



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE ÖZ-ETKİLİLİKLE İLİŞKİSİ

Yelda KOÇAK

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR

ANKARA

2021

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE
ÖZ-ETKİLİLİKLE İLİŞKİSİ**

Yelda KOÇAK

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR

ANKARA

2021

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Öz-Etkililikle İlişkisi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Yelda KOÇAK

Tarih:

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Anabilim Dalında
Yelda KOÇAK tarafından hazırlanan
“Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi
ve Öz-Etkililikle İlişkisi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK
LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 26.08.2021

Prof. Dr. Meltem ÇÖL
Ankara Üniversitesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR
Ankara Üniversitesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Danışman

Doç. Dr. Derya ÇAMUR
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Fügen AKTAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Çizelgeler	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Konusu İle İlgili Bilgiler	3
1.2.1. KOAH	3
1.2.1.1. KOAH'ın Epidemiyolojisi	3
1.2.1.2. KOAH'ın Risk Faktörleri	4
1.2.1.2.1. Genetik Faktörler	5
1.2.1.2.2. Yaş ve Cinsiyet	5
1.2.1.2.3. Akciğerin Büyümesini ve Gelişmesini Etkileyen Faktörler	6
1.2.1.2.4. Enfeksiyonlar	6
1.2.1.2.5. Hava Yollarının Aşırı Duyarlılığı ve Astım	6
1.2.1.2.6. Sigara	7
1.2.1.2.7. Meslek Nedeniyle Tozlara ve Kimyasallara Maruz Kalma	7
1.2.1.2.8. İç ve Dış Ortamın Hava Kirliliği	8
1.2.1.2.9. Sosyoekonomik Durum	9
1.2.1.3. KOAH'ın Belirti ve Bulguları	9
1.2.1.3.1. Dispne	9
1.2.1.3.2. Kronik Öksürük	10
1.2.1.3.3. Balgam Çıkarma	10
1.2.1.3.4. Hastalığın Diğer Belirti ve Bulguları	10
1.2.1.4. KOAH'ın Tanısı	11
1.2.1.5. KOAH'ın Tedavisi	12
1.2.1.5.1. Risk Faktörlerinden Korunma	13
1.2.1.5.2. Stabil KOAH Tedavisi	13
1.2.1.5.3. Alevlenmelerin Yönetimi	14
1.2.1.5.4. Hasta ve Ailesinin Eğitimi	15
1.2.1.6. KOAH ve Hemşirelik Bakımı	15
1.2.2. Sağlık Okuryazarlığı	17
1.2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması	18
1.2.2.1.1. Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	18
1.2.2.1.2. İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı	18
1.2.2.1.3. Kritik Sağlık Okuryazarlığı	19
1.2.2.2. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı	19
1.2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	19
1.2.2.4. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesinde Kullanılan Ölçme Araçları	21
1.2.2.5. KOAH ve Sağlık Okuryazarlığı	22
1.2.3. Öz-etkililik	22

1.2.3.1. KOAH ve Öz-etkililik	24
2. GEREÇ VE YÖNTEM	26
2.1. Araştırmanın Türü	26
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	26
2.3. Araştırmanın Evreni	26
2.4. Araştırmanın Örneklemi	26
2.4.1. Araştırmaya Alma Kriterleri	27
2.4.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	27
2.5. Araştırmanın Değişkenleri	27
2.5.1. Bağımlı değişkenler	27
2.5.2. Bağımsız değişkenler	27
2.6. Araştırmanın Soruları	28
2.7. Veri Toplama Araçları	29
2.7.1. Hasta Tanıtım Formu	29
2.7.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)	29
2.7.3. KOAH Öz-etkililik Ölçeği	30
2.8. Verilerin Toplanma Süreci	31
2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
2.10. İzinler ve Etik Konular	31
2.11. Verilerin Analiz Edilmesi	32
2.12. Araştırmanın Takvimi	32
3. BULGULAR	34
3.1. Sosyo-Demografik Özelliklere ve Hastalıkla İlgili Özelliklere İlişkin Bulgular	34
3.2. Hastaların TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puanlarına İlişkin Bulguları	39
3.3. Hastaların KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulguları	55
4. TARTIŞMA	68
4.1. Sosyo-Demografik Bulguların ve Hastalıkla İlgili Bulguların Tartışılması	68
4.2. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	71
4.3. Hastaların Öz-etkililik Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	77
4.4. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ve Öz-etkililik Puanları Arasındaki İlişkilere Dair Bulguların Tartışılması	82
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	84
ÖZET	91
SUMMARY	93
KAYNAKLAR	95
EKLER	106
EK-1. Hasta Tanıtım Formu	106
EK-2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)	109
EK-3. KOAH Öz-etkililik Ölçeği Türkçe Formu	111
EK-4. KOAH Öz-etkililik Ölçeği Türkçe Formu Kullanım İzni	113
EK-5. Etik Kurul Kararı	114
EK-6. Kurum İzni	115
ÖZGEÇMİŞ	116

ÖNSÖZ

Bu çalışma, KOAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ve öz-etkililik ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Bu araştırmanın sonucuna göre gerekirse KOAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz-etkililik düzeylerine yönelik girişimlerde bulunulup, hastaların hastalık yönetiminde daha aktif bir hâle getirilebileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışma sonucunda elde edilen veriler, KOAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz-etkililiklerini konu edinecek benzer çalışmalar için temel oluşturabilir.

Tez çalışmamın gerçekleştirilmesi sürecinde bilgisi ve deneyimi ile bana yol gösteren tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR'a değerli katkılarından ve desteklerinden ötürü teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgilerinden ve deneyimlerinden yararlandığım Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Meltem ÇÖL'e, Prof. Dr. Z. Ferda ÖZYURDA'ya, Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN'a, Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ'e, Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma, çalışanlara ve her konuda desteğini gördüğüm Bahar DOĞAN'a,

Araştırma verilerinin toplanması aşamasındaki yardımlarından dolayı Doç. Dr. Harun KARAMANLI'ya ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara,

Sevgilerini ve bana olan güvenlerini her zaman hissettiren, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen değerli aileme teşekkür ederim.

SİMGELER VE KISALTMALAR

CAT	COPD Assessment Test (KOAİ Değerlendirme Testi)
DALY	Disability Adjusted Life Years (Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı)
FEV ₁	Birinci Saniyedeki Zorlu Ekspiratuar Hacim
FVC	Zorlu Vital Kapasite
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı İçin Küresel Girişim)
HLS-EU CONSORTIUM	Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Kavramsal erevesi
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation (Washington Üniversitesi Sağlık lmleri ve Değerlendirme Enstitüsü)
KOAİ	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
maks	Maksimum
min	Minimum
mMRC	Modified British Medical Research Council Questionnaire (Değiştirilmiş İngiliz Tıbbi Araştırma Konseyi Anketi)
TSOY- 32	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı lği-32
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık rgt)

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. GOLD 2021 Raporuna Göre KOAH'da Hava Akımındaki Azalmanın Şiddetinin Sınıflandırılması (GOLD, 2021).	11
Çizelge 3.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguları (n=287)	34
Çizelge 3.2. Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (n=287)	36
Çizelge 3.3. Hastaların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı*	37
Çizelge 3.4. Hastaların Hastalık İle İlgili Eğitim Düzeyi Verilerinin Dağılımı (n=287)	38
Çizelge 3.5. Sağlık İle İlgili Bir Sorunda İlk Önce Tercih Edilen Kuruma Göre Dağılım	38
Çizelge 3.6. Hastaların Sağlık İle İlgili Bilgileri Kimden Aldıklarına Göre Dağılımları*	39
Çizelge 3.7. Araştırmaya Katılan Hastaların TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puanları	39
Çizelge 3.8. Araştırmaya Katılan Hastaların TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puanlarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Dağılımı	41
Çizelge 3.9. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	42
Çizelge 3.9 (Devam). Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	40
Çizelge 3.10. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerine Göre TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	43
Çizelge 3.10 (Devam). Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerine Göre TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	44
Çizelge 3.10 (Devam). Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerine Göre TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	45

Çizelge 3.11. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık İle İlgili Eğitim Düzeyi Özelliklerine Göre TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	51
Çizelge 3.12. Araştırmaya Katılan Hastaların Kronik Hastalık Durumuna Göre TSOY-32 Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
Çizelge 3.13. Araştırmaya Katılan Hastaların Sağlık İle İlgili Bir Sorunda İlk Önce Tercih Ettikleri Kuruma Göre TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	51
Çizelge 3.14. Araştırmaya Katılan Hastaların KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları	55
Çizelge 3.15. Araştırmaya Katılan Hastaların KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyutlarının Puanlarının Öz-etkililik Düzeylerine Göre Dağılımı	56
Çizelge 3.16. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları	57
Çizelge 3.16 (Devam). Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyutların Puan Ortalamaları	58
Çizelge 3.17. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık İle İlişkili Özelliklerine Göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (n=287)	60
Çizelge 3.17 (Devam). Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık İle İlişkili Özelliklerine Göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (n=287)	61
Çizelge 3.18. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık İle İlgili Eğitim Düzeyi Özelliklerine Göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları	63
Çizelge 3.19. Hastaların Kronik Hastalık Durumuna Göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları	64
Çizelge 3.20. Hastaların Sağlık İle İlgili Bir Sorunda İlk Önce Tercih Ettikleri Kuruma Göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları	65

Çizelge 3.21. Araştırmaya Katılan Hastaların TSOY-32 Puanları ve KOAH Öz-etkililik Ölçeği Puanlarının Korelasyonları*

66



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Zararlı parçacıklara ve gazlara aşırı maruz kalma sonucunda hava yolu veya alveol anormalliklerinin ve buna bağlı olarak hava akımında kısıtlanmanın ve kalıcı solunum belirtilerinin görüldüğü Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), önlenmesi ve tedavi edilmesi mümkün olan bir hastalıktır (GOLD, 2021). Sebep olduğu yeti kayıpları, iş gücü kayıpları ve sağlık harcamalarıyla ekonomik ve sosyal yükü arttıran KOAH, dünya çapında önemli hastalıklardan ve ölüm nedenlerinden biridir ve ciddi bir halk sağlığı sorunudur (GOLD, 2021; Tatlıcıoğlu, 2007; Uygun, 2019; Üstünova ve Nahcivan, 2015).

KOAH'ın en belirgin semptomları ilerleyici dispne, kronik öksürük ve balgam çıkarmadır ve bu semptomların varlığı hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Kocabaş ve ark., 2014; Tülüce ve ark., 2016). KOAH ciddi nefes darlığına sebep olduğundan hastalar fiziksel aktivitelerini sınırlandırarak oksijen tüketimini en aza indirmeye çalışırlar (Bal Özkaptan, 2013; Ünsal ve Yetkin, 2005). KOAH tanısı olan bazı bireyler fiziksel aktiviteyi gerçekleştirebilecek yeterlilikte olmalarına rağmen, öz-etkililiklerinin düşük olması nedeniyle günlük yaşamda birçok aktivitelerden kaçınabilmektedirler (Bal Özkaptan, 2013; Wigal ve ark., 1991).

