalarda hastalık algısının yalnızlık ve stresle başetme üzerine etkisini, belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi ve Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniklerinde 10.04.2013-15.08.2013 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında KOAH tanısıyla ilgili hastanelerde yatan araştırma kriterlerine uyan ve araştırmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur. Araştırma toplam 200 hastayla tamamlanmış olup evrenden örneklem seçimine gidilmemiştir. Verilerin toplanmasında 'Soru Formu', 'HAÖ', 'UCLA Yalnızlık Ölçeği' ve 'SBÇTÖ' kullanılmıştır. Veriler SPSS 16.0 paket programında değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların hastalığın başlangıcından beri en fazla soluk almada güçlük, yorgunluk, güç kaybı, ağrı, baş ağrısı, hırıltılı soluma ve kilo kaybı yaşadıkları belirlendi. Bu belirtilerin hastalıkları ile ilgili olduğunu belirttikleri tespit edildi.

Bu çalışma sonucunda hastaların hastalıkları hakkında olumsuz duygulara sahip oldukları ve hastalıklarını kontrol edemeyecekleri düşüncesinin hakim olduğu belirlendi. Hastaların büyük bir çoğunluğunun hastalığın uzun süreceğini, hastalığın geçici olmaktan çok kalıcı olduğunu ve yaşamının geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğine ilişkin görüşlere sahip oldukları belirlendi.

Hastaların yalnızlık ölçeğinin toplam puan ortalaması 37.45 ± 13.805 olup orta düzeyde yalnızlık yaşadıkları belirlendi.

Ölçeklerin arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda 'Hastalık Algısı' ile 'Yalnızlık' arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır ($p < 0.05$).

Hastaların hastalıklarıyla ilgili olumsuz algı arttıkça yalnızlık düzeyi artmakta ve stresle etkili başetme azalmaktadır.

Hastalık belirtileri arttıkça hastaların kullanmış olduğu etkisiz başetme yöntemlerinin arttığı, etkili başetme yöntemlerinin azaldığı belirlendi. Hastalık belirtilerinin yoğun olarak yaşanmasının hastaların direnme- mücadele gücünü ve iyimser düşünmesini azalttığı belirlendi.

Sonuç: Araştırma sonuçları doğrultusunda KOAH hastalarının hastalık algısının yalnızlık ve stresle başetme üzerinde etkili olduğu görüldü.

Anahtar kelimeler: Hastalık algısı, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), Stresle Başetme, yalnızlık

ABSTRACT

Perceptions of Disease in Patients With COPD Loneliness and Coping With Stress Effects on

Aim: The purpose of this study is made to describe the effect of perception of illness in coping with stress and loneliness on patients with COPD.

Material and Method: The study was made between 10/04/2013 and 15/08/2013 dates at Atatürk University Research Hospital and Erzurum Zone Education and Research Hospital in chest diseases clinics.

The population of study are constituted patients with a diagnosis of COPD and accepting the study between 10/04/2013 and 15/08/2013 dates. A total of 200 patients completed the study and sample selection was not taken from the universe. The collections of data are included "Questions Forms" "PIS (The Perception of Illness Scale)" and "LC (UCL Loneliness Scale)" and "CSS (The Coping with Stress Scale)". Datas were evaluated with SPSS 16.0 programme.

Results: It was determined that patients have difficulty in breathing, fatigue, loss of strength, pain, headache, wheezing, weight loss since the beginning of the disease and patients said that these symptoms are related to their diseases.

It was seen that patients have negative feelings about their diseases and it is so common that these patients think they can't control their diseases. It was found that the majority of patients think their diseases will last for long, and these diseases are permanent rather than being temporary and they are going to have them in the rest of their life spans.

The average total point is 37.45 ± 13.805 in loneliness scale and it means that patients are alone in middle level.

The analysis of the correlation showed that there is a positive significant relationship between the perception of illness and loneliness ($p < 0.05$).

When the patients have more pessimistic perceptions on their diseases, they have a higher level of loneliness and coping with stress efficiently decreases.

It was found that when the symptoms of the diseases increase, coping with inefficient the methods rise. It was seen that living symptoms densely decreases patients' the power of resistance-struggle and their the thinking optimistic.

Conclusion: COPD patients' perception of disease was seen to be effective loneliness and the coping with stress.

Key Words: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), loneliness, the perception of disease, the coping with stress

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
HAÖ	: Hastalık Algısı Ölçeği
SBÇTÖ	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
KGY	: Kendine Güvenli Yaklaşım
İY	: İyimser Yaklaşım
SDA	: Sosyal Destek Arama
ÇY	: Çaresiz Yaklaşım
BEY	: Boyun Eğici Yaklaşım
COPD	: Chronic Obstructive Pulmonary Disease
AAT	: Alfa-1 antitripsin
BOLD	: Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	20
Tablo 4.2. Hastalık Algısı Ölçeğinin Hastalık Tipi Alt Boyutu: Hastalık Belirtileri ve Belirtilerin Hastalıkla İlişkilendirmesi.....	21
Tablo 4.3. HAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	22
Tablo 4.4. KOAH'lı hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeğine Göre Yalnızlık Düzeyleri....	23
Tablo 4.5. UCLA Yalnızlık Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamaları	23
Tablo 4.6. Stresle Başa Çıkma Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamaları	24
Tablo 4.7. Hastalık Algısı ile Yalnızlık Puan Ortalamalarının Dağılımı	24
Tablo 4.8. HAÖ ile SBÖT Arasındaki İlişki	26

1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar; ilerleyici, fonksiyonları zayıflatan, tekrarlayıcı belirtileri olduğu için, bireylerin yaşam düzeninde değişikliğin sürekli olduğu, hastalıkla ilişkili uyum için gayret ve istek gerektiren sağlık sorunlarıdır.¹⁻³ Solunum sisteminin kronik hastalıkları, bireylerde ciddi şekilde sınırlılık ve yetersizliğe yol açtıkları, ölüm oranını etkilediği için önemli hastalıklar olarak kabul edilir. Solunum sistemi hastalıklarından en yaygın olanı Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) dır.^{4,5}

KOA tüm dünya ülkelerinde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir ve prevalansı giderek artmaktadır.⁶⁻¹² Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 verilerine göre KOA, ölüm nedenleri arasında beşinci sıradadır ve KOA'nın, 2030 yılında 3. ölüm nedeni haline gelmesi beklenmektedir.¹³

KOA hastaları için kronik bir hastalığa sahip olmanın yanı sıra, bu hastalığın tedavisinde karşı karşıya kalınan pek çok kısıtlama ve yoğun fiziksel-psikososyal sıkıntılar ortaya çıkmaktadır.¹⁰ Hastanın hastalığını nasıl algıladığı yaşanan bu sorunların artmasında ya da azalmasında, önemli bir etkendir.¹⁴

Kronik hastalıklarda hastalığa verilen tepkiler, bireylerin bu hastalığı algılayışına, konu ile ilgili inanışlarına, tedavinin tipi ve yoğunluğuna, bilgilerine ve ortaya çıkan fizyolojik değişikliklere göre değişir. Hastalık, hastanın rahatsızlığını algılaması ve hastalığı ile ilgili sahip olduğu deneyimler ile şekillenir. Her hastanın hastalık algısı ve mevcut semptomların hasta için taşıdığı anlamlar farklılık gösterir. Hastalığı değerlendirme kültürden kültüre farklılık gösterir. Hastalık algısı, hastaların kişisel deneyimlerinden, bilgilerinden, değerler ve inançlarından etkilenir.¹⁵⁻¹⁹

Hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişki üzerine yapılan araştırmalara göre, hastalığın gidişinin iyi olmasının yüksek içsel kontrol algısıyla

ilintili olduğu bulunmuştur.^{20,21} Bu sonuçlar fiziksel hastalık yaşıyan kişilerin optimum tedavisi için hastalığa atfettikleri anlamı öğrenmenin önemini ortaya koymaktadır.^{13,22}

Hastalarda yalnızlık duygusu, gelecekle ilgili planlarının ne olacağı, yaşantılarının ne şekilde etkileneceğini bilmeme sonucunda gelişmekte, bozulan eş ve aile ilişkilerine bağlı olarak bireyin varolan sosyal ilişkisi ile arzuladığı ilişkisi arasındaki tutarsızlık sonucu hoş olmayan öznel ve psikolojik bir durum olarak göze çarpmaktadır. Eğer hastanın sahip olduğu ilişki hastayı tatmin etmiyorsa kendini yalnız hissedecektir.^{23,24}

KOAH önemli iş gücü kaybına, erken emeklilik ve toplum hayatından soyutlanmaya neden olmaktadır. Bu durum hasta için stres kaynağı olmaktadır. Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi KOAH da yol açtığı organda işlev bozukluğu yanında, solunum güçlüğü, fiziksel enerji kaybı, uyku ve dinlenme süresinin azalması, fiziksel hareketlilik kısıtlılıkları sosyal etkileşimde sınırlılıklar, sürekli ilaç kullanımı, rol değişiklikleri, ekonomik sorunlar, hastaneye bağımlılık gibi faktörler sebebiyle geleceğe dair endişeleri arttırır, strese yol açar.¹¹

Stresin var olması ile beraber stresle başa çıkma süreci de kaçınılmazdır. Başa çıkma bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanmaktadır. Başa çıkma süreci başarılı ise stres kontrol altında demektir. Eğer başarısızsa, ruhsal ve fiziksel sağlık sorunları ile sosyal ilişkilerde zararlı sonuçlarının olması muhtemeldir.^{15,25,26}

KOAH'da oksijene sürekli duyulan ihtiyaç, diyet, ilaç kullanımı, sık hastaneye yatış, gelecek hakkında belirsizlik, sosyal yaşamın kısıtlanması, bağımsızlığını kaybetme düşüncesi ve rol değişiklikleri gibi pek çok kısıtlama; hastalarda yalnızlık, stresle baş edememe ve umutsuzluk gibi psikososyal sorunların yaşanmasına neden

olmaktadır.²⁶ Bu sorunların diğerkronik hastalıklara göre daha fazla görülmesi hastaların kendilerini daha yalnız ve depresif hissetmelerine neden olmaktadır.^{27,28} KOAH hastalarında anksiyete ve depresyon en sık karşılaşılan psikolojik sorunlardır ve genellikle tespit ve tedavi edilmemiştir.^{29,30}

KOAH'lı hastaların stresle başatme gücünün arttırılmasında, kaygı ve depresif belirtilerin azaltılmasında, hastanın gereksinimlerini tanımak, bu gereksinimleri saptamak, olası riskleri belirlemek ve hastanın yeni yaşam biçimine uyumu için hastaya eğitim vermek konusunda hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir.³¹

Hastalarda hastalık şiddetinden çok, hastalık algısının tedaviye verilen psikososyal tepkiyi belirlediği bildirilmiştir. Bireyin hastalık hakkında ki bilgisinin yeterli olması başatmesini kolaylaştıracağından, felaketçi algılamayı engelleyeceğinden dolayı hastalık hakkında ki tepkilerini de olumlu etkileyecektir. Bu sonuçlar fiziksel hastalığı olan kişilerin etkin tedavisi için hastalığı nasıl algıladıklarını öğrenmenin önemini ortaya koymaktadır.³²

Yurt dışında ve ülkemizde KOAH'lı hastalarda hastalık algısının yalnızlık ve stresle başatme üzerine etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamış, yalnızlığı inceleyen az sayıda çalışmaya rastlanmıştır.^{25,33} Bu nedenle bu çalışma KOAH'lı hastalarda hastalık algısının, yalnızlık ve stresle başatmeye etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KOAH Tanımı

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) kronik bronşit ve amfizemin neden olduğu hava akımı obstrüksiyonu ve hava akımında azalma ile karakterize bir hastalık olarak tanımlanır. Hava akımı kısıtlaması genellikle ilerleyici nitelikte olup akciğerlerin zararlı pertikül ve gazlara karşı anormal inflamatuvar cevabına bağlıdır.³⁴⁻³⁹

KOAH bireylerin yaşamını fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal ve ekonomik olarak çok yönlü etkileyen, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklara neden olan ve dünya genelinde önde gelen ölüm nedenleri içinde yer alan bir hastalıktır.^{1,3,40}

2.2. Epidemiyoloji

KOAH'ın yeterince bilinmemesi ve hastaların ileri evrelere gelene kadar semptomların hafif olması nedeniyle doktora müracaat etmemeleri, bildirimlerin gerçeğin önemli ölçüde altında olmasına neden olmuştur.⁴

1996'da, 16 milyon KOAH hastasının bulunduğu bildirilmiştir. Ancak, gerçek sayının 22 milyon civarında olduğu tahmin edilmektedir. Dünya sağlık örgütü'ne (DSÖ) göre 2000 yılında tüm dünyada yaklaşık 2.75 milyon kişi KOAH nedeniyle ölmüştür.¹³

Türkiye'de bu konuda yapılan ilk çalışmalardan olan 1976 yılında Ankara Etimesgut bölgesinde yapılan bir çalışmada 40 yaş üstündeki KOAH prevalansı %13.6 olarak bildirilmektedir.²¹ 2004 yılında Adana ilinde yapılan BOLD çalışması 40 yaş üstü yetişkinlerin %19.6'sında KOAH olduğunu göstermiştir.⁴¹ Günen ve ark.⁴² Malatya ilindeki KOAH prevalansını incelemek için 1160 katılımcı ile yaptıkları çalışmada %6.9'unun KOAH'ının olduğunu belirlemişlerdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 verilerine göre KOAH, ölüm nedenleri arasında beşinci sıradadır ve KOAH'ın, 2030 yılında 3. ölüm nedeni haline gelmesi beklenmektedir.¹³

2.3. KOAH'da Risk Faktörleri

KOAH gelişiminde rol oynayan risk faktörleri karmaşık bir şekilde birbirleriyle ilişkilidir.