Bireyin sağlığını koruyacak ve geliştirecek davranışları öğrenmesinde ve bu davranışların devamlılığının sağlanmasında önemli bir rolü olan öz-etkililiği (Gözüm ve Aksayan, 1999) Bandura “bireyin ortaya çıkması mümkün olan durumlarla mücadele edebilmesi için gereken eylem planlarını ne derece iyi uygulayabileceğine dair kendine olan yargısı” olarak tanımlamıştır (Bandura, 1982).

Öz-etkililik bireyin becerilerini algılamasını, bir davranışı yerine getirip getirmeyeceğini, davranışı yerine getirmeye yönelik çabasını, zor bir durum

karşısında hissedeceği kaygıyı, kendine olan güvenini ve göstereceği mücadeleyi etkiler. Öz-etkililiği yüksek olan bireyler sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yönelik davranışları edinmek için daha fazla çaba gösterirler (Bal Özkaptan, 2013; Bandura, 1982; Ucakan, 2010).

KOAH, uzun süreli bakıma ve tedaviye ihtiyaç duyulan, hava akımındaki sınırlanmanın tam olarak geri dönüşünün olmadığı kronik bir hastalıktır. Kronik hastalıkların seyrinde, hastanın sağlık ile ilgili davranışlarının etkisi büyüktür ve bu davranışların şekillenmesinde de kişinin sağlık okuryazarlığı düzeyi önemli bir etkiye sahiptir (Güven, 2016).

Geçmişten günümüze kadar birçok tanımlanmış sağlık okuryazarlığı terimini Nutbeam “bireyin sağlığıyla ilgili bilgiye erişebilmesi, bilgiyi anlayabilmesi ve bu bilgiyi sağlığını sürdürecektir ve geliştirecek şekilde kullanabilmesi için gerekli olan motivasyon düzeyini ve yeteneğini saptayan sosyal ve bilişsel beceriler” şeklinde tanımlamıştır (Nutbeam, 1998; WHO, 1998).

Bireylerin sağlıklı kalması, sağlıklerini koruyabilme ve geliştirebilmeleri sağlık bilgilerine ulaşma, sağlık bilgilerini anlama, doğru yorumlama ve edinilen bilgilere uygun davranış geliştirme ile gerçekleşebilir (Çopurlar ve Kartal, 2016). Örneğin, KOAH gibi kronik hastalıklarda risk faktörlerinden korunmak için bireylerin yaşam tarzlarında ve sağlık ile ilgili davranışlarında değişiklik yapmaları gerekebilir. Bu değişiklikleri yapabilmeleri için de öncelikle bireylerin bu risk faktörlerinin neler olduğu ve bu faktörlerden korunma yöntemleri ile ilgili bilgilere ulaşabilmeleri ve bu bilgileri doğru olarak algılayıp, yorumlayabilmeleri ve uygulayabilmeleri gerekmektedir (Bilir, 2014). Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireyler, verilen eğitimleri anlamakta zorlanmakta, hastalıkları ve tedavileri ile ilgili bilgileri yetersiz kalmakta ve buna bağlı olarak da sağlıkları ile ilgili doğru karar vermede ve bu kararları uygulamada zorluk çekebilmektedirler (Çiftci, 2015).

1.2. Araştırmanın Konusu İle İlgili Bilgiler

1.2.1. KOAH

KOAH: “zararlı parçacıklara ve gazlara aşırı maruz kalma sonucunda hava yolu veya alveol anormalliklerinin ve buna bağlı olarak hava akımında kısıtlanmanın ve kalıcı solunum belirtilerinin görüldüğü, önlenmesi ve tedavi edilmesi mümkün olan bir hastalık” olarak tanımlanmaktadır (GOLD, 2021). KOAH’daki ilerleyici hava akımı kısıtlanmasının, sigara ve biyokütle yakıtı gibi zararlı gaz ve partiküllere karşı gelişen anormal inflamatuvar yanıtın akciğer parankimal dokusunda yıkıma (amfizem) ve küçük hava yollarında fibrosizasyonla neden olmasıyla görüldüğü belirtilmektedir (GOLD, 2021). Oluşan bu inflamasyon ayrıca sistemik etkilere de yol açabilmektedir (Türk Toraks Derneği, 2010).

KOAH’ın doğrudan veya dolaylı etkisiyle ya da KOAH’tan bağımsız oluşan diğer hastalıkların KOAH’a eşlik etmesi (komorbidite) hastalığın prognozunu olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalık özellikle kış mevsiminde nefes darlığı, öksürük ve balgam miktarındaki artış olarak tanımlanan alevlenmeler ile seyredabilmektedir (Kocabaş ve ark., 2014; Türk Toraks Derneği, 2010).

1.2.1.1. KOAH’ın Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2019 verilerine göre KOAH dünyadaki 3. önde gelen ölüm nedenidir ve toplam ölümlerin yaklaşık %6’sından sorumludur. Cinsiyetlere göre baktığımızda 1,4 milyonu kadın ve 1,9’u erkek olmak üzere toplamda yaklaşık 3,3 milyon kişi 2019 yılında KOAH nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastalık yükünü değerlendirmede, engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı olan DALY (Disability Adjusted Life Year)’i de kullanmaktadır ve dünya genelinde DALY’lerin önde gelen nedenleri sıralamasında KOAH 7. Sırada yer almaktadır (WHO, 2019; WHO, 2020).

Türkiye’de ise, Washington Üniversitesi Sağlık Ölçümleri ve Değerlendirme Enstitüsü (IHME- Institute for Health Metrics and Evaluation) 2019 verilerine göre en çok ölüme neden olan faktörlerde KOAH %18,1 ile dördüncü sıradadır (IHME, 2019). Hastaların, hastalığın belirtilerini göz ardı ederek sağlık kuruluşuna başvurmamaları, morbidite oranlarının doktora başvuru, acil servise başvuru ve hastaneye yatış rakamlarına göre belirlenmesi, tanı kriterlerindeki farklılıklar, KOAH’ın esas ölüm nedeni olduğu durumlarda bile ölüm raporlarında ilk neden olarak belirtilmemesi gibi sebepler hastalığın gerçek morbidite ve mortalite verilerine ulaşılmasını engellemektedir (GOLD, 2021; Kocabaş ve ark., 2014).

Doğumda beklenen yaşam süresinin uzamasıyla ve KOAH risk faktörlerine maruz kalmanın artmasıyla birlikte KOAH’ın görülme sıklığının da artması beklenmektedir (GOLD, 2021).

1.2.1.2. KOAH’ın Risk Faktörleri

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı’nda risk faktörlerinin bilinmesinin, KOAH’lı bireylerin hastalığının ilerlemesini önlemede önemli bir rolü vardır ve bu faktörlerin bilinmesi, hastalığın prevalansının azaltılmasına yönelik geleceğe dönük koruyucu sağlık politikalarının belirlenmesine de katkıda bulunabilmektedir (Türk Toraks Derneği, 2010).

KOAH’ın oluşumunda etkisi olan risk faktörleri; genetik faktörler, yaş, cinsiyet, akciğerin büyümesini ve gelişmesini etkileyen faktörler, enfeksiyonlar, hava yolunun aşırı aktivitesi ve astım, iç ve dış ortamın hava kirliliği, sigara, meslek nedeniyle toz ve kimyasallara maruz kalma ve sosyoekonomik durum olarak tanımlanmaktadır (GOLD, 2021; Kocabaş ve ark., 2014).

1.2.1.2.1. Genetik Faktörler

KOAH'ın oluşumunda genetik yatkınlığın da payı olduğu düşünülmektedir. KOAH oluşumunda etkisi olduğu düşünülen tümör nekroz faktörü-alfa (TNF- α), glutatyon S-transferaz (GST), matriks metalloproteinaz 9 (MMP-9), vitamin D bağlayan protein, mikrozomal epoksit hidrolaz (mEH) gibi genler araştırılmıştır; ancak net bir ilişki bulunamamıştır (Kocabaş ve ark., 2014). KOAH oluşumuna neden olduğu kanıtlanan en önemli genetik risk faktörü alfa-1 antitripsinin kalıtsal eksikliğidir; ama hastaların çok az bir kısmında bu eksiklik görülmektedir (GOLD, 2021). Alfa-1 antitripsin bir proteaz enzim inhibitörüdür ve akciğerleri nötrofil elastazın elastolitik aktivitesine karşı korur. Alfa-1 antitripsin eksikliği amfizeme yol açarak KOAH oluşumu için zemin oluşturabilmektedir (Camelier ve ark., 2008; Köktürk, 2004; Küpeli ve ark., 2001).

1.2.1.2.2. Yaş ve Cinsiyet

Yaş, KOAH için risk faktörü olarak kabul edilmektedir; ama yaşam süresinin uzun olması nedeniyle kişinin daha fazla risk faktörüne maruz kalmış olması mı KOAH oluşumunda etkili, yoksa yaşlanmayla birlikte akciğerde meydana gelen değişikliklerin mi hastalığa yol açtığı henüz netleşmemiştir (GOLD, 2021; Kocabaş ve ark., 2014). Geçmişte yapılan araştırmalarda KOAH prevalansı ve mortalitesi erkeklerde kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunduğundan KOAH'ın erkek hastalığı olduğu düşünülmekteydi; ancak son yıllarda yapılan çalışmaların verilerine baktığımızda erkekler ve kadınlar arasında KOAH prevalansı açısından anlamlı bir fark neredeyse yoktur. Bu değişimin oluşmasında kadınlarda da sigara kullanımının artmasının etkisi olduğu düşünülmektedir (GOLD, 2021; Kocabaş ve ark., 2014). Ayrıca gelişmekte olan ülkelerde kadınların evleri ısıtmak ve yemek pişirmek için biyokütle yakıtlarını kullanması kadınlarda KOAH görülme oranını arttırmıştır (Ohar ve ark., 2011).

1.2.1.2.3. Akciğerin Büyümesini ve Gelişmesini Etkileyen Faktörler

Akciğer gelişimi uterusda başlar ve bebeklik, çocukluk, adölesan dönemlerinde maruz kalınan çeşitli mekanik ve biyokimyasal faktörlerden etkilenir. Gebelik sırasında annenin sigara içmesi veya pasif içicilik, düşük doğum ağırlığı, yetersiz beslenme (A,C, E vitamini eksikliği), erken doğum ve çocukluk çağında geçirilen solunum sistemi enfeksiyonları akciğer gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca sigara haricinde, oksidan gazlara (ozon, nitrojen dioksit gibi), trafikle ilgili emisyonlara (karbon monoksit, nitrojen oksitler gibi) ve biyokütle yakıtın yanmasından kaynaklanan partiküllere (odun, gübre, saman gibi) maruz kalma da akciğer gelişimini olumsuz etkileyerek KOAH'ın gelişme riskini arttırmaktadır (Stocks ve Sonnappa, 2013).