KOAH 'da risk faktörleri

- ✓ Genler
- ✓ Tütün dumanı
- ✓ Mesleki tozlar(organik ve inorganik),
- ✓ İç ortam hava kirliliği
- ✓ Dış ortam hava kirliliği
- ✓ Akciğerin büyümesi ve gelişmesi
- ✓ Oksidatif stres
- ✓ Cinsiyet
- ✓ Yaş
- ✓ Solunumsal enfeksiyonlar
- ✓ Sosyoekonomik durum
- ✓ Beslenme
- ✓ Ek hastalıklar
- ✓ Alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliği ^{13,21,43-47}

2.4. KOAH Belirtileri

KOAH'ın en önemli semptomları öksürük, balgam çıkarma ve efor dispnesidir. Bu belirtileri olan ve/veya hastalıkla ilgili risk faktörlerine maruz kalan hastalarda KOAH tanısı düşünülebilir.^{36,48} Zaman zaman KOAH hastalarında hemoptizi ve göğüs ağrısı şikayeti olabilir. Hemoptizi genellikle inflamasyonlu hava yollarından kaynaklanır. Göğüs ağrısı, genellikle hastalığın kendisine bağlı olmayıp pnömotoraks veya pulmoner emboli gibi komplikasyonlar sonucu ortaya çıkar. KOAH'ta bazen akut

alevlenme dönemlerinde wheezing (hışıltılı solunum) işitilebilir. Hastalık ilerleyip hipoksemi geliştiğinde semptomlara siyanoz da eklenir. Hastalığın ileri döneminde anoreksi, iştahsızlık ve kilo kaybı gelişir.^{14,17,49}

KOAH hastalarında kas kitlesinin azalması, solunum kası fonksiyonunu, ekstremiteler kası fonksiyonunu ve dolayısıyla egzersiz kapasitesini ve yaşam kalitesini azaltmaktadır.³

2.5. KOAH'ta Tedavi

KOAH ilerleyici ve irreversibl bir hastalık olduğu için hastanın tedaviye uyumu ile yaşam kalitesinin artırılması sağlanmalıdır. Stabil KOAH tedavisinde hedef; hastanın semptomlarını gidermek, egzersiz toleransını artırmak, sağlık durumunu iyileştirmek, alevlenmeleri önlemek, mortaliteyi azaltmak, komplikasyonları önlemek ve tedavi etmek olmalıdır. Hastalığın erken tanısı ve tedavisi, hastalığın ilerlemesini önlemek açısından etkili olduğu gibi, hastalığın ileri evrelerine eşlik eden morbidite ve mortalitenin önlenmesi, doğrudan ve dolaylı maliyetinin azaltılabilmesi açısından da önemlidir.^{16,39,50,51}

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. KOAH'lı hastalarda sigara bırakmanın sağlanması tedavilerinin en önemli bölümüdür. Sigara içmeyi sürdüren tüm KOAH hastalar, her fırsatta sigarayı bırakmaya özendirilmeli ve yardım sağlanmalıdır. Farmakolojik tedavide bronkodilatörler, kortikosteroidler kullanılmaktadır. İlave olarak gerekli olduğu durumlarda AAT tedavisi, antibiyotikler, antidepresanlar, mukolitik ve ekspektoranlar kullanılmaktadır. Kısa etkili ilaçlarla sorunları süren hastalarda belirtileri

kontrol etmek ve egzersiz kapasitesini geliştirmek için, uzun etkili bronkodilatörler kullanılmalıdır. Uygun tüm hastalara solunumsal rehabilitasyon yapılmalıdır. ^{16,39,50-53}

2.6. KOAH ve Hastalık Algısı

Hastalık algısı, bireylerin bir hastalık veya semptomla ilgili inanç ve beklentilerinin yansımasıdır. Hastalar herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında, genellikle kendi durumları hakkında çeşitli inanışlar geliştirirler. Bu inanışlar hastaların tıbbi bilgilerine veya aynı semptomlara ya da tanılara sahip olan aile bireylerinin kişisel deneyimlerine dayanır. Bu inanışlar hastalığın yönetimi için davranışın kilit noktalarını oluşturur. Hastalık hakkında hastaların algılarının ve fikirlerinin değişimi, tedaviye yanıtta da değişmeye yol açan dinamik bir süreçtir. Bu hastalık algısı veya bilişsel ifadeler bireyin hastalığa verdiği duygusal yanıtı ve tedaviye uyumu gibi davranışları doğrudan etkiler.^{18,24}

Hastanın hastalık hakkında bilgisi hastanın vereceği tepkiyi etkileyen önemli bir faktördür. Bireyin hastalık hakkında bilgisinin yeterli olması baş etmesini kolaylaştıracığından, felaketçi algılamayı engelleyeceğinden dolayı hastalık hakkındaki tepkilerini de olumlu yönde etkileyecektir. Bilginin yetersiz olması ya da bilgi verilmemesi anksiyete düzeyinin artmasına neden olur, bu da hastanın tedaviye uyumunu güçleştirir, dolayısıyla iyileşmesini geciktirir.^{19,54}

Hasta hastalığı hak ettiği ya da etmediği bir ceza olarak algılayabilir. Bu durumda sıklıkla depresyon, öfke veya utanç biçiminde duygusal tepkiler ortaya çıkar. Burada en önemli sorun suçluluk duygusunun varlığı ve derecesidir. Eğer hasta hastalığı gerçekten günah işlemenin cezası olarak algılsa genellikle pasif konumda olur, iyileşme girişiminde bulunmayabilir. Tam aksine hastalığı hak edilmemiş bir ceza olarak görürse, öfke ve kin içeren, kavgacı, şüpheci davranışlar sergileyebilir. Klinik uygulamada bu anlamlardan birini hastanın niçin geliştirdiğini daha iyi anlamak

gereklidir. Neden olan faktörler kişisel (kişilik, geçmiş deneyimler, ruhsal durum), kişilerarası (aile üyelerinin desteği, tedavi ekibiyle ilişki), hastalıkla ilgili faktörler, sosyokültürel ve ekonomik olarak sınıflandırılabilir.^{18,19,54}

Hastanın hastalığa duygusal tepkisi onun hastalığa yüklediği anlama bağlı olduğu gibi duygusal tepki biçimi de yüklenen anlamı etkiler. Bazı hastalar duygusal güçlükleri azaltmak için etkisiz başa çıkma yöntemlerini kullanabilirler. Sonuçta bu, hastalığın süresini ve sonucunu etkiler.¹⁵

KOAH hastaları için kronik bir hastalığa sahip olmanın yanı sıra, bu hastalığın tedavisinde karşı karşıya kalınan pek çok kısıtlama ve yoğun fiziksel-psikososyal sıkıntılar ortaya çıkmaktadır. Tedavi merkezine bağımlılık, diyet, ilaç kullanımı gibi pek çok kısıtlama ve anksiyete, depresyon, gelecek hakkında belirsizlik, sosyal yaşamın kısıtlanması, bağımsızlığını kaybetme düşüncesi, rol değişiklikleri, üzüntü ve umutsuzluk gibi psikososyal sorunların yaşanmasına neden olmaktadır. Hastanın hastalığını nasıl algıladığı yaşanan bu sorunların artmasında yada azalmasında önemli bir etkidir. Kronik hastalıklar hastanın hastalığına, hastalığı nasıl algıladığına, hastalığın yol açtığı güçlüklerle ilgili olarak kişinin denge ve uyumunu etkilemektedir. Bu nedenle hastalığın nasıl algılandığı yaşanan sorunların anlaşılması ve uygun girişimlerin planlanması için önemlidir. KOAH tedavisinin amaçlarından biri de hastanın hastalığını tanıması ve tedaviye etkin katılımını sağlamaktır. Be nedenle KOAH'lı hastalarda tedavi programını belirlemede hastalık algısının bilinmesi önemlidir.^{20,28,29}

2.7. KOAH ve Yalnızlık

İnsanlar yaşları ve sosyal durumları ne olursa olsun yaşamlarının belli dönemlerinde yalnızlık yaşayabilirler. Yalnızlık, sosyal ilişkilerde beklenen düzey ile gerçeklerin birbirine uymamasından kaynaklanmaktadır. Eğer bireyin sahip olduğu

ilişki bireyi tatmin etmiyorsa kendini yalnız hissedecektir. Bir insanın tek başına yaşaması gibi somut yalnızlık, çevresi tarafından dışlanma sonucu yaşanan yalnızlık, kişinin önemli durumlarda ve sosyal yetersizlik olduğunda ortaya çıkan yalnızlık, insanın kendini anlaşılmamış ve kimsesiz hissettiği gerçek yalnızlık gibi farklı yaşantıların tümü 'yalnızlık' olarak isimlendirilebilir. Bu bağlamda yalnızlık da bireyin yaşamda göreceli olarak yaşayabileceği duygulardan biridir.^{23,55,56}

KOAH'ta hastalık sürecinin ilerlemesiyle bağımlılığın artması, sosyal aktivitelerin kısıtlanması hastaların aile ve toplum içinde beklenen rollerini yerine getirmekte zorlanmalarına, anksiyete, depresyon görülme sıklığının ve sosyal destek gereksinimlerinin artmasına neden olmaktadır. Akut alevlenmeler nedeniyle tekrarlayan hastane yatışları; hastaların kendi doğal ortamlarından uzaklaşmalarına, kendini diğer bireylerden farklı algılamalarına ve yalnızlık yaşamalarına neden olmaktadır. KOAH, yaşamı tehdit edebilen, kişiye otonomisini kaybettirebilen, hastanın en önemli aktivitelerinin veya ilişkilerinin değişmesine neden olabilen, dolayısıyla fiziksel ve ruhsal açıdan uyum gerektiren zorlu bir hastalıktır. Örneğin, hastalığın ilerleyen dönemlerinde hastanın ev dışı aktivitelere katılımı sınırlanır, ilişkiler ya telefona bağlı hale gelir ya da tamamen kesilir. Bu izolasyon riski, özellikle yalnız yaşayanlar için önemlidir.^{24,25}

KOAH hastalarının, aile üyeleri, arkadaşları ve tanıdıkları tarafından dışlandıkları hissi, yalnızlık, terk edilmişlik hissi, depresyon ve anksiyete, kısıtlılıklarına bağlı olarak da gelecek hakkında belirsizlik ve kaygı yaşadıkları yapılan çalışmalarla bildirilmiştir. KOAH'ta ortaya çıkabilecek yalnızlık duygusunun belirlenmesi için hastaların sözel ve davranışsal ipuçlarının iyi değerlendirilmesi gereklidir. Bu nedenle hemşirelerin etkin dinleme, gözlem, empati ve analiz yapabilme becerilerini

kullanmaları ve bakım verdikleri hastalara bütüncül yaklaşımda bulunmaları gerekmektedir. Bireyin duygularını ifade etmesine olanak sağlanmalıdır.^{57,58}

2.8. KOAH ve Stresle Başetme

Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur. Bireylerin strese karşı vermiş oldukları bedensel tepkileri aynı basamaklardan geçmesine karşın, psikolojik düzeyde olaylar kişilik ve çevre gibi bireysel koşullara bağlı birçok değişiklik göstermektedir. Bu farklılıklara bağlı olarak her bireyin stresle başa çıkma tarzı da farklı olmaktadır.²⁶