1.2.1.2.4. Enfeksiyonlar

Çocukluk döneminde geçirilen solunum yolu enfeksiyonlarının akciğerin yapısında ve fonksiyonlarında bozulmalara neden olarak bireylerde solunum semptomlarının ve KOAH görülme riskinin artmasına yol açtığı tespit edilmiştir (GOLD, 2021). Geçirilen bakteriyel veya viral enfeksiyonların tetiklediği alevlenmeler ise hastalığın şiddetini arttırmakta ve iyileşme süresinin uzamasına neden olmaktadır (Kocabaş ve ark., 2014; Wedzicha ve Seemungal, 2007). Ayrıca tüberküloz geçirmiş olmak veya HIV ile enfekte olmanın da KOAH'ın gelişme riskini arttırdığına dair çalışmalar mevcuttur (Drummond ve Kirk, 2014; Kocabaş ve ark., 2014).

1.2.1.2.5. Hava Yollarının Aşırı Duyarlılığı ve Astım

Hava yollarının aşırı duyarlılığı KOAH'ın önde gelen risk faktörlerinden biridir. Hava yollarında aşırı duyarlılık klinik astım tanısı olmaksızın da var olabilir ve hafif

KOAH'lı hastalarda akciğer fonksiyonundaki aşırı düşme riskinin bir göstergesi olabilmektedir (GOLD, 2021).

Astımı olanlarda, astımı olmayanlara göre KOAH gelişme riski daha yüksektir ve bu kişilerin yaklaşık %20'sinde geri dönüşü olmayan hava akımı kısıtlanması meydana gelmektedir (GOLD, 2021; Kocabaş ve ark., 2014).

1.2.1.2.6. Sigara

KOAH'ın ortaya çıkmasına ve ilerlemesine neden olan en önemli risk faktörü sigara veya diğer tütün ürünlerinin kullanımıdır. Sigara içenlerde, içmeyenlere kıyasla akciğer fonksiyon anormallikleri ve buna bağlı solunum semptomları daha çok görülür. Sigara içenlerde KOAH'a bağlı mortalite hızı daha yüksektir (Kocabaş ve ark., 2014). Sigara içmenin yanı sıra, kişinin sigaraya kaç yaşında başladığı, kaç senedir sigara içtiği ve günde kaç tane içtiği de hastalığın oluşumunda etkisi olan faktörlerdendir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Ayrıca sigara içmeyen ama sigara dumanından pasif bir biçimde etkilenen kişilerde de KOAH gelişme riski artmaktadır (Türk Toraks Derneği, 2010).

KOAH oluşumunda sigara kullanımı en önemli risk faktörü kabul edilmekle birlikte KOAH oluşumuna neden olan tek risk faktörü değildir ve sigara kullanmayanlarda da KOAH görülmektedir (Efe Ertürk, 2012; Kocabaş ve ark., 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009).

1.2.1.2.7. Meslek Nedeniyle Tozlara ve Kimyasallara Maruz Kalma

Bazı bireyler mesleklerinden dolayı iş yerlerinde çeşitli zararlı tozlara, gazlara ve dumanlara maruz kalabilmektedirler. Bu zararlı maddelerin uzun süreli ve yoğun bir şekilde solunması sonucunda KOAH meydana gelebilmektedir. Özellikle madenlerde, inşaatlarda, demir-çelik sanayisinde, otomobil yapımı ve onarımı

işlerinde, tekstil ve tarım sektöründe çalışanlar ve silika, kadmiyum gibi zararlı tozlara maruz kalınan diğer sektörlerde çalışanlar KOAH oluşumu yönünden risk altındadır (Kocabaş ve ark., 2014).

1.2.1.2.8. İç ve Dış Ortamın Hava Kirliliği

Az gelişmiş veya gelişmemiş ülkelerde havalandırılması iyi olmayan kapalı ortamlarda, ısınmak veya yemek yapmak için biyokütle yakıtlarının (odun, tezek, bitki kökleri vb.) kullanılması iç ortamda hava kirliliğine neden olur ve bu havanın solunması özellikle kadınlarda KOAH'ın görülme oranının artmasına yol açmaktadır (Kocabaş ve ark., 2014; Ohar ve ark., 2011). Çocukluktan itibaren biyokütle yakıtların kullanıldığı evlerde yaşamak ve evlerin yetersiz havalandırılması nedeniyle bu yakıtların yakılmasıyla ortaya çıkan gazlara sürekli maruz kalınması, zamanla akciğer enfeksiyonlarının daha çok görülmesine ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'na neden olmaktadır (Gani ve ark., 2000). Ülkemizde kırsal kesimlerde yaşayan kadınlar biyokütle yakıtlarını daha çok kullanmaktadır (Yakışan ve ark., 2006). Kiraz ve ark. (2003), ısınmak veya yemek yapmak için biyokütle yakıtlarını kullanan Kayseri'nin kırsal kesimlerinde yaşayan kadınlardaki ve bu yakıtların kullanılmadığı kentsel kesimlerinde yaşayan kadınlardaki, KOAH ve kronik bronşit görülme sıklığını değerlendirmek için yaptıkları çalışmada; sigara içme prevalansının kentsel kesimde yaşayan kadınlarda daha yüksek olmasına rağmen, biyokütle yakıtları kullanan kırsal kesimde yaşayan kadınlarda KOAH ve kronik bronşit görülme sıklığının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Kömüs ve ark. (2008), bacasız sistemler olduklarından dolayı, ısınmak için tandır ve şömine gibi yöntemlerin kullanılmasının akciğer sağlığı için önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Aşker ve ark. (2014), yaptıkları bir çalışmada, çocukluk çağından itibaren tandır dumanına maruz kalan hastaların FEV₁ (birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim) ve FVC (derin inspirasyon sonrası zorlu ekspirasyon ile dışarı verilen hava hacmi- zorlu vital kapasite) değerlerinin daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Dış ortamın hava kirliliğinin ise KOAH gelişimine olan etkisi net bilinmemekle birlikte; akciğer gelişimini olumsuz etkilediği, solunum yolu

enfeksiyonlarını arttırdığı, ayrıca solunum sistemi ve kalp hastalıklarının kötü seyretmesine neden olduğu bildirilmektedir (Kocabaş ve ark., 2014).

1.2.1.2.9. Sosyoekonomik Durum

Sosyoekonomik düzeyin düşük olması, kişilerin KOAH'ın diğer risk faktörlerine maruz kalma ihtimalini arttırdığından önemlidir. Düşük sosyoekonomik düzey nedeniyle yetersiz beslenme, sigara kullanımında artma, hava kirliliğinin yoğun olduğu kötü koşullu ortamlarda çalışma, biyokütle yakıtını daha fazla kullanma ve sağlık hizmetlerinden yararlanmada zorlanma gibi durumların ortaya çıkması KOAH gelişme riskini arttırmaktadır (Kocabaş ve ark., 2014).

1.2.1.3. KOAH'ın Belirti ve Bulguları

KOAH tanısı alan kişiler en sık; dispne, kronik öksürük ve balgam çıkarma gibi semptomlardan yakınmaktadır (Kocabaş ve ark., 2014).

1.2.1.3.1. Dispne

Hastalarda görülen nefes darlığı kalıcı ve ilerleyici bir özelliكتedir ve KOAH tanısının konulmasını sağlayan en önemli belirtidir. Dispneyi hastalar hava açlığı, göğüs ağırlığı, nefes nefese kalma veya nefes almak için artan bir çaba hissi olarak nitelendirirler (GOLD, 2021; Kocabaş ve ark., 2014). Hastalığın başlangıcında nefes darlığı fiziksel aktiviteyle birlikte ortaya çıkmaktayken, hastalığın ilerleyen dönemlerinde dinlenirken bile nefes darlığı mevcuttur (Bal Özkaptan, 2013).

1.2.1.3.2. Kronik Öksürük

Öksürük genellikle KOAH'ın ilk belirtisidir ve hastalığın ilk evrelerinde görülmeye başlar; ancak hastalar bu belirtinin yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıktığını ya da sigara nedeniyle oluştuğunu düşündüklerinden doktora geç başvururlar ve hastalığın tanısı geç konur (Türk Toraks Derneği, 2010). Öksürük başlangıçta ara ara görülürken ilerleyen dönemlerde gün boyunca ve her gün görülmeye başlar (GOLD, 2021).

1.2.1.3.3. Balgam Çıkarma

KOAH'da, balgam çıkarma sıklıkla öksürükle beraber görülmektedir ve balgam beyaz-gri renkte, koyu kıvamlı, yapışkan bir yapıdadır (Türk Toraks Derneği, 2010). KOAH alevlenmelerinde bakteriyel enfeksiyondaki artışa bağlı olarak pürülan balgam görülebilmektedir (GOLD, 2021). Bazı durumlarda bireylerdeki balgam çıkarma durumunu ve balgamın özelliğini değerlendirmek zorlaşabilmektedir. Örneğin; kadınlar sosyo-kültürel nedenlerden dolayı balgamlarını yutabilirler veya balgam çıkardıklarını gizleyebilirler (GOLD, 2021; Ohar ve ark., 2011).

1.2.1.3.4. Hastalığın Diğer Belirti ve Bulguları

KOAH'ın ilerleyen evrelerinde hastalarda istenmeyen kilo kaybı, wheezing (hışıltılı solunum), göğüste sıkışma, kor pulmonale, pulmoner hipertansiyon, vücutta ödem, fiziksel kısıtlanma ve buna bağlı olarak anksiyete, sosyal hayattan soyutlanma ve depresyon görülebilmektedir (Bal Özkaptan, 2013; Başyigit, 2010; Kocabaş ve ark., 2014; Norweg ve ark., 2011).

1.2.1.4. KOAH'ın Tanısı

Hastaneye dispne, geçmeyen öksürük ve balgam çıkarma gibi şikâyetlerle gelen, KOAH'ın risk faktörlerinden (sigara kullanımı, hava kirliliği yüksek ortamlarda bulunma vb.) uzun süre ve yoğun bir şekilde etkilenmiş olan, özellikle ileri yaşlardaki kişiler KOAH yönünden değerlendirilmelidir (Başyigit, 2010). KOAH yönünden değerlendirilecek kişilerin öncelikle tıbbi öyküsü alınır. Sigara kullanımı (kaç yıldır ve günde kaç tane kullanıldığı, pasif maruz kalma durumu), yaşadığı yerde veya çalışma ortamında solunabilen zararlı partiküllere maruz kalma durumu, geçirilmiş solunum sistemi hastalıkları ve enfeksiyonları, diğer hastalıkların varlığı (kardiyovasküler hastalıklar, diyabet vb.), kullanılan ilaçlar, kişideki semptomlar ve bu semptomların günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu, ailede KOAH veya diğer solunum sistemi hastalıklarının varlığı ayrıntılı bir şekilde değerlendirilir (Kocabaş ve ark., 2014; Takmak, 2019). Fizik muayene, radyolojik tetkikler, arteriyel kan gazı ölçümleri gibi laboratuvar testleri ve solunum fonksiyon testleri diğer tanı yöntemleridir (Türk Toraks Derneği, 2010).

Hastalığın kesin tanısı spirometri ile konulmaktadır. KOAH riski olan kişilere spirometri ile ölçüm yapılmadan önce bronkodilatör uygulanmaktadır. Bronkodilatör uygulamasından 15-20 dk sonra FEV₁, FVC, ve FEV₁/FVC değerleri ölçülmektedir (Kocabaş ve ark., 2014; Sönmez, 2020; Türk Toraks Derneği, 2010). GOLD 2021 raporuna göre, FEV₁/FVC<0,70 olması hava akımında azalma olduğunu göstermektedir ve hasta KOAH olarak değerlendirilmelidir (GOLD, 2021).

Çizelge 1.1. GOLD 2021 Raporuna Göre KOAH'da Hava Akımındaki Azalmanın Şiddetinin Sınıflandırılması (GOLD, 2021).

KOAH'da Hava Akımındaki Azalmanın Şiddetinin Sınıflandırılması (Bronkodilatör sonrası FEV ₁ 'e Göre)	
FEV ₁ /FVC< %70 olanlarda	
EVRE	DEĞERLER
1: Hafif	FEV ₁ ≥ %80 (tahmin edilen)
2: Orta	%50 ≤ FEV ₁ < %80 (tahmin edilen)
3: Şiddetli	%30 ≤ FEV ₁ < %50 (tahmin edilen)
4: Çok Şiddetli	FEV ₁ < %30 (tahmin edilen)

GOLD (2021), KOAH'ın şiddetinin derecelendirilmesinde, hastaları daha kapsamlı bir şekilde değerlendiren, birleşik değerlendirme sistemini tavsiye etmektedir. Bu sisteme göre öncelikle, mMRC (Değiştirilmiş İngiliz Tıbbi Araştırma Konseyi Anketi) veya KOAH Değerlendirme Testi (CAT) kullanılarak semptomlar değerlendirilip semptomu az olanlar (A ve C) ve fazla olanlar (B ve D) şeklinde hastalar gruplara ayrılır. Sonra hastaların alevlenme riski değerlendirilir. Bu değerlendirme yapılırken hastaların son bir yılda geçirdiği alevlenme sayısına veya alevlenme nedeniyle hastaneye yatma öyküsünün bulunup bulunmadığına bakılır. Buna göre, eğer hasta son bir yılda iki veya daha fazla sayıda alevlenme geçirdiyse ya da alevlenme nedeniyle hastaneye yattıysa alevlenme riskinin yüksek olduğu kabul edilir. Alevlenme riskini belirlemede ayrıca spirometri kullanılarak yapılan sınıflandırma da kullanılabilir. Bu sınıflandırmaya göre evre 1 ve 2 olarak değerlendirilen hastaların alevlenme riski düşükken, evre 3 ve 4 olarak değerlendirilen hastaların alevlenme riski yüksektir. Birleşik değerlendirme sistemine göre alevlenme riski düşük olanlar A ve B gruplarında; alevlenme riski yüksek olanlar ise C ve D gruplarında yer almaktadırlar (GOLD, 2021; Kocabaş ve ark., 2014).

1.2.1.5. KOAH'ın Tedavisi

KOAH'ın tedavisinde; hastalığın semptomlarını azaltmak ve hastanın semptomlarla baş edebilmesini sağlamak, hastanın fiziksel aktivitelere katılımını arttırmak, yaşam kalitesini olabildiğince yükseltmek, alevlenmelerin kontrolünü sağlamak, hastalığın prognozunun kötüleşmesini önlemek ve mortaliteyi azaltmak için dört temel konu üzerinde durulmaktadır. Bunlar: risk faktörlerinden korunma, stabil KOAH tedavisi, alevlenmelerin yönetimi ve hasta ve ailesinin eğitimidir (Bal Özkaptan, 2013; Elbi, 2014; Kocabaş ve ark., 2014; Türk Toraks Derneği, 2010).

1.2.1.5.1. Risk Faktörlerinden Korunma

KOAH'ın oluşmasındaki ve ilerlemesindeki en önemli sebeplerden biri sigara kullanımıdır ve bu nedenle hastalığın tedavisinde öncelikle yapılacak olan hastanın sigara kullanımının sorgulanmasıdır ve eğer sigara kullanımı mevcutsa sigaranın bırakılmasına yönelik yaklaşımlarda bulunulmalıdır. Ayrıca sigaraya pasif maruz kalma durumu da ortadan kaldırılmalıdır. Sigaranın bırakılması için kişiye eğitimler verilerek kişi sigarayı bırakmaya teşvik edilmelidir. Bunun yanı sıra; nikotin bandı, sakızı veya dilaltı tableti kullanılarak uygulanan nikotin yerine koyma tedavisi gibi farmakolojik tedavi yöntemleri de tercih edilebilir. Ayrıca bupropion ve vareniklin gibi ilaçlardan birinin de tedaviye eşlik etmesi sigarayı bırakmaya yardımcı olabilmektedir (Türk Toraks Derneği, 2010).

KOAH'ın oluşumunda ve ilerlemesinde etkili olan bir diğer faktör, iç ve dış ortamda bulunan ve solunabilen zararlı organik ve inorganik maddelere, gaz ve dumana uzun süre maruz kalma olduğundan bu durumun önlenmesi için de girişimlerde bulunmak gerekmektedir. Bunun için, evlerde iç ortamın hava kirliliğine neden olan biyokütle yakıtın kullanımının önüne geçilmelidir. Evlerin havalandırılmasına dikkat edilmelidir. Sanayi tesisleri ve arabaların egzoz dumanı gibi dış ortamın hava kirliliğine yol açan nedenlere yönelik de önleyici çalışmalarda bulunulmalıdır. Ayrıca hava kirliliğinin yoğun olduğu günlerde dışarı çıkılmamalıdır (Kocabaş ve ark., 2014). İş yerlerinde hava kirliliğine maruz kalmayı önlemek için ise, çalışanların sağlık kontrolleri düzenli bir şekilde yaptırılmalı, zararlı maddeleri inhale etme riskleri, süreleri ve yoğunlukları kontrol edilmeli, çalışanlara risklerden korunmaya yönelik eğitimler verilmelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

1.2.1.5.2. Stabil KOAH Tedavisi

Stabil KOAH tedavisi hastanın bireysel özelliklerine, hastalığının derecesine ve hastalığın seyrine göre düzenlenmekte olup, ilaç tedavisinden ve ilaç dışı yöntemlerden oluşmaktadır. KOAH'da ilaç tedavisinin amacı hastalığın

semptomlarını ve alevlenmesini azaltmak, egzersiz kapasitesini ve yaşam kalitesini arttırmaktır (Kocabaş ve ark., 2014). KOAH'da ilaç tedavisinde bronkodilatörler (antikolinerjikler, beta-2 agonistler, metilksantinler, beta-2 agonistlerin kombine kullanımı), kortikosteroidler (inhale kortikosteroidler-İKS), fosfodiesteraz-4 inhibitörleri, mukolitikler, antioksidan ajanlar, antibiyotikler, antitussifler, vazodilatatörler ve aşilar (influenza ve pnömokok aşısı) kullanılmaktadır. KOAH'ın ilaç dışı tedavisinde ise; pulmoner rehabilitasyon (PR), uzun süreli oksijen tedavisi (USOT), noninvaziv mekanik ventilasyon (NIMV), beslenme desteği, egzersiz eğitimleri ve cerrahi tedavi (akciğer volüm azaltıcı cerrahi, büllektomi, akciğer nakli) bulunmaktadır (Bal Özkaptan, 2013; GOLD, 2021; Kocabaş ve ark., 2014).

1.2.1.5.3. Alevlenmelerin Yönetimi

KOAH alevlenmesi, genellikle viral ve bakteriyel enfeksiyonların tetiklemesiyle meydana gelen, nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarma gibi solunum semptomlarındaki artış ile karakterize ve ek tedaviye ihtiyaç duyulan bir durumdur (GOLD, 2021; Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği, 2018). KOAH alevlenmelerinin sık görülmesi ve şiddetli seyretmesi hastaların yaşam kalitesini kötü etkilemektedir. Hastaneye başvuru sayılarında ve mortalite oranlarında artışa neden olduğundan alevlenmelerin tedavisi önemlidir. KOAH alevlenmelerinin tedavisindeki amaç; alevlenmelerin hastada meydana getireceği olumsuz durumları azaltmak ve alevlenmelerin tekrarlanmasını önlemektir (Kocabaş ve ark., 2014; Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği, 2018). GOLD raporunda (2021), alevlenmelerin tedavisinde bronkodilatörlerden olan beta 2 agonistlerin tek başlarına veya kısa etkili antikolinerjiklerle birlikte kullanılması önerilmektedir. Tedavide kullanılabilecek bir diğer ilaç olan sistemik kortikosteroidlerin akciğer fonksiyonlarını, oksijenasyonunu iyileştirebileceği ve hastanede kalış süresini kısaltabileceği belirtilmektedir. Nefes darlığının ve balgam çıkarmanın artması ve balgamın pürülan olması durumunda tedaviye antibiyotik de eklenebilmektedir. KOAH alevlenmesi nedeniyle solunum yetmezliği gelişen hastalara oksijen tedavisi

ve noninvaziv mekanik ventilasyon ile solunum desteği sağlanmalıdır (GOLD, 2021; Kocabaş ve ark., 2014).

1.2.1.5.4. Hasta ve Ailesinin Eğitimi

KOAH tanılı bireylerin ve ailelerinin hastalık ile ilgili eğitim almaları, tedaviye olan uyumlarını arttırmak açısından önemlidir (Bal Özkaptan, 2013). Verilecek eğitim; risk faktörlerinden korunmayı ve sigarayı bırakmayı, KOAH'ın tedavisi hakkında temel bilgilerin verilmesini, ilaçların doğru kullanılmasına yönelik eğitimi, alevlenmelerin ne olduğu ve önlenbilmesi için neler yapılabileceğini, hangi durumlarda doktora başvurulması gerektiğini, oksijen tedavisini, nefes darlığını azaltmaya ve günlük aktivitelere katılımı arttırmaya yönelik teknikleri, doğru ve yeterli beslenmeyi, fiziksel aktivitenin önemi ve artırılmasını, solunum egzersizlerini (diyafragmatik solunum, büzük dudak solunumu) ve bronşiyal hijyen tekniklerini, eşlik eden diğer hastalıklarla baş edebilmeyi ve yaşıamın sonunun planlanmasını kapsamaktadır (Türk Toraks Derneği, 2010).

1.2.1.6. KOAH ve Hemşirelik Bakımı

KOAH'da hemşirelik bakımının amacı; hastalık semptomlarını azaltmak ve hastanın bu sayede hastaneye gereksiz başvuru sayısını azaltmak, KOAH sebebiyle gelişebilecek komplikasyonları önlemek, hastaların öz bakım aktivitelerini destekleyerek bağımsızlıklarının artmasını sağlamak, sigara kullanan hastaların sigarayı bırakması için danışmanlık yapmak, hastada görülebilecek korku, anksiyete ve depresyonu azaltmak, hastanın yanı sıra aileyi de hastalık ile ilgili bilgilendirmek ve aileye destek olmaktır (Bozkurt ve ark., 2021; Yel ve Uysal, 2019).