Stresle başa çıkma, bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanmaktadır. Başa çıkma süreci başarılı ise stres kontrol altına alınabilmekte; başarısızsa, ruhsal ve fiziksel sağlık sorunları ortaya çıkabilmektedir.⁵⁹ Sağlığın kaybı ya da tehdidi bireyden bireye değişmekle birlikte, yoğun strese neden olmakta ve başa çıkmayı zorlaştırmaktadır. Bedensel hastalıklara psikiyatrik bozukluklar da eşlik etmektedir. Kronik hastalıklarla gelen sakatlık ve kısıtlamalar uyum ve adaptasyon gerektiren bir stres kaynağıdır.⁶⁰ KOAH'lı hastalarda da tedavi süresinin ve hastanede yatışın uzun olması ve sosyal izolasyon hastalarda depresyon, stres, anksiyete gibi psikiyatrik bozukluklara sebep olmaktadır. Hastaların yaşadıkları streslerle başa çıkma yetenekleri, aile ve hastanın tedaviye ve hastalığa uyumlarını arttırarak, hastanın bağımsız yaşamasını, sağlık ve tedavi hakkında iç görüş kazanmasını da sağlayabilmektedir. Başa çıkma tutumları hastalık ile ilgili sorunlarında, sosyal ilişkilerinde ve iş yaşantısında işe yarayabilirken iyi baş etme tutumları aynı zamanda bireyin uyumunu ve işlevselliğini olumlu yönde etkileyebilir.⁶¹

2.9. KOAH ve Psikososyal Bakım

Kronik hastalıklar tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen, hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem, destek ve bakım gerektiren durumlardır. Kronik hastalığı olan hastalarda üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, bağımlı olma endişesi, beden imajı değişikliği ve yaşam tarzında bozulma, depresif görüntü ve sosyal izolasyon gibi psikososyal problemler ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle kronik durumların yönetimi, fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psikolojik ve sosyal sorunların yönetimini de kapsamaktadır. Psikososyal bakımda hemşirenin rolü, hasta ve ailenin yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamasına yardım etmek, uyumsuzlukları önlemek ve hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını artırmaktır.⁶²

Hipoksi, hiperkapni, hiperventilasyon ve solunum yetmezlikleri doğrudan beyin işlevlerini etkilemekte, kaygı ve korkuya neden olmaktadır. En yaygın psikiyatrik bozukluk olan kaygı hiperventilasyona yol açar; hasta dispne yaşadığı zamandan daha çok endişe duyar ve korku gelişir. Solunum sistemi hastalıklarında uyum güçlükleri, kaygı bozuklukları, panik bozukluk, depresyon, kişilik değişiklikleri görülür. Aynı zamanda solunum sistemi hastalıklarının tedavisinde kullanılan bronkodilatör, semptomimetik ve dekonjestanlar da kaygı, depresyon ve psikotik semptomu yol açmaktadır.⁴⁹

Kronik hastalıklarda psikolojik tedavi ve bakım, genel tedavi ve bakımın ayrılmaz bir parçası.⁴⁹ Psikososyal tedavi ve bakımın odak noktası, hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını artırmaktır.⁶³ Kronik hastalıklar

bireylerin yaşamını her açıdan etkilediği için sağlık çalışanları tarafından uzun süreli olarak izlemi gerektirmektedir.⁶⁴ Psikolojik bakım dört düzeyde ele alınmaktadır.⁶⁵

Psikolojik bakımın ilk düzeyi: Bu düzey temel iletişim ve tanılama becerileridir. Psikososyal problemlerin en aza indirilebilmesi için iyi bir iletişim esas noktayı oluşturur.⁴⁹ İyi bir iletişim hastanın bilgisini, anlamasını ve hatırlamasını artırır. Bunun yanı sıra anksiyeteyi azaltır ve bakımla ilgili memnuniyeti artırır.⁶⁶ Hasta ile sağlık personeli arasındaki ilişki “güven” üzerine temellenir. İlişkide açık, dürüst, anlayışlı ve saygılı davranılırken, hastanın “sözel olmayan” (beden dili ve yüz ifadesi) davranışlarının farkında olunmalıdır. Kişinin hastalığı ve tedavisi hakkındaki algısı, inançları ve endişeleri anlaşılmalı çalışılmalıdır. Açık uçlu sorular sorarak hastanın görüşleri araştırılmalı, sorularını tartışmaya fırsat verilmeli, kendi sağlığının yönetiminde aktif katılımı kolaylaştırılmalı ve cesaretlendirilmelidir.^{49,66}

Psikososyal bakım uygulamasında “aktif dinleme” çok önemlidir. Zayıf iletişim ve yetersiz bilgilendirme, hastanın tedaviye uyumunun bozulmasının ve önerilere uymamasının en yaygın nedenlerindedir. Hastayla kurulan ilişkide kısacası, görmeksizin bakmaktan, işitmeksizin dinlemekten, hissetmeksizin dokunmaktan, farkında olmaksızın davranmaktan, anlamaksızın konuşmaktan sakınılmalıdır.^{49,67}

Hemşire, hastaların psikososyal durumunu periyodik olarak sorgulamalı, geçerli ölçümlerle değerlendirmelidir. Hemşirelerin psikososyal bakımda hastanın bireysel gereksinimleri ile ilgili kaynak sağlayabilme ve eğitim verme gibi rolleri vardır.⁹¹ Bu bağlamda “bilgi verme” diğer önemli bir beceridir.⁶²

İkinci düzeydeki beceriler: Hasta ve ailesinin yaşadığı stresle baş etme yeteneğini arttırmayı, duygularını ifade etmeleri için cesaretlendirmeyi ve hastayla terapötik ilişki kurabilmeyi içerir.⁶²

Hasta ve ailesini bakıma dahil etme, psikososyal problemlerin yönetiminin önemli bir parçasıdır.⁶⁶ Hasta, hastalık ve hastaneye yatış sonrası günlük yaşamında sıklıkla kullandığı sorun çözme yöntemlerini kullanamayabilir ya da bu baş etme yöntemleri yetersiz kalabilir. Bu nedenle öncelikle hastanın kullandığı baş etme yöntemleri tanımlanmalı ve uyuma dönük, etkili baş etme yollarını kullanması öğretilmelidir.⁴⁹

Üçüncü düzeydeki beceriler: Sorun çözme becerileri, anksiyete ile baş etme teknikleri gibi amaç-yönelimli ve kısa-sürelili özelleşmiş becerilerdir. Hemşirelerin, hastaların bazı psikolojik problemleriyle uğraşmada yeterli olmalarını gerektirir.⁶²

Dördüncü düzeydeki beceriler; Bilişsel terapi, davranışçı yöntemler, aile terapisi gibi psikolojik tedavileri içeren, bunun için terapistin özelleşmiş eğitim alması ve konusunda uzman bir terapistten danışmanlık alması gereken yaklaşımlardır.^{49,62}

Hemşirelik girişimlerinin amacı, hastayı elindeki olanaklarla en sağlıklı şekilde hayatını devam ettirmesi için eğitmek ve sağlık potansiyelini yükseltmektir. Hemşireler, hastaların fiziksel ve ruhsal iyi oluş halinin devamından sorumlu olan; hastalara bilgi sağlamada ve danışmanlık yapmada anahtar roldedirler.^{68,69}

KOAH bireyin yaşam kalitesini de olumsuz etkilediğinden; kronik bir hastalığa sahip olan KOAH'lı bireyin bakımında hastanın bütüncül olarak ele alınması, bireyin fiziksel durumu gibi ruhsal durumunun da belirli aralıklarla değerlendirilerek ruhsal sorunların erken dönemde belirlenmesi ve ruhsal sorunların önlenmesinde önemli bir etkisi olan sosyal destek düzeyinin değerlendirilmesi gerekmektedir.^{7-8,61}

Hemşirenin KOAH hastalarına anksiyete giderici eğitimler verme, korkularını paylaşmalarını sağlama, nefessizlik hissi ile baş edebilmelerine yardımcı olma ve yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik girişimlerde bulunma gibi birçok fonksiyonları bulunmaktadır. Bunların yanında KOAH'lı hastalara bakım veren hemşirelerin

danışmanlık becerilerini geliştirme işlevi bulunmaktadır. KOAH'lı hastalarla çalışan hemşirelerin de hastaların günlük yaşamını olumsuz etkileyen faktörleri, bunları algılayış biçimlerini ve başa çıkma yöntemlerini belirleyerek uygun hemşirelik müdahalelerini yapması gerekmektedir.⁷

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma KOAH'lı hastalarda hastalık algısının yalnızlık ve stresle başetmeye etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi ve Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniklerinde 10.04.2013-15.08.2013 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde ve Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde KOAH tanısıyla 10.04.2013-15.08.2013 tarihleri arasında yatarak tedavi gören hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın evrenini Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde 86 hasta, Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde 160 hasta oluşturmuş olup 46 hasta iletişim kuramama, hastaların araştırmaya katılmayı kabul etmemesi ve araştırma tamamlanmadan taburcu olması sebepleriyle araştırmaya dahil edilmemiş araştırma toplam 200 hastayla tamamlanmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- ✓ 18 yaş üstü olan,
- ✓ İletişim kurabilen,
- ✓ Psikolojik bir rahatsızlığı olmayan,
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırmaya alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Hastalık Algısı ölçeği puanı

Bağımlı Değişken:

- Yalnızlık ve Stresle Başetme Ölçek puanları

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan ve hastaların sosyodemografik özelliği ve hastalığa ait bilgileri içeren “Soru Formu”, “ Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)”, “ Ucla Yalnızlık Ölçeği” ve “ Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği (SBÇTÖ)” kullanılarak toplanmıştır. Veriler araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra klinikteki uygun bir görüşme odasında hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Tanıtıcı bilgi formu ve anketlerin uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

Veri Toplama Araçları

a) Soru Formu

Soru formu, hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, sosyal güvence, çalışma durumu, toplam aylık geliri, birlikte yaşadığı kişiler, mekan, hastalık süresi ile ilgili bilgileri içeren 11 sorudan oluşmaktadır **(EK-3)**.

b) Hastalık Algısı Ölçeği

Hastalık Algısı Ölçeği 1996 yılında Weinman⁷⁰ tarafından geliştirilmiş ve 2002 yılında Moss Morris ve ark.⁷¹ tarafından gözden geçirilmiştir. Bu çalışmada Hastalık Algısı ölçeğinin gözden geçirilmiş versiyonu kullanılmıştır. Hastalık Algısı Ölçeği yapı olarak belirtiler (kimlik boyutu) , algı ve nedenler olarak üç bölümden oluşur. Algı bölümü, 5’li Likert tip ölçüm kullanan (Kesinlikle böyle düşünmüyorum-kesinlikle böyle düşünüyorum), 38 sorudan oluşmakta ve yedi alt ölçek içermektedir. Bunlar; süre (akut/kronik), süre (döngüsel), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Kimlik boyutu evet/hayır cevaplarını arayan şekilde düzenlenmiştir. Nedenler bölümü 5’li Likert tip ölçüm kullanan (Kesinlikle böyle düşünmüyorum-kesinlikle böyle düşünüyorum) 18 soru

içermektedir. Ölçeğin sonunda kalitatif değerlendirmeye imkan vermek üzere kişinin hastalığın en önemli nedeni olarak gördüğü faktörleri yazması istenmiştir. Ülkemizde geçerlilik güvenirlik çalışması 2006 yılında Armay¹⁸ tarafından gerçekleştirilmiştir. (EK-4). Bu çalışmada cronbach alfa iç tutarlılığı 0.95 olarak bulundu.

c) UCLA Yalnızlık Ölçeği

UCLA yalnızlık ölçeği 10'u düz, 10'u ters yönde kodlanmış 20 maddeden oluşmaktadır. Bireylerden maddelerde yer alan durumları ne sıklıkla yaşadıklarını dördümlü Likert tipi ölçek üzerinde belirtmeleri istenmektedir. Ölçek olumlu yöndeki ifadeleri içeren maddelere,

- “hiç yaşamam” 4,
- “nadiren yaşarım” 3,
- “bazen yaşarım” 2,
- “sık sık yaşarım“ 1 puan;

Olumsuz ifadeleri içeren maddelere ise bunun tam tersi olarak,

- “hiç yaşamam” 1,
- “nadiren yaşarım” 2,
- “bazen yaşarım” 3,
- “sık sık yaşarım” 4 puan verilerek puanlanmaktadır.

Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça yalnızlık düzeyi de artmaktadır. Bireylerin aldıkları toplam puanlara göre 20-34 puan alan bireyler ‘düşük’ derecede, 35-48 puan alanlar ‘orta’ derecede, 49 ve üstünde puan alanlar ‘yüksek’ derecede yalnız olarak değerlendirilmektedir. Ülkemizde geçerlilik güvenirlik çalışması 1989 yılında Demir tarafından gerçekleştirilmiştir.²³ (EK-5) Bu araştırma için Cronbach alfa iç tutarlılığı 0.95 olarak bulunmuştur.

d) Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Folkman ve Lazarus⁷² tarafından geliştirilen ve orijinal adı “Ways of Coping Inventory-WCI” olan Türkçede ise Stresle başa çıkma tarzları olarak adlandırılan ölçek, bireylerin genel veya belirgin stres durumları ile başa çıkma yollarını belirleyen ifadeleri içermektedir. Ölçeğin ülkemizde ilk standardizasyon çalışması 1991 yılında Siva tarafından gerçekleştirilmiş ve ölçek Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) adı ile kullanılmaya başlanmıştır.⁴⁹ SBTÖ ile ilgili diğer bir faktör analizi çalışması 1992 yılında Şahin ve arkadaşları tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış ülkemiz için de güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu belirtilmiştir.⁵³ Bu ölçeğin probleme yönelik etkili yollar ile duyguya yönelik etkisiz yollar olarak isimlendirilebilecek iki boyutu vardır. Bu iki boyut “kendine güvenli”, “iyimser”, “çaresiz”, boyun eğici yaklaşımlar” ve “sosyal desteğe başvurma” adı verilen 5 faktörde yansımaktadır. Toplam 30 maddeden oluşan, 0-3 puanlanan bu ölçekte, sosyal desteğe başvurmanın hesaplanmasında 1. Ve 9. maddeler ters puanlanarak hesaplanmaktadır. Her faktöre ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Her faktöre ait sorulardan elde edilen puanlar toplanmakta ve o faktöre ait toplam soru sayısına bölünerek her faktöre ait ortalama puan elde edilmektedir. Kendine güvenli, iyimser, sosyal desteğe başvurma faktörlerinden elde edilen puanlar arttıkça stresle başa çıkmanın etkili olduğu, çaresiz, boyun eğici yaklaşım faktörlerinden elde edilen puanların artması ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını belirtmektedir.²⁶ **(EK-6)** Bu çalışmada crunbach alfa iç tutarlılığı 0.70 olarak bulundu.

Kendine güvenli yaklaşım: 8,10,14,16,20,23,26

İyimser yaklaşım: 2,4,6,12,18

Çaresiz yaklaşım: 3,7,11,19,22,25,27,28

Boyun eğici yaklaşım: 5,13,15,17,21,24

Sosyal destek arama: 1,9,29,30

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 16.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde 3 farklı istatistiksel analiz (Frekans, Yüzde, Pearson Korelasyon analizi) kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapıldığı hastanelerden yazılı izinler ve Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alınmıştır (EK-2).

Araştırma kapsamındaki hastaların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hastalara, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

KOAH tanısıyla yatarak tedavi gören hastaların araştırmaya alınması, araştırmanın belirli tarihler arasında yapılması, bu araştırmanın sınırlılığıdır. Bu nedenle araştırmadan elde edilen sonuçlar, bu araştırmaya katılan hastalara genellenebilir.

4. BULGULAR

KOAH'lı hastalarda hastalık algısı ve yalnızlığın stresle başetmeye etkisinin incelendiği bu çalışmada bulgular 8 tablo halinde sunulmuştur. Araştırmaya alınan 200 hastanın tanıtıcı özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı özellikler (n:200)	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	53	26.2
Erkek	147	72.8
Yaş		
40-50 yaş	11	5.4
51-61 yaş	28	13.9
62-72 yaş	90	44.6
73-83 yaş	60	29.7
84 ve üzeri	11	5.4
Medeni durum		
Evli	163	80.7
Bekar	37	18.3
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	108	53.5
İlkokul	80	39.6
Ortaokul-lise	12	5.9
Çalışma durumu		
İşçi	54	26.7
Memur	5	2.5
Emekli	66	32.7
Ev hanımı	52	25.7
İşsiz	23	11.4
Gelir durumu		
İyi	28	13.9
Orta	96	47.5
Kötü	76	37.6
Ailede birlikte yaşadığı kişiler		
Yalnız	10	5.0
Ailesiyle	190	94.1
Hastaya göre aile bireylerinin hastalıktan etkilenme durumu		
Etkileniyor	139	68.8
Etkilenmiyor	61	30.2
Hastalık süresince aileden ve çevreden alınan destek durumu		
Evet Destek Aldım	164	81.2
Hayır Destek Almadım	36	17.8
Günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede desteğe gereksinim duyma durumu		
Hayır	79	39.1
Evet	121	59.9

Tablo 4.1 (Devam)

Hastalık Süresi		
0-5 yıl	74	36.6
6-11 yıl	73	36.1
12-17 yıl	21	10.4
17 yıl üzeri	32	15.8

Araştırmaya alınan hastaların %72.8'i erkek olduğu, %44.6'sının 62-72 yaş aralığında olduğu belirlendi. Medeni durum incelendiğinde hastaların %80.7'si evli olduğu görüldü. Hastaların eğitim durumuna bakıldığında %53.5'i okuma-yazma bilmediği belirlendi. Hastaların çalışma durumu incelendiğinde %32.7'si emekli olduğu ve % 47.5'inin gelir durumunu orta olarak algıladığı belirlendi.

Araştırmaya alınan hastaların %94.1'inin ailesiyle birlikte yaşadığı belirlendi. Hastalara göre aile bireylerinin %68.8'i hastalıktan etkilenirken, hastaların %81.2'si hastalık süresince aileden ve çevreden destek almıştır. Hastaların %59.9'unun günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede desteğe gereksinim duymadığı belirlendi.

Tablo 4.2. Hastalık Algısı Ölçeğinin Hastalık Tipi Alt Boyutu: Hastalık Belirtileri ve Belirtilerin Hastalıkla İlişkilendirmesi

Belirtiler	Hastalığın başlangıcından beri bu belirtiyi yaşadım		Bu belirti hastalığımla ilgili	
	S	%	S	%
Ağrı	157	77.7	119	58.9
Boğazda yanma	104	51.5	88	43.6
Bulantı	70	34.7	59	29.2
Soluk almada güçlük	190	94.1	186	92.1
Kilo kaybı	134	66.3	135	66.8
Yorgunluk	184	91.1	168	83.2
Eklem sertliği	76	37.6	55	27.2
Gözlerde yanma	96	47.5	27	13.4
Hırıltılı soluma	141	69.8	138	68.3
Baş ağrıları	142	70.3	102	50.5
Mide yakınmaları	136	67.3	79	39.1
Uyku güçlükleri	127	62.9	105	52.0
Sersemlik hissi	59	29.2	52	25.7
Güç kaybı	186	92.1	172	85.1

Tablo 4.2 incelendiğinde, 14 hastalık belirtisinin %29.2 ile %94.1 oranında hastalarda görüldüğü belirlendi. En sık yaşanan belirtiler sırasıyla; soluk almada güçlük (%94.1), yorgunluk (%91.1), güç kaybı (%92.1), ağrı (%77.7), baş ağrısı (%70.3), hırıltılı solunum (%69.8) ve kilo kaybı (%66.3) olarak belirlendi.

Tablo 4.3. HAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

HAÖ	\bar{X}	S.s.
1-Hastalık Tipi Boyutu		
a- Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım	9.01 ±	2.607
b- Bu belirti hastalığımla ilgili	7.43 ±	2.896
2-Hastalık Hakkındaki Görüşler Boyutu		
a-Süre (akut/kronik) boyutu	3.48 ±	1.099
b-Sonuçlar boyutu	3.77 ±	0.672
c-Kişisel kontrol boyutu	2.80 ±	0.923
d-Tedavi kontrolü boyutu	3.44 ±	0.628
e-Hastalığı anlayabilme boyutu	2.81 ±	0.987
f-Süre (döngüsel) boyutu	3.44 ±	0.648
g-Duygusal temsiller boyutu	3.50 ±	0.946
3-Hastalık Nedenleri Boyutu		
a-Psikolojik atıflar boyutu	2.89 ±	0.769
b-Risk etkenleri boyutu	2.99 ±	0.464
c-Bağışıklık boyutu	3.61 ±	0.592
d-Kaza veya şans boyutu	2.68 ±	0.622

Hastaların HAÖ Puan Ortalamaları tablo 4.3'te verilmiştir. Hastalık algısı ölçeğinin “1-Hastalık Tipi Boyutu”nun “ Hastalığımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım” alt boyut ortalamasının (9.01±2.607) en yüksek olduğu belirlendi. 2-Hastalık Hakkındaki Görüşler Boyutu”nun “Sonuçlar” alt boyutunun ortalamasının (3.77±0.672) en yüksek olduğu ve “3-Hastalık Nedenleri Boyutu” “Risk etkenleri” alt boyutunun ortalamasının (2.99±0.464) yüksek olduğu belirlendi olduğu belirlendi.

Tablo 4.4. KOAH'lı hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeğine Göre Yalnızlık Düzeyleri

Yalnızlık Düzeyleri	S	%
Düşük	104 ±	51.5
Orta	53 ±	26.2
Yüksek	43 ±	21.3

Tablo 4.4 incelendiğinde, araştırmaya alınan hastaların Ucla Yalnızlık Ölçeğine göre %51.5'inin “düşük” düzeyde, %26.2'sinin “orta” düzeyde ve %21.3'ünün “yüksek” düzeyde yalnız olduğu belirlendi.

Tablo 4.5. UCLA Yalnızlık Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamaları

UCLA Yalnızlık Ölçeği	\bar{X}	S.s.
Yalnızlık Toplam Puanı	37.45 ±	13.805

Tablo 4.5 incelendiğinde yalnızlık ölçeğinin toplam puan ortalaması 37.45 olduğu ve hastaların orta düzeyde yalnızlık yaşadığı belirlendi.

Tablo 4.6. Stresle Başa Çıkma Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamaları

	\bar{X}	S.s.
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.45 ±	5.495
İyimser Yaklaşım	14.14 ±	3.240
Çaresiz Yaklaşım	16.35 ±	4.260
Boyun Eğici Yaklaşım	15.44 ±	3.543
Sosyal Destek Arama	12.29 ±	3.100
Stresle Başa Çıkma Toplam Puanı	76.63 ±	8.600

Tablo 4.6 incelendiğinde Stresle Başa Çıkma Ölçeğinin “Kendine Güvenli Yaklaşım” boyutunun ortalamasının (18.45±5.495) en yüksek olduğu ve “Stresle Başa Çıkma Toplam Puan” ortalamasının 76.63 olduğu belirlendi.

Tablo 4.7. Hastalık Algısı ile Yalnızlık Puan Ortalamalarının Dağılımı

HAÖ	Yalnızlık r değeri
Belirti toplamı	0.19(**)
Bu belirti hastalığımla ilgili	0.11
Süre akut boyutu	0.05
Sonuçlar boyutu	0.30 (**)
Kişisel Kontrol	-0.14(**)
Tedavi Kontrol Boyutu	-0.05
Hastalık Hakkındaki Görüşler boyutu	-0.10
Süre Döngüsel Boyutu	-0.24 (**)
Duygusal Temsiller Boyutu	0.21 (**)
Hastalık Hakkındaki Görüşler Toplam	0.002
Atıflar boyutu	0.29 (**)
Risk Etkenleri boyutu	-0.01
Bağışıklık boyutu	-0.08
Kaza ve Şans boyutu	0.11
Hastalık Nedenleri Toplamı	0.18 (**)

** p<0.001 anlamlı

Hastalık Algısının “ Hastalıkla ilgili belirti toplamı” ile “Yalnızlık” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi($p<0.05$).

Hastalık Hakkındaki Görüşlerin “Sonuçlar” boyutu ile “Yalnızlık” arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Hastalık Hakkındaki Görüşlerin “Kişisel Kontrol” boyutu ile “Yalnızlık” arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Hastalık Hakkındaki Görüşlerin “Süre Döngüsel” boyutu ile “Yalnızlık” arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$).

“Duygusal Temsiller” boyutu ile “Yalnızlık” arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Hastalık Nedenlerinin “Atıflar” boyutu ile “Yalnızlık” arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$).