KOAH, hava akımındaki azalmanın zamanla arttığı, kalıcı solunum semptomlarının görüldüğü ve alevlenmelerle seyreden kronik bir hastalık olduğundan, hastaların hayat boyu izleme, tedavi ve bakım gerektiren sağlık ve

sosyal ihtiyaçları bulunmaktadır (Fletcher ve Dahl, 2013; GOLD, 2021). Hasta ve ailesinin hastalığın getirdiği bu ihtiyaçları karşılayabilmesi ve sorunları giderebilmesi için hastalık yönetimini nasıl sağlayacakları ile ilgili bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Bu noktada genellikle hastalarla daha uzun süre temas halinde olan hemşirelerin rolü büyüktür. Yapılan bir araştırmada, hemşirelerin astım ve KOAH gibi uzun süreli solunum yolu hastalıklarının yönetiminin %68'ini üstlendikleri bulunmuştur (Blake ve ark., 2007). Hemşirelerin KOAH yönetiminin sağlanması, hastaların risk faktörlerinden korunması ve tedaviye uyumunun arttırılmasından başlayarak, yaşam sonu bakımına kadar her aşamada önemli rolleri bulunmaktadır. Hemşireler hastaların ilaç tedavilerini uygulamakla birlikte, KOAH'ın semptomlarını azaltmayı ve yönetmeyi, hastaların öz-etkililiklerini ve yaşam kalitelerini arttırmayı amaçlayan hasta eğitimi ve pulmoner rehabilitasyon gibi ilaç dış müdahalelerde yer almaktadırlar (Fletcher ve Dahl, 2013).

KOAH'da görülen semptomlar hastaların ve ailelerinin yaşamlarını olumsuz etkilediğinden, hemşirelerin semptom yönetiminin nasıl sağlanabileceğine yönelik hastalara ve ailelerine eğitim vermeleri hastalığın kendi kendine yönetimi açısından önemlidir (Fletcher ve Dahl, 2013). Hasta ve ailesine verilecek eğitimin semptomların nasıl kontrol altında tutulabileceğini içermesinin yanı sıra, sigara gibi risk faktörlerinden korunma, fiziksel egzersizler, solunum egzersizleri, doğru ve yeterli beslenme, uyku düzeni, psikososyal sorunlarla baş edebilme, ilaçların doğru kullanılması, oksijen tedavisi, hangi durumlarda doktora başvurulması gerektiği gibi konuları da içermesi gerekmektedir (Bal zkaptan, 2013; Bal zkaptan ve Kapucu, 2015; Güçlü, 2018; Türk Toraks Derneği, 2010). Hasta ve ailesini kapsayan bu eğitim, hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve hastaneye gereksiz başvuruların önlenmesi açısından önemlidir.

Bakım verici, araştırıcı, eğitici, danışmanlık, yönetici ve koordinatörlük rolleri olan hemşireler; KOAH'lı bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlarını belirlemeye yönelik çalışmalar yapar ve tespit ettiği sorunları zmek için hasta ve ailesinin merkeze alındığı, bakıma ve eğitime yönelik geliştirici müdahalelerde bulunurlar (Aydemir Gedük, 2018; Karasu, 2019; Takmak, 2019).

1.2.2. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık sistemi ve sağlık davranışları üzerine olan etkisi tespit edildikçe önemi daha da artan sağlık okuryazarlığı kavramı ilk defa 1974’de literatüre girmiştir (Mancuso, 2008). Bu tarihten itibaren sağlık okuryazarlığının birçok tanımı yapılmıştır. Sağlık okuryazarlığı kavramını Nutbeam ‘‘bireyin sağlığıyla ilgili bilgiye erişebilmesi, bilgiyi anlayabilmesi ve bu bilgiyi sağlığını sürdürecekt ve geliştirecek şekilde kullanabilmesi için gerekli olan motivasyon düzeyini ve yeteneğini saptayan sosyal ve bilişsel beceriler’’ olarak tanımlamıştır (Nutbeam, 1998; WHO, 1998).

Sağlık okuryazarlığı kavramı yalnızca, bireyin sağlık ile ilgili yazıları okuyup anlayabilmesini içermez. Aynı zamanda bireyin sağlık durumu ile ilgili bilgili olmasını, sağlığı ile ilgili sunulan seçenekleri doğru değerlendirebilmesini ve sağlık hizmetlerini doğru bir biçimde kullanabilmesini de içermektedir (Çopurlar ve Kartal, 2016).

Sørensen ve arkadaşlarına göre; ‘‘sağlık okuryazarlığı, okuryazarlıkla ilişkili bir kavramdır ve günlük hayatta, yaşam kalitesini sürdürebilmek ve geliştirebilmek için hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık hizmetleri ile alakalı konularda kararlar alınırken sağlık bilgilerine erişmek, erişilen bilgiyi yorumlayabilmek ve uygulamaya dökmek için gereken bilgiye, isteğe ve yeterliliklere sahip olmaktır’’ (Sørensen ve ark., 2012).

Geçmişten günümüze kadar sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan tanımların ortak noktası, sağlık ile ilgili sunulan seçenekleri doğru değerlendirebilmek için, bilgilere erişebilme, bilgileri işleyebilme ve anlayabilmede bireysel becerilerin önemine odaklanmalarıdır. Son zamanlarda sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan çalışmalarda ise sağlık okuryazarlığını bireysel becerilerle sınırlandırmamak gerektiği, bireylerin becerileri ve sağlık hizmeti sunucularının beklentileri arasındaki bir etkileşim olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Sørensen ve ark., 2012).

1.2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Sağlık okuryazarlığının sınıflandırılması ile ilgili yapılan çalışmalar arasında en çok kabul gören; sağlık okuryazarlığını üç seviyede değerlendiren Nutbeam'ın yaptığı sınıflandırmadır (Nutbeam, 2000).

1.2.2.1.1. Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı

Günlük hayattaki işlevleri yerine getirebilmek için gerekli olan temel okuma ve yazma becerilerini ifade eder. Sağlık riskleri ve sağlık hizmetlerinin kullanılmasıyla ilgili bilgileri içeren sağlık eğitiminin sonuçlarını yansıtmaktadır. Geleneksel hasta eğitimleri ve bilgilendirici broşürlerin hazırlanması gibi sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik girişimler daha çok, sağlık riskleri ve sağlık hizmetleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olma gibi bireysel faydalar sağlasa da, aşılama ve tarama programlarına katılımı teşvik etme gibi toplumsal yararlar da sağlayabilmektedir (Nutbeam, 2000).

1.2.2.1.2. İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı

Kişilerin günlük hayattaki aktivitelere aktif olarak katılmasını, bilgiler edinmesini ve edindiği bilgileri değişen koşullara uygun olarak yorumlayabilmesini ve kullanabilmesini içeren daha gelişmiş bilişsel, sosyal ve okuryazarlık becerilerini ifade etmektedir. Bu sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirmeye yönelik faaliyetlerde amaç; kişilerin bağımsız hareket etme kapasitelerini geliştirebilmek, motivasyonlarını ve özgüvenlerini arttırmayı sağlamaktır. Kişisel becerilerin geliştirilmesine yönelik hazırlanan çağdaş okul sağlığı eğitimi programları bu faaliyetlere örnek olarak gösterilebilmektedir (Nutbeam, 2000).

1.2.2.1.3. Kritik Sağlık Okuryazarlığı

Kişilerin bilgileri eleştirel bir bakış açısıyla analiz edip bu bilgileri kullanarak yaşamda karşılaştığı durumlar ve olaylar üzerinde kontrolünü arttırmasını sağlayan gelişmiş bilişsel ve sosyal becerileri içermektedir. Bu düzeyi geliştirmeye yönelik faaliyetlerde toplumsal fayda daha çok ön plana çıkmaktadır (Nutbeam, 2000).

1.2.2.2. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemeye yönelik yapılan çoğu çalışmada dünya genelinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin genellikle yeterli düzeyde olmadığı tespit edilmiştir. Bu çalışmalardan biri de Avrupa’daki sekiz ülkede gerçekleştirilen bir araştırmadır. Bu araştırmanın sonucuna göre, araştırmaya katılan her 10 kişiden en az 1’i (%12) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipken; katılımcıların neredeyse 2’de 1’i (%47) ise sınırlı (yetersiz veya sorunlu) sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir (Sørensen ve ark., 2015). Türkiye’de ise erişkin nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla 23 ilde rastgele seçilmiş 4924 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen bir araştırmada sağlık okuryazarlığı genel puanı 30,4 bulunmuştur ve katılımcıların %24,5’i yetersiz ve %40,1 sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir (Durusu Tanrıöver ve ark., 2014).

1.2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Günümüz sağlık hizmetlerinde hastaların kendi tedavi ve bakımlarına aktif bir şekilde katılımını gerektiren hasta merkezli yaklaşım ön plana çıkmaktadır (Özkan, 2017). Hastalardan sağlıklarıyla ilgili verilen bilgileri anlamaları ve kullanabilmeleri, tedavileriyle ve bakımlarıyla ilgili karar verme sürecine katılmaları ve tedavilerine uyum sağlamaları beklenmektedir. Bu beklentinin karşılanabilmesi de bireylerin sağlık bilgisine erişebilme, sağlık bilgisini anlayabilme, değerlendirebilme ve uygulayabilme kapasitesi anlamına gelen sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli

olmasıyla mümkündür (Bal Özkaptan, 2013; Hahn ve ark., 2017; Kaya ve Karaca Sivrikaya, 2019).

Sağlık ile ilgili bilgilerin hastalara doğru bir şekilde iletilmesi ve hastaların bu bilgileri doğru bir şekilde anlamaları ve uygulamaları hasta güvenliği açısından önemlidir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastalar verilen talimatları doğru anlayamamalarına bağlı olarak ilaçları yanlış kullanma gibi hasta güvenliğini tehdit eden durumları daha fazla yaşamaktadırlar (Kim ve ark., 2020).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan hastaların akılcı ilaç kullanımı ve hastalık yönetimi gibi konularda bilgi seviyeleri de düşük olduğundan sağlık sorunlarından korunmada daha yetersiz kalabilmektedirler. Bu durum da hastanede yatmalarını gerektirebilecek şekilde kötü sağlık durumuna neden olabilmektedir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan hastaların hastaneye yatma riskinin yüksek olmasının bir diğer nedeni de bu hastalarda olumsuz sağlık davranışlarının (sigara kullanımı gibi) görülme oranının daha yüksek olmasıdır. Hastanede yatma süresinin ve sayısının artması ise sağlık hizmetleri maliyetlerinin yükselmesine neden olmaktadır (Baker ve ark., 1998).

Kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi, koruyucu sağlık hizmetlerinden (kansere taramaları, aşılar gibi) yararlanma durumlarını etkilemektedir. Kişilerin koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanması için öncelikle sağlık tehditlerinin farkında olması gerekmektedir. Örneğin; kişilerin kansere taramalarını yaptırabilmesi ilk önce kendisinin de bu hastalığa yakalanabileceğinin farkında olmalıdır ve kanserin erken teşhis ve tedavisi için kansere taramalarının önemli olduğunu anlamalıdır. Bu farkındalığın sağlanabilmesi de sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli olması ile mümkündür (Davis ve ark., 2001).

Kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi sağlık çalışanları ile olan iletişimlerini de etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan kişiler sağlık ile ilgili sorunlarını doğru ifade etmede zorluk yaşadıklarından hastalıklarının teşhis ve tedavi süreci olumsuz etkilenmektedir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan

bireylerin, sağlık çalışanlarının tedavileri ile ilgili verdikleri bilgileri anlamasalar dahi yeniden bilgi istemeye çekindikleri belirtilmektedir (Akbolat ve ark., 2016).