Hastalık Nedenleri Toplamı ile “Yalnızlık” arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Tablo 4.8. HAÖ ile SBÖT Arasındaki İlişki

HAÖ	SBÖT Alt Boyutları					
	Kendine Güvenli yaklaşım	İyimser yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun Eğici yaklaşım	Sosyal Destek Arama	Stresle Başa Çıkma
Belirti toplamı	-0.17 (**)	-0.19(**)	0.18(**)	0.09	-0.14(*)	-0.10
Bu belirti hastalığımla ilgili	-0.03	-0.16(**)	0.16(**)	0.03	-0.13	-0.03
Süre akut boyutu	-0.06	-0.05	0.09	-0.03	-0.10	-0.07
Sonuçlar boyutu	-0.27 (**)	-0.15(**)	0.24(**)	0.20(**)	-0.25 (**)	-0.11
Kişisel Kontrol	0.21(**)	0.10	-0.04	-0.09	0.13	0.16
Tedavi Kontrol Boyutu	0.23(**)	0.12	-0.16 (**)	-0.18 (**)	0.15(**)	0.09
Hastalık Hakkındaki Görüşler boyutu	0.21 (**)	0.23	-0.14(*)	-0.18 (**)	0.20 (**)	0.10
Süre Döngüsel Boyutu	0.22(**)	0.01	-0.003	-0.13 (*)	0.15(**)	0.14 (*)
Duyusal Temsiller Boyutu	-0.18 (**)	-0.24	0.35 (**)	0.14 (*)	-0.17 (**)	-0.03
Hastalık Hakkındaki Görüşler Toplam	0.08	-0.05	0.18(**)	-0.08	-0.001	0.08
Atıflar boyutu	-0.18 (**)	-0.18(**)	0.33 (**)	0.14 (*)	-0.08	0.01
Risk Etkenleri boyutu	0.13	-0.04	0.08	-0.05	-0.07	0.05
Bağışıklık boyutu	0.02	-0.02	-0.01	-0.10	0.04	-0.03
Kaza ve Şans boyutu	-0.13	-0.01	0.11	0.17 (**)	0.05	0.06
Hastalık Nedenleri Toplamı	-0.07	-0.14 (*)	0.26 (**)	0.07	-0.07	0.03

* p<0.05 anlamlı

** p<0.001 anlamlı

Tabloda, hastalık algısının “belirti toplamı” ile stresle başa çıkmanın “çaresiz yaklaşım” boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki, hastalık algısının “belirti toplamı” ile stresle başa çıkmanın “kendine güvenli yaklaşım”, “iyimser yaklaşım” ve “sosyal destek arama” boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (p<0.05).

Hastalık Algısının “Bu belirti hastalığımla ilgili” boyutu ile stresle başa çıkmanın “Çaresiz yaklaşım” boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki, stresle başa

çıkmanın “İyimser yaklaşım” boyutu arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Hastalık Hakkındaki Görüşlerin “Sonuçlar” boyutu ile stresle başa çıkmanın “Çaresiz yaklaşım” ve “Boyun Eğici yaklaşım” boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler, “Sonuçlar” boyutu ile “Kendine Güvenli yaklaşım”, “İyimser yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama” boyutu arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$).

Stresle başa çıkmanın “Kendine Güvenli yaklaşım” boyutu ve “Stresle Başa Çıkma” arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastalık Hakkındaki Görüşlerin “Tedavi Kontrol” boyutu ile stresle başa çıkmanın “Kendine Güvenli yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama” boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki, “Tedavi Kontrol” boyutu ile stresle başa çıkmanın “Çaresiz yaklaşım” ve Boyun Eğici yaklaşım boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$).

“Hastalık Hakkındaki Görüşler” boyutu ile stresle başa çıkmanın “Kendine Güvenli yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama” boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki, “Hastalık Hakkındaki Görüşler” boyutu ile stresle başa çıkmanın “Çaresiz yaklaşım” ve Boyun Eğici yaklaşım boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki belirlendi ($p<0.05$).

“Süre Döngüsel” boyutu ile stresle başa çıkmanın “Kendine Güvenli yaklaşım”, “Sosyal Destek Arama” boyutları ve Stresle Başa Çıkma arasında pozitif yönde anlamlı ilişki, “Süre Döngüsel” boyutu ile stresle başa çıkmanın “Boyun Eğici yaklaşım” boyutu arasında negatif yönde anlamlı ilişki belirlendi ($p<0.05$).

“Duygusal Temsiller” boyutu ile stresle başa çıkmanın “Çaresiz yaklaşım” boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki, “Duygusal Temsiller” boyutu ile stresle

başa çıkmanın “Kendine Güvenli yaklaşım”, “İyimser yaklaşım” ve “Sosyal Destek Arama” boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$).

“Hastalık Hakkındaki Görüşler Toplam” ile stresle başa çıkmanın “Çaresiz yaklaşım” boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$).

Hastalık Nedenlerinin “Atıflar” boyutu ile stresle başa çıkmanın “Çaresiz yaklaşım” ve “Boyun Eğici yaklaşım” boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki, Hastalık Nedenlerinin “Kaza ve Şans” ile stresle başa çıkmanın “Boyun Eğici yaklaşım” boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$).

Hastalık Nedenleri Toplamı ile stresle başa çıkmanın “Çaresiz yaklaşım” boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki, Hastalık Nedenleri Toplamı ile stresle başa çıkmanın “İyimser yaklaşım” boyutu arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

KOAH'lı hastalarda hastalık algısının yalnızlık ve stresle başetmeye etkisinin incelendiği bu çalışmada bulgular ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmaya alınan hastaların %72.8'i erkek, %44.6'sı 62-72 yaş aralığında olup, %80.7'si evlidir. Hastaların eğitim durumuna bakıldığında %53.5'i okuma-yazma bilmemektedir. Hastaların çalışma durumu incelendiğinde % 32.7'si emeklidir.

Hastaların büyük çoğunluğunun emekli, erkek ve 65 yaş üzeri olması, KOAH'lı hastalarla yapılan çalışmaların sosyodemografik özellikleriyle uyumludur. Hastalığın erkekler arasında yaygın olduğu ve yaşla arttığı gözlenmiştir.^{3,7,8,73-76}

Hastaların hastalığın başlangıcından beri en fazla soluk almada güçlük, yorgunluk, güç kaybı, ağrı, baş ağrısı, hırıltılı soluma, kilo kaybı yaşadıkları ve bu belirtilerin hastalıkları ile ilgili olduğunu belirttikleri tespit edildi. Hastaların en az sersemlik hissi, bulantı ve eklem sertliği belirtilerini hastalıkları ile ilişkilendirdikleri belirlendi (Tablo 2). Yapılan çalışmalar ve literatür bilgileri soluk almada güçlük, yorgunluk, kilo kaybı ve güç kaybının solunum sistemi hastalıklarında önemli birer semptom olduğunu ve hastalar tarafından yoğun olarak deneyimlendiğini göstermiştir. Bu çalışma sonucu benzer çalışma sonuçlarıyla uyumludur.^{16,75,77-79}

Hastaların hastalık ve tedavisi ile ilişkili yaşadığı soluk almada güçlük ve yorgunluk gibi semptomlar uyumu olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle hastaların algıladıkları yorgunluk ve güç kaybı gibi semptomların belirlenmesi, bu semptomların iyileştirilmesine yönelik hemşirelik girişimlerinin düzenlenmesi için önemlidir.

Yapılan çalışmada hastalığın sonuçlarının kötü olacağı düşünülmesinin, duygusal temsillerin yani etkinin yoğun yaşandığı ve "hastalıklarını kontrol edemeyecekleri" düşüncesinin hakim olduğu belirlendi.

Kronik bir hastalık olarak KOAH, bireyin yaşamını çok yönlü (fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal ve ekonomik) olarak etkilemekte, yardım ve destek gereksiniminin artırmasına günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklara neden olmaktadır. Dolayısıyla diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi psikososyal sorunların artmasına ve negatif duyguların yaşanmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışma benzer çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.^{11,65}

Çalışma bulgularından elde edilen diğer önemli bir sonuç hastalığın süresiyle ilgili boyutu araştıran süre (akut/kronik) alt boyutu puanlarının da yüksek olmasıdır (Tablo 4.3). Süre algısı maddeleri incelendiğinde; hastaların büyük bir çoğunluğunun hastalığın uzun süreceğini, hastalığın geçici olmaktan çok kalıcı olduğunu ve yaşamının geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğine ilişkin görüşlere sahip oldukları belirlenmiştir. Bu sonuçlar hastaların hastalıklarının kronik bir hastalık olduğuna inandıklarını ve hastalığı kabullenerek bu sürece uyum gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Bahçecioğlu ‘nun⁴⁸ astım hastaları ile yaptığı çalışmada da sonuçlar boyutu ve duygusal temsiller boyutunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalığının kronik seyirli olduğunu bilme ve bilinçlenme düzeyinin artışının hastalık üzerindeki bireysel kontrolü yükselttiği belirtilmiştir.¹⁹

Hastalık hakkında görüşleri kapsayan alt boyutlardan biri olan kişisel kontrol alt boyutunu içeren maddeler incelendiğinde; “hastalığımın seyri bana bağlı”, “yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir” diye ifade eden hastaların az olduğu tespit edildi. Yapılan bir çalışmada hastaların düşük kontrol algısının tedaviye uyumu azalttığı göstermiştir.⁵⁴ Bu çalışmada tedavi kontrolü alt boyutu ile hastalığı anlayabilme alt boyutu arasında pozitif ilişki olduğu bulundu. Konuyla ilgili çalışma sonuçlarına göre; bireylerin kişisel kontrol algısının kronik

hastalığın yönetiminde önemli etken olduğu düşünülmektedir Yapılan çalışma benzer çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.^{18,19}

Hastalığın nedenleri boyutunda; hastalar en çok risk faktörleri ve psikolojik atıflardan dolayı hastalıklarının ortaya çıktığını düşündükleri belirlendi. Hastaların en az kaza veya şans olası nedenini belirttikleri görüldü (Tablo 4.3).

Risk faktörleri ve psikolojik atıflar alt boyutunu içeren maddeler incelendiğinde en fazla geçmişteki kötü tıbbi bakım ve stres ya da endişenin hastalık nedeni olduğu ifade edilmiştir. Hastalar herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında, genellikle kendi durumları hakkında çeşitli inanışlar geliştirirler. Bu inanışlar hastaların tıbbi bilgilerine veya aynı semptomlara ya da tanılara sahip olan aile bireylerinin kişisel deneyimlerine dayanır. Bu inanışlar hastalığın yönetimi için davranışın kilit noktalarını oluşturur. Hastalığın algılanmasında hastalıkla ilgili bireysel algıların yanı sıra, kültürel yatkınlıklar da önemlidir.¹⁸ Hastalık nedenleri genel olarak değerlendirildiğinde; Türk toplumunda kültürün bir yansıması olarak hastalıkların nedenlerinin genellikle stres, sıkıntı ve endişeye bağlanıldığı görülmektedir.¹⁹ Çalışma sonucunda KOAH hastalarının inançlarına göre geçmiş deneyimlerinin ve stres ya da endişenin hastalığa yakalanmada önemli bir etken olduğunu düşündüklerini ortaya koymuştur. Çalışma sonuçları yapılan diğer çalışma sonuçlarını desteklemektedir.^{18,19}

Hastaların çoğunun orta düzeyde yalnızlık hissettikleri belirlendi (37.45±13.805) (Tablo 4.5).

Bu çalışmaya benzer olarak Kayseri’de 65 yaş üstü bireylerde yalnızlığın incelenmesi konulu bir çalışmada da grubun %36.0’sı orta düzeyde yalnızlık hissetmekte ve bireylerin algıladıkları yalnızlık duyguları genel yalnızlık ortalaması bu çalışma sonuçlarına benzer olarak orta düzeyde bulunmuştur.⁸⁰

Farklı kronik hastalıklarda yapılan çalışmalarda da hastaların orta düzeyde yalnızlık deneyimledikleri belirlenmiştir. Theeke'in⁸¹ kronik hastalarda yalnızlıkla ilgili çalışmasında yalnızlık puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Depresyon ve kaygı bozuklukları yaşayan hastalar en yüksek yalnızlık puanına sahiptir. Ayrıca mod bozukluğu, akciğer hastalığı, kalp hastalığı yaşayan katılımcılar bu hastalıklar olmayanlara göre daha yüksek yalnızlık puanına sahip bulunmuştur. Yalnızlık ve kronik hastalıklar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.⁸² Araştırmanın bulguları konuyla ilgili yapılan diğer çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir.^{57,84,85}

Yaşın ilerlemesi ile birlikte fiziksel, sosyal ve ekonomik değişikliklerin olması, yaşanan kayıpların artması yaşlıların kendilerini daha yalnız hissetmelerine neden olabilir⁸⁴.Yapılan çalışmalarda da bizim bulgularımızı destekler nitelikte olup, yaşın artmasıyla yalnızlığın arttığı görülmektedir. Yalnızlık ve sosyal izolasyon genellikle ileri yaş ile ilişkili bulunmuştur. Toplum tabanlı çalışmalarda yalnızlık ve sosyal izolasyon için dulluk, hayatta kalan çocuğun olmaması, bozulan sağlık ve yaşam olayları (kayıp, yas) risk faktörleri olarak tespit edilmiştir. Sahip olunan bir sırdaş (arkadaş) yalnızlık için koruyucu faktördür. Bu çalışmanın yapılan araştırmayla paralellik göstermesi sosyal izolasyonun yalnızlığa sebep olduğunu düşündürmektedir.⁸⁵

Araştırmaya alınan hastaların çoğunluğunun 62 yaş ve üzerinde, emekli, 6 yıl ve üzeri KOAH olması, evli ve eş ya da çocuklarıyla birlikte yaşıyor olmaları orta düzeyde yalnızlık yaşadıklarını düşündürmektedir.

Yaşlılık yaşanan birçok değişiklik ve kayıpların artması nedeniyle yalnızlık duygusuna zemin hazırlar. Yaşlıların yalnızlık yaşamasına neden olan etkenler arasında, eş ya da arkadaş ölümü, emekli olma, evinden ayrılma, rollerde değişim ya da kayıp, kronik hastalıklar, iyilik halinin olmayışı, duyuşsal kayıplar, fiziksel sınırlılıklar,

ekonomik güçlükler ve başkalarına bağımlı olma algısı sıralanabilir. Bu durumda yaşlı birey kendini yalnız hissetmektedir.⁸⁰

Hastalığın getirdiği kısıtlamalar nedeni ile KOAH'lı hastaların sosyal etkileşimleri, çevresindeki kişilerle ilişkileri azalmakta, yalnızlık duygusu, anlaşılma, yardım alma ve sosyal destek gereksinimi artmaktadır. Çalışma sonuçları yapılan diğer çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.^{33,86}

Bulgulara göre hastaların stresli olaylar karşısında en sık başvurdukları stresle baş etme yöntemi “kendine güvenli yaklaşım”dır. Kendine güvenli yaklaşım ve yöntemini içeren maddeler incelendiğinde ‘ olayların değerlendirmesini yapar en iyi kararı vermeye çalışırım, ne olursa olsun direnme ve mücadele gücünü kendimde bulurum, herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum’ diyen hasta sayısı çoğunlukta olduğu belirlendi (Tablo 4.6). Buda bize hastaların hastalığı mücadele edilmesi gereken bir olgu olarak algıladıklarını göstermektedir.⁸⁷⁻⁸⁹

Hastaların stresle başetme de sık başvurdukları diğer yöntemler ise çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımdır. Bu yöntemleri içeren maddeler ‘ mucize olmasını beklerim, kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim, keşke daha güçlü olsaydım, başa gelen çekilir diye düşünürüm, iş olacağına varır diye düşünürüm, elimden hiçbir şey gelmeyeceğine inanırım’ şeklinde ifadeler içermektedir. Hastaların bir kısmının bu başetme yöntemlerini kullanması hastalığın kronik olduğunu bilmeleri ve hastalığın sonucunu etkileyemeyeceklerini düşünmeleriyle ilişkilendirilebilir.

Hastaların en az başvurdukları yöntem ise sosyal destek aramadır. Çalışmadaki hastaların büyük çoğunluğunun ailesiyle birlikte yaşaması ve en az başvurulan başetme yönteminin sosyal destek arama olması sosyal destek gereksinimlerinin az olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalar yalnızlık düzeyleri yüksek olan bireylerin aileleri ile olan ilişkilerinin iyi olmadığını bildirmiştir.^{21,90}

“Stresle Başa Çıkma Toplam Puan” ortalamasının 76.63 olarak bulundu. SBÇTÖ puan ortalaması dikkate alındığında (90) bu sonuç hastaların stresle başa çıkma düzeylerinin yüksek olduğunu gösterir. Bu toplam puanın büyük çoğunluğunu stresle etkili başetme yöntemleri (KGY, İY, SDA) oluşturmaktadır. Fadiloğlu ve ark.⁹¹ meme kanserli kadınlarda umutsuzluk düzeyi ve başetme davranışları arasındaki ilişkiyi araştırmak için yaptığı çalışmada “Stresle Başa Çıkma Toplam Puan” ortalamasının 55.09 olduğu ve hastaların daha çok stresle etkili başetme yöntemlerinden KGY, İY yöntemlerini kullandığı belirlenmiştir. SDA yöntemini ise en az kullanmaları ölçekten alınan toplam puanı azaltmıştır. Lee ve ark.⁹² yaptığı çalışmada sosyal desteği yeterli algılayan hastaların daha çok stresle etkili başetme yöntemlerini kullandıkları bulunmuştur. Araştırmanın bulguları bu bulgularla paralellik göstermektedir.

Çalışmada hastaların çoğunluğunun evli, ilkokul mezunu, emekli ve ailesiyle birlikte yaşadıkları, % 81.2’sinin ihtiyaç duyduğunda ailesinden yardım aldığı belirlendi. Bu sonuçlar hastaların çoğunluğunun düzenli bir yaşantısı olduğunu göstermektedir. Kronik hastalık bireyin yaşamını çok yönlü etkilediğinden çalışmadaki hastaların sahip oldukları bu özelliklerin bireylerin hastalıkla yaşamasını olumlu etkileyeceği³ ve stresle baş etmesini kolaylaştıracağı düşünülebilir. Kaşıkçı ve ark.⁹³ KOAH’lı hastalarda yaptığı çalışmada aile desteği ve öz- bakım davranışları ve aile desteği ile öz-yeterlilik davranışları arasında anlamlı pozitif ilişki olduğunu bulmuştur. Tselebis ve ark.’nın⁹⁴ yaptığı çalışma da KOAH hastalarında anksiyete ve depresif belirtilerin yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Aile desteği duygusu bu hastalarda anksiyete ve depresif belirtilerin gelişme riskine karşı koruyucu psikolojik faktör olduğu belirlenmiştir. Wan Mohd Azam ve ark.⁹⁵ sosyal desteğin kısmen yalnızlık ve depresyon arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini bildirmiştir. Sosyal desteği yeterli algılayan hastalarda stresle etkili başedebilme yöntemleri daha çok kullanılmaktadır.

Araştırmamızda hastalık belirtilerinin yoğun olarak yaşanması, hastaların hastalığı ciddi ve uzun süreli olarak algılamaları, hastalıkları üzerinde kişisel kontrollerinin olmadığını ve hastalığının zamanla iyileşmeyeceğini düşünmeleri yalnızlık düzeyini arttırmaktadır. Kısaca hastaların hastalıklarını olumsuz algılamaları yalnızlık düzeyini arttırmaktadır (Tablo 4.7).

Hastaların hastalık üzerindeki duygularını içeren duygusal temsiller boyutu (hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum, hastalığım beni endişelendiriyor) yoğun olduğunda ve hastalığının nedenlerini stres yada endişe, aile problemleri, aşırı çalışma ve yaşam hakkında olumsuz düşünmeden kaynaklandığını düşünen hastalarda yalnızlık düzeyinin arttığı görülmektedir (Tablo 4.7).

Kocaman ve ark.⁹⁶ hemodiyaliz hastalarında yaptığı çalışmada hastalığın döngüsel gidişi, belirtilerin günden güne farklılık gösterdiğine ilişkin inancın depresyon riski olan hastalarda daha fazla olduğu bulunmuştur. Sonuçlar çalışmamızla uyumludur. Hastalık belirtilerini yoğun yaşayan hastalarda depresyon riski ve stresle etkisiz başetme yüksek çıkmıştır.

Hastalar hastalık nedenlerine olumsuz duygular yükledikçe yalnızlık ortalamasının arttığı belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan bireylerin daha çok yalnızlık yaşadığı bildirilmektedir.⁵⁸ Belirsizlik birey tarafından bir tehdit olarak değerlendirilebilir ve hastalarda görülen anksiyete nedeni olabilir. Ayrıca birey için hastalık kişinin denge ve uyumunu bozan, psikososyal zorlanmalara neden olan bir varoluş krizi olarak değerlendirilebilir. Beden bütünlüğünün tehdit edilmesi, bağımsızlığın kaybı, kontrolünü kaybetme korkusu yüksek düzeyde anksiyeteye neden olabilir. Kronik hastalıkla birlikte hastaneye yatış sayısının fazla olması, kullanılan ilaçlar, hastalığın neden olduğu fiziksel ve sosyal işlev kayıpları, ekonomik nedenler, hastalığa bağlı bedensel görünümde değişiklikler, sosyal ilişkilerde zorlanmalar

depresyona neden olan ve yalnızlığı artıran etkenlerdir. Konuyla ilgili yapılan çalışma sonuçları bu çalışmayı desteklemektedir.^{18,58,83,97}

Hastalık belirtileri arttıkça hastaların kullanmış olduğu çaresiz yaklaşım yöntemleri artıyor, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yöntemleri azalıyor. Yani hastalık belirtilerinin yoğun olarak yaşanması hastaların direnme- mücadele gücünü ve iyimser düşünmesini azaltıyor. Hastalık belirtileri arttıkça hastalar stresle etkisiz başetme yöntemlerini kullanmaktadır (Tablo 4.8).

Kronik hastalıklarda hastalığın kontrol altına alınmaması, hastalık belirtilerinin artması, depresif bulgular, ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Duygu durum bozuklukları da hastalık kontrolünü zorlaştırmaktadır. Sağlığın kaybı ya da tehdidi bireyden bireye değişmekle birlikte, yoğun strese neden olmakta ve başa çıkmayı zorlaştırmaktadır. Konuyla ilgili çalışma sonuçları yapılan çalışmayı destekler niteliktedir.^{98,99}

Hastalık belirtilerini hastalığı ile ilgili gören ve hastalığının ciddi olduğunu, hayatını zorlaştırdığını düşünen hastalarda stresle etkili başetme yöntemleri azalmaktadır. Yapılan tedavinin hastalığını olumlu etkileyeceğini düşünen hastalarda etkili başetme yöntemleri artarken, etkisiz başetme yöntemleri azalmaktadır (Tablo 4.8). Simpson ve ark.'nın¹⁰⁰ KOAH'lı hastalarda öz yeterlilik ile ilgili çalışmasında yüksek düzeyde öz yeterlilik gücünün nefes darlığı düzeyini, kaygı ve depresyon düzeyini düşürdüğünü tespit etmişlerdir. Öz yeterlik gücünün artırılmasının anksiyete ve depresyon düzeyini azalttığı ve başetmeyi kolaylaştırdığı belirlenmiştir.

Hastalık nedenleri toplamı ile stresle başa çıkmanın “Çaresiz yaklaşım” boyutu arasında pozitif yönde, “İyimser yaklaşım” boyutu arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 4.8). Uysal ve ark.¹⁰¹ diyabetli hastalarda yaptığı çalışmada HAÖ skorları yüksek olan olgularda depresyon düzeyleri yüksek olup, Hastalık algısı ve

depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Yapılan bir çalışma, hastalıkları hakkında negatif algı geliştiren hastalarda başlangıçtaki durumun tıbbi ciddiyetinden bağımsız olarak, gelecekteki yetersizlikleriyle ve daha yavaş iyileşmeleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir.⁵⁴ Güçlü bir hastalık kimliğinin başa çıkmayı pasifleştirdiği, hastalığın kontrol edilebileceği, tedavi edilebileceği inancının başa çıkmayı önemli ölçüde artırdığı belirlenmiştir.^{102,103} Araştırmanın bulguları bu bulgularla paralellik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Araştırma sonucunda KOAH hastalarının hastalıkla birlikte ortaya çıkan duygusal belirtileri yoğun olarak yaşadığı, hastalıklarının kronik bir hastalık olduğuna inandıkları, hastalıkla ilgili kişisel kontrollerinin düşük olduğu ve en fazla geçmişteki kötü tıbbi bakım ve stres-endişenin hastalık nedeni olduğuna inandıkları tespit edilmiştir.

- Sağlık personeli hastaların hastalıklarına yönelik olumsuz tutum ve davranışlarını belirlemeli bu davranışların doğru olan davranışlarla değiştirilmesi için danışmanlık hizmetinden yararlanmalarını sağlamalıdır.

- KOAH'ın kronik bir hastalık olması nedeni ile hastalığın tekrarlanması ve hastaneye yatış sıklığının artması, hastaların ruhsal durumları ve yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır.

- Sağlık çalışanı bu sorunları belirleyebilmek için hastaları bütüncül bakım anlayışı ile değerlendirmelidir.