1.2.2.4. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesinde Kullanılan Ölçme Araçları

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık durumu, sağlık bakımına erişim, tıbbi maliyetler, sağlık bilgilerinin anlaşılması ve sağlık hizmetlerine karar verme gibi çeşitli konular üzerinde etkisi olduğundan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi önemlidir (Mancuso, 2009). Ayrıca hastalarla etkili bir biçimde iletişim kurmak ve onların kendi tedavi ve bakım sürecine aktif bir şekilde katılmasını sağlayabilmek için de sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçmek önemlidir. Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi bilindiğinde sağlık çalışanları tedavi ve bakım yönetimi planlarını hastanın sağlık okuryazarlığı düzeyine uygun olarak ve ihtiyaçlarına göre özel bir şekilde hazırlayabilirler (Lee ve ark., 2013). Sağlık okuryazarlığının evrensel olarak kabul gören tek bir tanımı yoktur; farklı becerileri konu edinen geniş bir kavramdır. Bu nedenle de nelerin sağlık okuryazarlığı ölçütü olarak kabul edilmesi gerektiğine dair kesin bir ölçü kriteri yoktur ve bu da sağlık okuryazarlığı düzeyinin doğru bir şekilde değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için geliştirilen birçok araç olmasına rağmen, sağlık okuryazarlığının tüm boyutlarını değerlendirebilen kapsamlı bir araç bulunmamaktadır (Haun ve ark., 2014).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesinde kullanılan bazı araçlar şunlardır: Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA), Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM), En Yeni Yaşamsal Belirteç (NVS) (Madalı ve ark., 2017), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (HLS-EU-Q), Geniş Kapsamlı Başarı Testi (WRAT), Tıbbi Terminoloji Başarı Testi (MART) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) (Bal Özkaptan, 2013; Çopurlar ve Kartal, 2016).

1.2.2.5. KOAH ve Sağlık Okuryazarlığı

KOAH mortalitenin yüksek olduğu kronik bir hastalıktır; ancak kendi kendine KOAH yönetimi uygulamaları, KOAH alevlenmelerinin şiddetini ve sayısını, hastaneye gereksiz başvuruları azaltarak hastaların yaşam kalitesini iyileştirebilir ve mortaliteyi azaltabilir (Kale ve ark., 2015; Omachi ve ark., 2010). Kendi kendine KOAH yönetimi, solunum ve öksürme teknikleri, evde oksijen kullanımı, sigarayı bırakma ve düzenli egzersiz yapma gibi sağlık davranışlarını içermektedir (Omachi ve ark., 2010). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin kendi kendine hastalık yönetimi davranışlarını etkilediğini belirten çalışmalar bulunmaktadır (Baker ve ark., 2007; Williams ve ark., 1998; Wolf ve ark., 2005). Yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olan hastaların hastalık semptomlarını tıbbi yardım olmadan kendi kendilerine yönetme de problem yaşadıkları bu durumun da sağlık hizmetlerinin kullanımını arttırdığı bildirilmiştir (Omachi ve ark., 2013).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan KOAH'lı bireyler hastalıkları hakkında daha az bilgiye sahiptirler ve başkalarına daha çok bağımlıdırlar. Ayrıca bu hastaların sağlık durumları daha kötüdür ve hastaneye başvuru sayıları daha yüksektir (Puate-Maestu ve ark., 2016). Başka bir araştırmada ise sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan KOAH'lı bireylerde hastalığın daha şiddetli seyrettiği, solunum semptomlarında kötüleşme görüldüğü ve bu bireylerin acil servise daha çok başvurdukları bulunmuştur (Omachi ve ark., 2013).

1.2.3. Öz-etkililik

İnsanların sağlık durumunu yaşam tarzları etkilemektedir ve insanlar sağlıklı ilgili alışkanlıklarına dikkat ederek sağlıklarını koruyabilir ve geliştirebilirler. Sağlığı teşvik eden, geliştiren alışkanlıkların kazanılmasında ve devam ettirilmesinde veya sağlığı bozan davranışların önlenmesinde bireylerin öz-etkililiği önemli bir rol oynamaktadır (Flammer, 2001). Çünkü bireylerin sağlık alışkanlıklarını başlatmaları ve devam ettirmeleri sadece bilgili ve becerili olmalarına bağlı değildir; bunun yanı

sıra istenen davranışı gerçekleştirebileceklerine dair kanaate sahip olmalıdırlar (Artino, 2012; Koç ve Arslan, 2017). Bu kanaate sahip insanların zorluklarla mücadele etmek için daha fazla motivasyonları vardır (Bandura, 2004).

Albert Bandura, 1995’de yayımlanan “Self-efficacy in Changing Societies” adlı kitapta algılanan öz-etkililiği: “bireylerin bazı durumları koordine edebilme ve gerçekleştirebilmeye dair becerilerine olan inançları” şeklinde tanımlamıştır (Bandura, 1995).

Bandura’ya göre öz-etkililiğin dört ana kaynağı; harekete geçirici ustalık deneyimleri (gerçek performanslar), başkalarının gözlenmesi (dolaylı deneyimler), sosyal ikna ve fizyolojik ve duygusal uyarılmalardır (Artino, 2012; Bandura, 1977; Bandura, 1994; Bandura, 1997). Birinci kaynak olan ustalık deyimlerine göre, geçmişte elde edilen başarılar kişilerin öz-etkililiğini arttırırken, tekrarlanan başarısızlıklar ise öz-etkililiklerini azaltır. Dolaylı deneyimlerde ise kişilerin, başkalarının ısrarlı bir çaba sonucunda başarılı olduklarını görürlerse kendilerinin de başarabileceklerine olan inançları artarken, eğer başarısız olduğunu gözlemlerlerse kendi çabalarının da olumsuz sonuçlanacağına dair şüpheleri oluşur. Üçüncü bir kaynak olan sosyal iknaya göre, çevresi tarafından bir faaliyeti gerçekleştirebilmesi için gerekli olan bilgi ve beceriye sahip olduğu yönünde ikna edilmiş bir kişinin bu faaliyeti gerçekleştiremeyeceğine dair şüphesi azalır ve başarılı olmak için daha çok çaba gösterir. Son olarak kişiler depresyon, kaygı, gerginlik gibi duygusal belirtileri ve fiziksel aktivite sırasındaki yorgunluk, nefes darlığı, ağrı gibi fiziksel belirtileri kendi yetersizliklerinin bir göstergesi olarak kabul ederler. Bu nedenle, öz-etkililiklerini arttırabilmek için, kişilerin olumsuz duygusal değişimlerini ve fiziksel durumlarını yanlış yorumlamalarını önlemek gerekmektedir (Bandura, 1977; Bandura 1994; Bandura, 1997).

Öz-etkililik kişilerin kendi davranışlarını ve çevresindeki olayları kontrol edebilme becerilerine olan inançlarıyla ilgilidir. Etkililiklerine dair inançları, kişilerin ulaşmak istedikleri hedefleri, bu hedeflere bağlılıklarını ve bir problemle karşılaştıklarında ne yapacaklarını etkiler (Bandura, 1999; Flammer, 2001). Öz-

etkililiği yüksek kişilerin ulaşmak istedikleri hedefleri de yüksektir, hedeflerine daha çok bağlıdırlar ve istedikleri sonuçları elde etmek için daha uzun süre uğraşırlar ve daha çok çaba gösterirler (Artino, 2012; Bandura, 1977; Bandura, 2004; Flammer, 2001). Çoğu başarıya da ısrarlı bir çaba sonucunda ulaşılır ve öz-etkililiğin düşük olması başarıya ulaşma konusunda kişinin kendi kendini sınırlamasına yol açan bir faktör olabilir (Artino, 2012). Öz-etkililiği yüksek olan kişiler herhangi bir başarısızlık durumunda başarısız olmalarını yetersiz çabaya bağlarken, öz-etkililiği düşük olanlar yeteneklerinin yetersiz olmasına bağlarlar (Bandura, 1994).

Öz-etkililiği yüksek olan kişiler çabaları sonucunda olumlu sonuçlar elde etmeyi beklerken, öz-etkililiği düşük olan kişiler ise çabalarının olumsuz sonuçlanacağını düşünürler. Ayrıca öz-etkililiği yüksek insanlar bir zorlukla karşılaştıklarında bilgi ve becerilerini geliştirip çabalarlarsa engelleri aşabileceklerini düşünürlerken, öz-etkililiği düşük insanlar çabalarının boşuna olduğunu düşünürler ve direnmekten kolayca vazgeçerler (Bandura, 2004).

1.2.3.1. KOAH ve Öz-etkililik

KOAH'ın en önemli belirtilerinden biri nefes darlığıdır ve KOAH'lı bireyler aktivite esnasında nefes darlıklarının artarak aktiviteyi yerine getirmelerini engelleyeceğini düşündüklerinden çoğu zaman, az çaba gerektiren ve gerekli yeterliliğe sahip oldukları aktiviteleri bile gerçekleştirmekten kaçınabilirler. Bu durum öz-etkililiklerinin düşük olmasından kaynaklanmaktadır (Bal Özkaptan, 2013; Kara ve Mirici, 2002; Wigal ve ark,1991).

Öz-etkililikleri düşük olan KOAH'lı bireyler solunum sıkıntılarını yönetmede problem yaşamaktadırlar ve yaşam kaliteleri düşmektedir. Öz-etkililikleri yüksek olan KOAH'lı bireylerde ise, KOAH'ın günlük yaşam aktivitelerini daha az etkilediği tespit edilmiştir (Kar ve Zengin, 2020). Yapılan bir araştırmaya göre KOAH'ın evresi ilerledikçe hastaların öz-etkililik düzeyleri azalmaktadır (Bal Özkaptan, 2013).

KOAH'lı bireylerin öz-etkililik düzeyleri belirlenerek, sağlık çalışanlarının hastaların öz-etkililiklerini arttıracak bakım ve tedavi girişimleri oluşturmaları ve bu sayede hastaların aktivitelerinin arttırılması sağlanabilir (Kara ve Mirici, 2002).

Literatürde öz-etkililik ile sağlık okuryazarlığının sağlık davranışlarına, hastalık yönetimine ve yaşam kalitesine etkilerine dair çeşitli çalışmalar mevcuttur; ancak KOAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz-etkililik ile ilişkisini ele alan çalışma yoktur. Bu tez çalışmasının amacı, KOAH'ı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ve öz-etkililikle ilişkisini değerlendirmektir. Ayrıca sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz-etkililik düzeyi ile ilişkili faktörleri de değerlendirmek amaçlanmaktadır. Bu araştırmanın sonucuna göre gerekirse KOAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz-etkililikleri ile ilgili girişimlerde bulunularak, hastaların hastalık yönetiminde daha aktif bir hâle getirilebileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışma sonucunda elde edilecek veriler, KOAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz-etkililiklerini konu edinecek benzer çalışmalar için temel oluşturabilir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Türü

KOAH tanısı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ve öz-etkililik düzeyiyle ilişkisini değerlendirmeye yönelik yapılan bu çalışma, tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirildi.