- Psikososyal bakımda hemşire kronik hastalıklarda hasta ve ailenin yaşam tarzı değişikliklerine uyumlarına yardım etme, yararlı olmayan uyumları önleme, hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını artırmalıdır.^{67,104}

- Hemşire, hastaların psikolojik durum ve iyilik halini periyodik olarak sorgulamalı, geçerli ölçümlerle değerlendirmeli, temel iletişim ve tanılama becerilerini etkin kullanmalı ve hastayla terapötik ilişki kurabilme becerilerini geliştirmelidir.^{35,105}

- Hemşire sorun çözme becerileri ve anksiyete ile baş etme teknikleri gibi özelleşmiş becerilerde de kendini geliştirmelidir. Çözümlemesi güç olan klinik problemlerin analizi, ağrı, yas, anksiyete, kriz, intihar, şiddet gibi konularda KLP hemşiresi ve tedavi ekibinin diğer üyeleriyle işbirliği içinde çalışmalıdır.

- Literatürde farklı kronik hastalıklarda hastaların hastalık algısının araştırıldığına ilişkin çalışmalara rastlanmakla birlikte, KOAH hastalarının hastalık algısını inceleyen çalışmalar çok sınırlı sayıdadır. Bu nedenle bu çalışmanın konuyla ilgili bundan sonra yapılacak çalışmalar için yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Yakışan A, Özbudak Ö, Çilli A, Öğüş C, Özdemir T. KOAH'lı kadın hastalardaki risk faktörleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 2006,10:100-116.
2. Tatlıcıoğlu T. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve geleceği. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2007,55:303-318.
3. Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010,13:2-7.
4. Akbay S, Kurt B, Ertürk A ve ark. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Yaşam Kalitesi ve Solunum Fonksiyon Test İle İlişkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2001,49: 338-344.
5. Mannino DM. Chronic obstructive pulmonary disease: definition and epidemiology. *Respiratory Care*. 2003, 48: 1185-1191.
6. American Thoracic Society-European Respiratory Society position paper. Standards for the diagnosis and management of patients with COPD. 1-222.
7. www.goldcopd.com. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease-2009.
8. Ergan B, Çöplü L. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. *Hacettepe Tıp Dergisi*.2001, 32: 100-105.
9. Chang LH, Rivera MP. Respiratory diseases: meeting the challenges of screening, prevention, and treatment. *North Carolina Medical Journal*. 2013,74:385-392.

10. Atacanlı MF, Dilbaz N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 2001;4:147-153.
11. Halpin DM, Miravitles M. Chronic obstructive pulmonary disease: the disease and its burden to society. *Proceedings of the Amerikan Thoracic Society*, 2006;3:619-623.
12. Britton M. The burden of COPD in the U.K.: results from the confronting COPD survey. *Respiratory Medicine*, 2003;97:71-79.
13. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010. www.who.int/respiratory/copd/burden/15.10.2012
14. Akkoyunlu C. Tip II diyabet mellit ve romatoid artrit hastalarında hastalık algısının depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Başkent.edu.tr. 2012.
15. Çevik Y, Ersoy ÖB, Çicekoğlu P, Kuzu A, Kocaman YN, Ünsal G. Tüberküloz Hastalarının Hastalık Algısı ile Kişilik Özellikleri ve Kontrol Odağı İnançları Arasındaki İlişki. III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı. 2009;154-155.
16. Erdiñç E, Erk M, Kocabas A, Mirici A, Süerdem M, Tatlıcıoğlu T, Umut S, Yılmaz V. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanı ve tedavi rehberi. Ed: Uçan S,1.Cilt, ek 2, s. 1-25, Toraks Derneği Yayını, Agustus 2000.
17. Williams B, Healy D. Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team: explanatory model or exploratory map? *Social Science Medicine*. 2001; 53:465-476.
18. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8: 271-280.

19. Karabulutlu E, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011, 14: 4-10.
20. Özkan S. Psiko-Onkoloji. Hastalık Algısı ve Kanser. İstanbul. 2007, 59-70.
21. Kocabaş A. Kronik Obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. *Türk Toraks Dergisi*, 2010,1:105-113.
22. Ünal S. Psikiyatrik uygulamalarda sosyokültürel duyarlılık. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000,1:225-230.
23. Tan M, Karabulutlu. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nursing*. 2005, 28: 236-240.
24. Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi*, 2009, 2: 100-110.
25. Kara M, Mirici A. Loneliness, depression, and social support of turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouse. *Journal of Nursing Scholarship*. 2004, 36: 331-336.
26. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8: 52-61.
27. Abul Y, Özlü T. Türkiye’de KOAH epidemiyolojisi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2013, 1: 7-12.
28. Atasever A, Erdiñç E. KOAH’da yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2003, 51: 446-455.
29. Aydın IO, Ulusahin A. Depression, anxiety comorbidity, and disability in tuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease patients: Applicability of the GHQ–12. *General Hospital Psychiatry* 2001,23: 77-83.

30. Kunik ME, Roundy K, Veazey C, et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest* 2004, 127: 1205-11.
31. Leupoldt A, Kenn K. The psychology of chronic obstructive pulmonary disease. *Current Opinion in Psychiatry*, 2013, 26: 458-63.
32. Buick DL. Illness representations and breast cancer: Coping with radiation and chemotherapy. KJ Petrie, J Weinman (eds), *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications*, Amsterdam, Harwood Academic Publishers, 2000, 379-409.
33. Card GK, Foxall MJ, Barron CR. Loneliness, depression, and social support of patients with COPD and their spouses. *Public Health Nursing*, 1993, 10: 245-51.
34. Umut S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. İçinde: Nurhayat S, Yıldırım U (editörler). *Göğüs Hastalıkları Seminer Notları*, 2. Baskı. İstanbul, 2006.
35. Samurkaşoğlu B. *Güncel Bilgiler Işığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı*. Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi, 2003.
36. The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD. <http://www.goldcopd.org/guidelines-global-strategy-for-diagnosis-management.html>. 15.10.2012
37. Dirken SR, Lewis SM, Heltkemper MM. *İç ve Cerrahi Hastalıkların Bakımında Klinik Rehber*. Çeviri: Tüzer T. Baskı. Ankara, Damla Matbacılık, 2007.
38. Akdemir n, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara, Sistem Ofset, 2005.
39. Olgun N, Eti Aslan F, Sert H. Solunum Sistemi. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F (editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Adana, Nobel Kitabevi, 2010.

40. Wilke S, Janssen DJ, Wouters EF, Schols JM, Franssen FM, Spruit MA. Correlations between disease-specific and generic health status questionnaires in patients with advanced COPD: a one-year observational study. *Health Quality Life Outcomes*. 2012, 21:10-98.
41. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astm-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı. Ankara, 2009.
42. Gunen H, Hacievliyagil SS, Yetkin O, Gulbas G, Mutlu LC, Pehlivan E. Prevalence of COPD: First epidemiological study of large region in Turkey. *Europesn Journal of Internal Medicine*, 2008, 19:499-504.
43. Robinson A, Courtney-Pratt H, Lea E, Cameron-Tucker H, Turner P, Cummings E, Wood-Baker R, Walters EH. Transforming clinical practice amongst community nurses: mentoring for COPD patient self-management. *Journal of Clinical Nursing*, 2008,17:370-379.
44. GOLD. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Updated 2010); 2010.
45. Barnes PJ, Shapiro SD, Pauwels RA. Chronic Obstructive and pulmonary disease: Molecular and cellular mechanisms. *Eurupen Respirtory Journal*. 2003, 22: 672-88.
46. Samurkaşoğlu B. Güncel Bilgiler Işığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Saryal SB, Acıcan T (Ed), Ankara. Bilimsel Tıp Yayınevi, 2003.
47. KOAH Çalışma Grubu. Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Rehberi, *Toraks Dergisi*. 2000, 1(Ek 2).
48. Demir G, Acıhan. KOAH'da Klinik Yaklaşım ve Dispnenin Değerlendirilmesi.İçinde: Saryal SB, Acıcan T (editörler). *Güncel Bilgiler Işığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı*, Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi, 2004:35-48.

49. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. İstanbul: Roche. 2002: 83-291
50. Ciğerli OM. KOAH'da Vitamin D'nin Rolü. Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Ankara: Çukurova Üniversitesi, 2012.
51. Günlüoğlu MZ, Seyhan EC. Clinical Medicine. İçinde: Kumar P, Clark M (editörler). *Clinical Medicine(Türkçesi)*, Tabak F, Tabak Ö, İstanbul, Türkiye, İstanbul Tıp Kitabevi, 2010: 873-960.
52. Atasever A, Erdiñç E. Koah Erken Tanısı. *Türk Toraks Dergisi*. 2003,1:82- 87.
53. Şahin NH, Durak A. Stresle başaçıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması, *Türk Psikoloji Dergisi*.1995, 10: 56-73.
54. Buick DL. Illness representations and breast cancer: Coping with radiation and chemotherapy. KJ Petrie, J Weinman (eds), *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications*, Amsterdam, Harwood Academic Publishers. 1997,379-409.
55. Peplau, LA, Perlman D. Perspectives on loneliness. İçinde L. A. Peplau ve D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 1982:1-118.
56. De Jong Gierveld J.A review of loneliness : Concept and definitions, determinants and consequences. *Review in Clinical Geontology*,200: 8,73-80.
57. Polat H, Ergüney S. Tüberküloz hastalarının yalnızlık ve depresyon durumlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15:40-46.
58. Ovayolu N, Pehlivan S, Uçan Ö, Çuhadar D. Hemodiyaliz hastalarının yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8: 293-296.
59. Lazarus RS. *Stress and Emotion: A New Synthesis*. (2nd Edition). New York: *Springer Publishing*,2006.

60. Mandel AR, Keller SM. stress management in rehabilitation. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*,1986, 67: 375-9.
61. Üskül TB, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Türker H. Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Sosyodemografik Faktörlerin ve Hastalık Tanılarının İlişkisi. *Türkçe eğitim ansiklopedisi*. 2006, 15: 45-50.
62. Özdemir. Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013, 1:57-72.
63. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005, 9:49-51.
64. Royal College of Psychiatrists Council (January 2003). Report of a joint working party of the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists, The psychological care of medical patients A practical guide (Report No: CR108). Erişim: 25.08. 2012, <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr108.pdf>
65. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013, 1: 57-62.
66. Yıldırım S. Gürkan A. Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2010, 26: 87-97.
67. Fortinasit KM, Holoday Worret PA. Psychiatric mental health nursing. USA: Mosby-Year Book, 2001, 678- 9.
68. Akyol A. Yaşam kalitesi ve yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000, 9: 75-80.

69. İnanç N. Kemoterapide Semptom Kontrolü ve Hemşirenin Rolü, T.C.Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı H.Y.O. Komutanlığı H.Y.O. Yayını No:9,4. Baskı Ankara. 2005.
70. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health*. 1996, 11:431-445.
71. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick L. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002; 17:1-16.
72. Folkman S, Lazarus RS. Gruen RJ et al. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*.1986, 50: 571-579.
73. Ağağıken S. KOAH Tanısı Almış Mukozitli Hastalarda Aloe Vera Solüsyonu ile Yapılan Ağız Bakımının Mukozit İyileşmesi Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2009.
74. Kruis AL, Smidt N, Assendelft WJ, Gussekloo J, Boland MR, Rutten-Van Mölken M, Chavannes NH. Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2013, 10: 10.
75. Barnes PJ, Celli BR .Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *European Respiratory Journal*, 2009, 33: 1165-1185.
76. Laghi F, Adiguzel N, Tobin MJ. Endocrinological derangements in COPD. *European Respiratory Journal*, 2004,1-15.
77. Laghi F, Tobin MJ. Disorders of the respiratory muscles. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2003, 168: 10-489, 34: 975-996.