2.3. Araştırmanın Evreni

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne 22.06.2020 – 01.03.2021 tarihleri arasında başvuran KOAH'lı kişiler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

2.4. Araştırmanın Örneklemi

$N= 7561$; $p= 0,50$; $q=0,50$; $d=0,05$; $z=1,96$ olarak alınmıştır. Önceki yıl verilerine göre, hastaneye başvuracak KOAH'lı birey sayısının yaklaşık 7561 olması beklendiğinden N bu şekilde alınmıştır. Evren büyüklüğü bilindiğinde örneklem sayısını hesaplamak için kullanılan;

$$n= N z^2 p q / (d^2(N-1) + z^2 p q) \text{ (Naing ve ark., 2006).}$$

formülüyle yapılan hesaplama sonucunda en küçük örneklem büyüklüğü $n= 365$ bulunmuş olup; %10 belirsizlik payı da eklediğinde araştırmada hedeflenen örneklem büyüklüğü $n=401$ olarak belirlenmiştir. Ancak; araştırma olağanüstü koşullarda yürütülmüş olup, veri toplamanın başladığı 22.06.2020'den başlayarak pandemi nedeniyle veri toplama süreci yavaş ilerlemiş ve hedeflenen örneklem büyüklüğüne ulaşamamıştır. Araştırma örneklemini $n=287$ olarak gerçekleştirmiştir.

2.4.1. Araştırmaya Alma Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olmak
- KOAH tanısı almış olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek

2.4.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Bilinç durumu sorulan sorulara cevap veremeyecek düzeyde bozuk olmak
- Türkçe bilmiyor olmak

2.5. Araştırmanın Değişkenleri

2.5.1. Bağımlı değişkenler

- Araştırmaya katılan hastaların KOAH Öz-etkililik Ölçeği puanları
- Araştırmaya katılan hastaların TSOY-32 puanları

2.5.2. Bağımsız değişkenler

- Hastanın yaşı

- Hastanın cinsiyeti
- Hastanın eğitim durumu
- Hastanın medeni durumu
- Düzenli gelir getiren bir işte çalışma durumu
- Evde birlikte yaşadığı kişilerin olma durumu
- Günlük aktivitelerini yerine getirirken herhangi birinden yardım alma durumu
- Hastalığı ile ilgili bir eğitim alma durumu ve hastalığı hakkında bilgi düzeyi
- KOAH yılı
- KOAH nedeniyle son bir yıldaki toplam hastaneye yatış sayısı
- KOAH nedeniyle son bir yıldaki hastanede yattığı toplam gün sayısı
- KOAH nedeniyle son bir yıldaki acil olarak hastaneye başvurma sayısı
- Hastalığın şiddetini veya derecesini nasıl tanımladığı
- KOAH dışında herhangi bir kronik hastalık varlığı
- Sağlıkla ilgili bir sorunda ilk önce tercih ettiği kurum

2.6. Araştırmanın Soruları

- Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı ne düzeydedir?
- Araştırma grubunun öz-etkililiği ne düzeydedir?
- Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz-etkililik düzeyi sosyo-demografik özelliklerine göre nasıl değişmektedir?
- Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz-etkililik düzeyi hastalık ile ilgili özelliklerine göre nasıl değişmektedir?
- Hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ile öz-etkililik düzeyi arasında ilişki var mıdır?

2.7. Veri Toplama Araçları

2.7.1. Hasta Tanıtım Formu

Tez çalışmasını yapan araştırmacı tarafından, literatürdeki çalışmalar incelendikten sonra hazırlanan hasta tanıtım formu; hastaların yaşını, cinsiyetini, eğitim durumunu, düzenli gelir getiren bir işte çalışma durumunu, medeni durumunu, evde birlikte yaşadığı kişileri, günlük aktivitelerini yerine getirirken herhangi birinden yardım alma durumunu, sağlığıyla ilgili bir sorunda ilk önce hangi kurumu tercih ettiğini, sağlık ile ilgili bilgileri genellikle nereden/kimden aldığı, hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olup olmadığını düşünme durumu, hastalığı ile ilgili bir eğitim alma durumu, KOAH yılı, KOAH evresi, hastalığının şiddetini veya derecesini nasıl tanımladığı, KOAH dışında herhangi bir kronik hastalık varlığı, KOAH nedeniyle son bir yılda kaç kez hastaneye yattığı, KOAH nedeniyle son bir yılda toplam kaç gün hastanede yattığı ve KOAH yakınmaları (nefes darlığı, öksürük, balgam) ile acil olarak hastaneye başvurma durumunu içeren 18 sorudan oluşmaktadır.

2.7.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY- 32)

TSOY- 32, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu'nun (HLS-EU CONSORTIUM) (Sørensen ve ark., 2013) geliştirdiği kavramsal çerçeve temel alınarak hazırlanan bir ölçek olup, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını Pınar Okyay, Filiz Abacıgil ve Hacer Harlak yapmıştır (Okyay ve ark., 2016). TSOY-32, 2X4'lük bir matris olarak düzenlenmiştir. Matrisin boyutlarını, tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi oluşturur. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma/uygulama ise matrisi oluşturan süreçlerdir (Okyay ve ark., 2016).

Ölçek 32 maddeden oluşmaktadır ve maddelere verilecek cevaplar “çok zor=1” den, “çok kolay=4”e kadar derecelendirilmiştir ve “fikrim yok=5”dir. Puanlar hesaplanırken 1→4, 2→3, 3→2 ve 4 ile 5→1 olacak şekilde yeniden kodlama yapılmalıdır. Ölçek puanı “İndeks = (aritmetik ortalama-1) x (50/3)” formülü kullanılarak hesaplanmaktadır. Formülde; “1”ortalamanın alabileceği en düşük değeri, “3”ortalamanın aralığını ve “50” alınabilecek en yüksek değeri ifade etmektedir (Okuyay ve ark., 2016; Pelikan ve ark., 2019). Matris bileşenlerinin puanlarının hesaplanabilmesi için soruların en az %80’inin cevaplanması gerekmektedir. Ölçekten alınan puana göre; (0-25) puan: yetersiz, (>25-33) puan: sorunlu-sınırlı, (>33-42) puan: yeterli, (>42-50) puan: mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyini göstermektedir (Okuyay ve ark., 2016).

2.7.3. KOAH Öz-etkililik Ölçeği

Wigal ve ark. (1991)’nın geliştirdiği KOAH Öz-etkililik Ölçeği’nin, Türkçe şekli oluşturulmuş olup, geçerliliği ile güvenilirliğini 2002 yılında Kara ve Mirici test etmiştir (Kara ve Mirici, 2002). Ölçek 34 maddeden oluşmaktadır ve KOAH’lı bireylere bu 34 maddede belirtilen durumlarda nefes darlıklarını idare edebilmede ne derecede yeterli oldukları sorulur. Ölçeğe verilecek cevaplar 5’li likert tipi puanlanmış; “yetersizim=1”den, “çok yeterliyim=5”e kadar sıralanmıştır. Ölçeğin boyutlarını; olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba, hava/çevre etkisi ve davranışsal risk faktörleri oluşturmaktadır (Bal Özkaptan, 2013; Kara ve Mirici, 2002; Wigal ve ark., 1991).

Ölçek puanı şu şekilde hesaplanır: Öncelikle, ölçeğin beş alt boyutunun her birinin puanı, alt boyutların maddelerine verilen cevapların toplanması ve sonrasında her alt boyutu oluşturan madde sayısına bölünmesi ile bulunur. Bulunan bu beş boyut puanının hepsinin toplanması ve ölçeğin toplam madde sayısına (34) bölünmesiyle ölçeğin genel puanı hesaplanır. Elde edilen puanın 3 veya daha fazla olması öz-etkililik düzeyinin yeterli olduğunu göstermektedir (Kara ve Aşti, 2004). Elde edilen

puan arttıkça nefes darlığını yönetmeye ilişkin öz-etkililik düzeyi de artmaktadır şeklinde yorum yapılabilir (Kara ve Mirici, 2002).

2.8. Verilerin Toplanma Süreci

Araştırmanın verileri, araştırmaya alınma kriterlerine uyan hastaların odalarında ve hastanenin bekleme salonlarında yüz yüze görüşerek toplanmıştır. Araştırmadan dışlama kriterlerine göre araştırmadan dışlanan olmadı. Veriler tedavi ve bakım saatleri dışında, hastaların müsait olduğu zamanlarda, odaları sessiz ve sakinken toplanmıştır. Hastalara araştırma hakkında gerekli bilgiler verilip araştırma için hastaların izinleri alındıktan sonra hasta tanıtım formu, TSOY-32 ve KOAH Öz-etkililik Ölçeği'nde yer alan sorular sorulmuş olup, verdikleri yanıtlar kaydedilmiştir. Soruları cevaplayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip olan hastalar, formları gözetim altında kendileri doldurmuşlardır.

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, 22.06.2020 – 01.03.2021 tarihleri arasında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran, 18 yaş ve üzeri, sorulara cevap verebilecek bilinç düzeyine sahip, Türkçe bilen, araştırmaya katılmayı kabul eden KOAH'lı bireylerle sınırlıdır. Araştırmadan elde edilen verilerin KOAH'lı bireylerin ifadelerine dayanması da araştırmanın sınırlılıklarındandır. Ayrıca çalışmanın yapıldığı dönemde COVID-19 salgınının devam ediyor olması da örneklem sayısına ulaşma konusunda zorluk yaşatmıştır.

2.10. İzinler ve Etik Konular

Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden de idari izin alınmıştır. KOAH Öz-etkililik Ölçeği Türkçe Formu'nu araştırmada kullanabilmek için, Prof. Dr. Mağfiret Kaşıkçı'dan izin alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir ve araştırmanın ne olduğu, nasıl yapılacağı ve yapılma amacı katılımcılara anlatılmıştır. Ayrıca elde edilecek bilgilerin bilimsel çalışmalar dışında kullanılmayacağı ve paylaşılmayacağı, araştırmaya katılmaları ya da katılmamaları durumunda alacakları sağlık hizmetiyle ilişkili bir farklılık olmayacağı, bu çalışmaya katıldığı için bir ücret istenmeyeceği ve bir ödeme yapılmayacağı da belirtilmiştir.

2.11. Verilerin Analiz Edilmesi

Verilerin analizi SPSS 25.0 programıyla yapılmıştır. Normal dağılım gösteren iki bağımsız grubun analizi Bağımsız Örneklem T Testi ile, ikiden çok sayıdaki analiz ise, Tek Yönlü Varyans Analizi ile yapıldı. Sayısal iki bileşenin ilişkisini değerlendirmede Pearson Korelasyon Testi kullanılırken, sıralı verilerin analizinde Spearman Korelasyon Testi uygulandı. Analizler değerlendirilirken anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak belirlendi. Hastaların sosyo-demografik bulguları ve hastalık ile ilgili bulguları sayı ve yüzde olarak verildi. Ayrıca hastaların ölçeklere verdikleri yanıtların dağılımı da sayı ve yüzde olarak çizelge şeklinde gösterildi. Araştırma grubunun yaşa ilişkin özellikleri ortalama, standart sapma, maksimum ve minimum değer olarak sunuldu. Hastaların KOAH Öz-etkililik Ölçeği ve TSOY-32 puanlarının ortalamaları ve standart sapmaları verildi. KOAH Öz-etkililik Ölçeği puanları ve TSOY-32 puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson Korelasyon Testi uygulandı.