78. Bahçecioğlu G. Astım Hastalarında Hastalık Algısının Astım Kontrolü Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıklar Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Erzurum, Atatürk Üniversitesi, 2013.
79. Laaban JP, Kouçakji B, Dore MF, et al. Nutritional Status of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Acute Respiratory Failure. *Chest* 1993, 103: 1362-1368.
80. Ceyhan S. Kayseri Nuh Naci Yazgan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2005.
81. Theeke LA, Mallow J. Loneliness and quality in chronic ill rural older adults. *American Journal Nursing*, 2013, 113: 28-37.
82. Kwag KH, Martin P, Russell D, Franke W, Kohut M. The impact perceived stress, social support and home-based physical activity on mental health among older adults. *International Journal Aging Development*, 2011, 72: 137-54.
83. Kömürcüoğlu B, Balıoğlu M, Öztuna I, Büyüksirin M, Işık E, Perim K. KOAH'lı erkeklerde depresyon. *Toraks Dergisi*, 2000, 1: 31-34.
84. Bilgili N. Yaşlılarda yalnızlık, uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2012; 15: 82-90.
85. Chang SH, Yang MS. The relationships between the elderly loneliness and its factors of personal attributes, perceived health status and social support. *Kaohsiung Journal of Medical Science*, 1999, 15: 337-47.
86. Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin sosyal destek gereksinimlerinin belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi*, 2009, 10: 63-8.
87. Karakaş S. Kanser Hastalarının Hastalığı Değerlendirme Biçimlerinin Anksiyete Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri

- Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2007.
88. Kocaman N, Kutlu Y, Özkan M, Özkan S. Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. *Journal Clinical Nursing*, 2007, 16: 6-16.
89. Downe-Wamboldt B, Bulter L, Coulter L. The relationship between meaning of illness, social support, coping strategies and quality of life for lung cancer patients and their family members. *Cancer Nursing*, 2006, 29: 111-9.
90. Khorshid L, Eşer İ, Zaybak A, Yapucu Ü, Arslan GG. Huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeyinin incelenmesi. *Turkish Journal Geriatrics*, 2004, 7: 45-50.
91. Fadiloğlu Ç, Cantilav Ş, Yıldırım KY, Tokem Y. Meme kanserli kadınlarda umutsuzluk düzeyi ve başatme davranışları arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2006, 22: 147-160.
92. Lee H, Yoon JY, Kim I, Jeong YH. The effects of personal resources and coping strategies on depression and anxiety in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung*, 2013, 42: 473-9.
93. Kara Kaşıkçı M, Alberto J. Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal Clinical Nursing*, 2007, 16: 1468-78.
94. Tselebis A, Bratis D, Pachi A, Moussas G, Karkanias A, Harikiopoulou M, Theodorakopoulou E, Kosmas E, Ilias I, Siafakas N, Vgontzas A, Tzanakis N. Chronic obstructive pulmonary disease: Sense of coherence and family support versus anxiety and depression. *Psychiatrik*, 2013, 24: 109-16.
95. Wan Mohd Azam WM, Din NC, Ahmad M, Ghazali SE, Ibrahim N, Said Z, Ghazali AR, Shahar S, Razali R, Maniam T. Loneliness and depression among the

- elderly in an agricultural settlement: mediating effects of social supports. *Asia Pacific Psychiatry*, 2013, 1: 134-9.
96. Kocaman N, Okanlı A, Karabulutlu EY, Karahisar F, Özkan S. Effect of illness perceptions on anxiety and depressive symptoms in hemodialysis patients: a multi-center study . *Anatolia Journal of Psychiatry*, 2013, 14: 252-9.
97. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, Lindberg E, Ulrik CS, Brøndum E, Nieminen MM, Ained T, Hallin R, Bakke P. Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: A multicentre study in the Nordic countries. *Respiratory Medicine*, 2006, 100: 87–93.
98. Bozbaş Ş.Ş, Özyürek AB, Ulubay G. Astımda hastalık kontrolü ile demografik özellikler, yaşam kalitesi ve emosyonel durumun ilişkisi. *Türk Toraks Dergisi*, 2011, 12: 139-44.
99. N Güçlü. Stres yönetimi- *GÜ Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2001, 2: 25- 32.
100. Simpson E, C Jones M -An exploration of self-efficacy and self-management in COPD patients. *British Journal Nursing*, 2013, 23: 1105-9.
101. Uysal Y, Akpınar E. İllness perception and depression of type diabetic patients. *Cukurova Medical Journal*, 2013, 38: 31-40.
102. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J. Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal Psychosom Resrirotory*, 1998, 44: 573-585.
103. Bonsaksen T, Lerdal A, Fagermoen MS. Trajectories of illness perceptions in persons with chronic illness: An explorative longitudinal study. *Journal Health Psychoogy*, 2013, 18: 1-12.
104. Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitapevleri; 2010: 99-111.

105. Yarış F, Dikici MF. Hastaların tedaviye uyumu ve iletişim. *Aile Hekimliği Dergisi*. 2012; 2(3): 40-43.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
<p>Adı Soyadı: Canan KILIÇKAYA</p> <p>Doğum tarihi: 1986</p> <p>Doğum yeri: Kayseri</p> <p>Medeni hali: Evli</p> <p>Uyruğu: TC</p> <p>Adres: BEAH Nihat Kitapçı Göğüs Hastalıkları Hastanesi ERZURUM</p> <p>Tel: 05068790215</p> <p>Faks:</p> <p>E-mail: canan-hemsire@hotmail.com</p>
Eğitim
<p>Lise: Aydınlıkevler Lisesi, Kayseri (2000-2004)</p> <p>Lisans: Fırat Üniversitesi SYO- Hemşirelik (2004-2008)</p> <p>Yüksek lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2011-2013)</p> <p>Doktora:</p>
Yabancı Dil Bilgisi
Orta düzeyde İngilizce
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
Psikiyatri Hemşireliği Derneği
İlgi Alanları ve Hobiler
Bilimsel kitaplar, dergi ve gazeteler okumak, Belgesel seyretmek

EK-2. ETİK KURUL KARARI

“2013.2.2/ 13 “SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 19.03.2013

2.2/13–Enstitümüz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Canan KILIÇKAYA'nın “ KOAH'lı Hastalarda Hastalık Algısının ve Yalnızlığın Stresle Başetmeye Etkisi ” tez konusu görüşüldü;

İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcudun oybirliği ile, karar verildi.

ADI SOYADI	GÖREVİ	İMZA
Prof.Dr.Mustafa ATASOY	Sağlık Bilimleri Etik Kurul Başkanı	
Prof.Dr.Atila EROĞLU	Sağlık Bilimleri Etik Kurul Başkan yardımcısı	
Prof. Dr. Funda BAYINDIR	Sağlık Bilimleri Etik Kurul üyesi	
Prof.Dr.Yavuz Selim SAĞLAM	Sağlık Bilimleri Etik Kurul üyesi	
Prof. Dr. H. İnci GÜL	Sağlık Bilimleri Etik Kurul üyesi	
Prof.Dr..Mağfiret KAŞIKÇI,	Sağlık Bilimleri Etik Kurul üyesi	
Prof. Dr. Fikret ÇELEBİ	Sağlık Bilimleri Etik Kurul üyesi	
Prof.Dr.Mehmet YILDIZ,	Sağlık Bilimleri Etik Kurul ü	
Prof.Dr.Nesrin GÜRSAN	Sağlık Bilimleri Etik Kurul ü	



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü



Sayı : 45361945-03/ 3842

Erzurum : 11.04.2013

Konu: Tez Çalışması

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İ L G l: 11.04.2013 tarih ve 795-8037 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınızla Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Canan KILIÇKAYA'nın "KOAH Hastalarında Hastalık Algısının ve Yalnızlığın Stresle Baş etmeye Etkisi" konulu tez çalışmasını Hastanemiz Göğüs servisinde yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Necip BECİT
BAŞHEKİM



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Erzurum Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

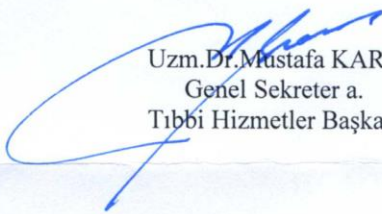
Sayı : 98003106-000/ 7/16
Konu: Tez Çalışması

14 MAYIS 2013

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

İlgi : 26/04/2013 tarihli ve 009017 sayılı yazınız

İlgi sayılı yazıya istinaden Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Canan KILIÇKAYA'nın "**KOAH Hastalarda Hastalık Algısının ve yalnızlığın Stresle Başetmeye Etkisi**" konulu tez çalışması uygulaması Genel Sekreterliğimize bağlı Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nihat Kitapçı Ek Binası Göğüs Servisinde yapması uygundur.
Bilgileriniz ve gereğini rica ederim.


Uzm.Dr. Mustafa KARA
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı

EK-3. BİLGİ FORMU

1- Cinsiyetiniz nedir?

1- Kadın 2- Erkek

2-Kaç yaşındasınız?

1-)40-50 2-)51-61 3-)62-72 4-)73-83 5-)84 ve üzeri

3- Medeni Durumunuz nedir?

1- Evli 2- Bekar

4- Eğitim durumunuz nedir?

1- Okur yazar değil 2- İlköğretim 3- Ortaöğretim

5- Çalışma durumunuz.

1-İşçi 2-Memur 3-Emekli 4-Ev Hanımı 5-İşsiz

6- Gelir durumunuz

1- İyi 2- Orta 3- Kötü

7- Ailede birlikte yaşadığınız kişiler

1- Yalnız 2- Ailele birlikte

8- Hastalığınızdan sonra aile bireyleri hastalığınızdan etkilendi mi?

1- Etkileniyor 2- Etkilenmiyor

9- Hastalığınız süresince ailenizden ve çevrenizden aldığınız desteği nasıl buluyorsunuz?

1- Evet Destek Aldım 2- Hayır Destek Almadım

10- Günlük yaşam işlevlerini (beslenme, banyo, giyinme vs.) yerine getirmede desteğe gereksinim duyuyor musunuz?

1- Hayır 2- Evet

11- Kaç yıldır KOAH hastasıınız?

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

EK-4. HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

İsim Soyad:	Çalışma Durumu:
Adres Bilgileri:	Mesleği:
	Yaşı:
	Medeni Durum:
Telefon:	Eğitim Durumu:
Cinsiyet:	
Tıbbi Tanı:	
Hastalık tanısı konulduktan sonra geçen süre:	

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

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

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

Lütfen bir sonraki sayfaya geçiniz

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

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

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

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.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

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

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

Bana göre hastalığıma yol açan en önemli nedenler:

1.

2.

Lütfen bir sonraki sayfaya geçiniz

EK-5. UCLA YANLIKLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir rakamı daire içine alarak belirtmenizdir.

	Ben bu durumu HİÇ yaşamam	Ben bu durumu NADİREN Yaşarım	Ben bu durumu BAZEN Yaşarım	Ben bu durumu SIK SIK Yaşarım
1. Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.	1	2	3	4
2. Arkadaşım yok.	1	2	3	4
3. Başvurabileceğim hiç kimsem yok.	1	2	3	4
4. Kendimi tek başıyım gibi hissetmiyorum.	1	2	3	4
5. Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum.	1	2	3	4
6. Çevremdeki insanlarla bir çok ortak yönüm var.	1	2	3	4
7. Artık hiç kimseyle samimi değilim.	1	2	3	4
8. İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor.	1	2	3	4
9. Dışa dönük bir insanım.	1	2	3	4
10. Kendimi yakın hissettiğim insanlar var.	1	2	3	4
11. Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.	1	2	3	4
12. Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.	1	2	3	4
13. Hiç kimse gerçekten beni iyi tanımıyor.	1	2	3	4
14. Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	1	2	3	4
15. İstedğim zaman arkadaş bulabilirim.	1	2	3	4
16. Beni gerçekten anlayan insanlar var.	1	2	3	4
17. Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.	1	2	3	4
18. Çevremde insanlar var ama benimle değil.	1	2	3	4
19. Konuşabileceğim insanlar var.	1	2	3	4
20. Derdimi anlatabileceğim insanlar var.	1	2	3	4

EK-6. STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse,%0'ın altındaki parantez içine (x) işareti koyun, çok uygun ise %100'ün altını, diğer cevaplarınız için öteki seçenekleri kullanınız.

Sizi nasıl tanımlıyor ? Size ne kadar uygun?

		%0	%30	%70	%100
BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA..					
1	Kimsenin bilmesini istemem.				
2	İyimser olmaya çalışırım.				
3	Bir mucize olmasını beklerim				
4	Olayı/olayların büyümeyip üzerinde durmamaya çalışırım.				
5	Başta gelen çekilir diye düşünürüm.				
6	Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7	Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim.				
8	Olayın/olayların değerlendirmesini yaparım, en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9	İçinde bulunduğum kötü durumun kimse tarafından bilinmesini istemem.				
10	Ne olursa olsun direnme ve mücadele gücünü kendimde bulurum.				
11	Olayları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12	Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13	İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14	Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15	Problemın çözümünü için adak adarım.				
16	Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17	Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18	Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19	Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım.				
20	Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21	Mücadeleden vazgeçerim.				
22	Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23	Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24	Olâylar karşısında 'kaderim buymuş' derim.				
25	'Keşke daha güçlü bir insan olsaydım' diye düşünürüm.				
26	Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim.				
27	'Benim suçum ne?' diye düşünürüm.				
28	'Hep benim yüzümden oldu' diye düşünürüm.				
29	Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30	Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				