2.12. Araştırmanın Takvimi

Konu Belirleme: Eylül - Ekim 2019

Literatür Tarama: Eylül 2019 - Aralık 2020

Kurum İzni Alma: Haziran 2020

Veri Toplama: Haziran 2020 – Mart 2021

Verilerin Bilgisayara Girilmesi: Nisan 2021

Raporun Yazılması: Haziran-Temmuz 2021

Raporun Sunulması: Ağustos 2021



3. BULGULAR

KOAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ve öz-etkililikle ilişkisini değerlendirmek için yapılan bu çalışmadan edinilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

3.1. Sosyo-Demografik Özelliklere ve Hastalıkla İlgili Özelliklere İlişkin Bulgular

Çizelge 3.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguları (n=287).

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş: 68,16±10,09 min – maks =32,00-88,00		
30-44 yaş	5	1,7
45-59 yaş	46	16,0
60-74 yaş	151	52,6
75-89 yaş	85	29,6
Cinsiyet		
Kadın	67	23,3
Erkek	220	76,7
Eğitim Durumu		
Okuryazar	138	48,1
İlkokul	87	30,3
Ortaokul	45	15,7
Lise	13	4,5
Lisans	4	1,4
Medeni Durumu		
Evli	283	98,6
Bekâr	3	1,0
Boşanmış	1	0,3
Şu an düzenli maaş aldığınız bir işte çalışıyor musunuz?		
Evet	16	5,6
Hayır	68	23,7
Emekli	203	70,7
Evde birlikte yaşadığınız kişi/kişiler varmı?		
Eş ve çocuklar	280	97,6
Anne-baba	1	0,3
Yalnız	1	0,3
Diğer	5	1,7
Günlük aktivitelerinizi yerine getirirken herhangi birinden yardım alıyor musunuz?		
Evet	122	42,5
Hayır	117	40,8
Bazen	48	16,7
Toplam	287	100

Hastaların sosyo-demografik özellikleri çizelge 3.1’de gösterildi. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $68,16 \pm 10,09$ olarak bulundu. Araştırmaya katılan hastaların yaşlarının min – maks =32,00-88,00 olduğu tespit edildi. Hastaların %1,7’si 30-44 yaş, %16’sı 45-59 yaş, %52,6’sı 60-74 yaş, %29,6’sı 75-89 yaş aralığındadır. Hastaların %23,3’ü kadın ve %76,7’si erkektir.

Hastaların eğitim durumuna göre dağılımını incelediğimizde %48,1’inin okuryazarken, %30,3’ü ilkokul, %15,7’si ortaokul, %4,5’i lise ve %1,4’ü de lisans mezunudur.

Medeni durumlarına göre hastaların %98,6’sı evli, %1,0’ı bekâr ve %0,3’ü boşanmıştır. Hastaların %5,6’sı şu an düzenli maaş aldığı bir işte çalışırken, %23,7’si çalışmıyor ve %70,7’si de emekli.

Hastaların %97,6’sının eşi ve çocuklarıyla, %0,3’ünün anne ve babasıyla, %0,3’ünün yalnız, %1,7’sinin diğer kişilerle yaşadığı tespit edildi. Hastaların %42,5’i günlük aktivitelerini yerine getirirken herhangi birinden yardım alırken, %40,8’i yardım almıyor ve %16,7’si de bazen yardım alıyor.

Çizelge 3.2. Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (n=287).

Hastalık İle İlgili Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kaç yıldır KOAH hastasıınız?		
0-5 yıl	108	37,6
6-11 yıl	110	38,3
12-17 yıl	53	18,5
18 yıl ve üzeri	16	5,6
KOAH evresi?*		
1.Evre	1	0,3
2.Evre	2	0,7
3.Evre	3	1,0
4.Evre	3	1,0
Bilmiyorum	278	96,9
Hastalığınızın şiddetini veya derecesini nasıl tanımlarsınız?		
Hafif	10	3,5
Orta	74	25,8
Şiddetli	100	34,8
Çok şiddetli	103	35,9
KOAH nedeniyle son bir yılda kaç kez hastanede yattınız?		
Hiç yatmadım	36	12,5
1 defa	105	36,6
2 defa	49	17,1
3 ve daha fazla	97	33,8
KOAH nedeniyle son bir yılda toplam kaç gün hastanede yattınız? (n=251)		
1-5 gün	2	0,7
6-10 gün	19	6,6
11-15 gün	50	17,4
16-20 gün	25	8,7
21 gün ve üzeri	155	54,0
Son bir yılda KOAH yakınmaları ile acil olarak hastaneye başvurduğunuz oldu mu? Başvurduysanız kaç kez başvurduunuz?		
Hayır	95	33,1
1 kez	34	11,8
2 kez	31	10,8
3 ve daha fazla	127	44,3
Toplam	287	100

* Hastaların kendi beyanları esas alındı.

Çizelge 3.2’de hastaların hastalık ile ilgili verilerinin dağılımı gösterildi. Hastaların %37,6’sı beş ve beş yıldan az bir süredir KOAH iken; %38,3’ü 6-11 yıldır, %18,5’i 12-17 yıldır ve %5,6’sı 18 yıl ve üzeri yıldır KOAH’dır. KOAH evrelerini hastaların %0,3’ü 1.Evre, %0,7’si 2.Evre, %1,0’ı 3.Evre ve %1,0’ı 4.Evre olarak ifade ederken, %96,9’u KOAH evrelerini bilmediklerini belirtti. Hastalık şiddetlerini hastaların %3,5’inin hafif, %25,8’inin orta, %34,8’inin şiddetli ve %35,9’unun çok şiddetli olarak tanımladı.

Hastaların %12,5’i KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye hiç yatmazken, %36,6’sının 1 defa, %17,1’inin 2 defa, %33,8’inin 3 ve daha fazla sayıda hastaneye yattıkları saptandı. “KOAH nedeniyle son bir yılda toplam kaç gün hastanede yattınız?” sorusuna hastaların %0,7’si “1-5 gün”, %6,6’sı “6-10 gün”, %17,4’ü “11-15 gün”, %8,7’si “16-20 gün” ve %54,0’ı “21 gün ve üzeri” olarak cevap verdi. Hastaların %33,1’inin son bir yılda KOAH yakınmaları ile acil olarak hastaneye başvurmadıkları saptanırken, %11,8’inin 1 kez, %10,8’inin 2 kez ve %44,3’ünün 3 ve daha fazla sayıda olmak üzere acil olarak hastaneye başvurdukları saptandı.

Çizelge 3.3. Hastaların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı*.

Kronik Hastalık Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
KOAH dışında herhangi bir kronik hastalığınız var mı?		
Kronik Hastalığı Yok	131	45,6
Diyabet	65	22,6
Hipertansiyon	99	34,5
Böbrek Yetmezliği	8	2,8
Kalp Hastalığı	62	21,6
Diğer Kronik Hastalık Varlığı**	3	1,0

*KOAH dışında birden fazla hastalığı olanlar olduğu için satır yüzdesi olarak verildi.

**Astım (2), Romatoid Artrit (1)

Çizelge 3.3’de hastaların kronik hastalık durumlarına göre dağılımı gösterildi. Buna göre hastaların %45,6’sı KOAH dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip değildir. Hastaların KOAH dışında %22,6’sının diyabeti, %34,5’inin hipertansiyonu,

%2,8'inin böbrek yetmezliği, %21,6'sının kalp hastalığı ve %1,0'ında diğer kronik hastalıklarından herhangi biri veya daha fazlası vardır.

Çizelge 3.4. Hastaların Hastalık İle İlgili Eğitim Düzeyi Verilerinin Dağılımı (n=287).

Hastalık İle İlgili Eğitim Düzeyi Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalığınız konusundaki bilginizin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?		
Evet	58	20,2
Hayır	145	50,5
Kısmen	84	29,3
Hastalığınız ile ilgili bir eğitim aldınız mı?		
Hayır	192	66,9
Evet	95	33,1
Toplam	287	100

Çizelge 3.4'de hastaların hastalık ile ilgili eğitim düzeyi verilerinin dağılımı gösterildi. Hastaların %20,2'sinin hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünürken, %50,5'inin yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündükleri ve %29,3'ünün kısmen sahip olduklarını düşündükleri saptandı. Hastaların %66,9'u hastalıkları ile ilgili bir eğitim almamıştır ve %33,1'i almıştır.

Çizelge 3.5. Sağlık İle İlgili Bir Sorunda İlk Önce Tercih Edilen Kuruma Göre Dağılımı.

Sağlık İle İlgili Bir Sorunda İlk Önce Tercih Edilen Kurum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlığınız ile ilgili bir sorunda ilk önce hangi kurumu tercih ediyorsunuz?		
Aile Sağlığı Merkezi	46	16,0
Devlet Hastanesi	239	83,3
Üniversite Hastanesi	1	0,3
Diğer	1	0,3
Toplam	287	100

Çizelge 3.5'de hastaların hastaların sağlık ile ilgili bir sorunda ilk önce tercih edilen kuruma göre dağılımı gösterildi. Hastaların %16,0'ının sağlık ile ilgili bir sorunda ilk önce Aile Sağlığı Merkezi'ni, %83,3'ünün Devlet Hastanesi'ni, %0,3'ünün Üniversite Hastanesi'ni, %0,3'ünün diğer sağlık kurumlarını tercih ettikleri saptanmıştır.

Çizelge 3.6. Hastaların Sağlık İle İlgili Bilgileri Kimden Aldıklarına Göre Dağılımları*.

Sağlık İle İlgili Bilgileri Nereden/Kimden Aldıkları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlık ile ilgili bilgileri nereden/kimden alırsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)		
Sağlık çalışanları (doktor, hemşire, eczacı vb)	286	99,7
Eş, çocuk, anne, baba	120	41,8
Televizyon ve radyo	18	6,3
İnternet	16	5,6
Kitap, dergi, broşür	2	0,7
Diğer (Astım, Romatoid artrit)	3	1,0

* Sağlık ile ilgili bilgileri birden çok kaynaktan aldığı için satır yüzdesi olarak verildi.

Çizelge 3.6’da hastaların sağlık ile ilgili bilgileri kimden aldıklarına göre dağılımları gösterilmektedir. Hastaların %99,7’sinin sağlık ile ilgili bilgileri sağlık çalışanlarından (doktor, hemşire, eczacı vb), %41,8’inin eş, çocuk, anne-babadan, %6,3’ünün televizyon ve radyodan, %5,6’sının internetten, %0,7’sinin kitap, dergi, broşürden ve %1,0’ının diğer kaynaklardan edindiğine ulaşıldı.

3.2. Hastaların TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puanlarına İlişkin Bulguları

Çizelge 3.7. Araştırmaya Katılan Hastaların TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puanları.

TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlar	n*	Minumum	Maximum	Ortalama	SS
TSOY-32 genel puanı	275	4,17	49,48	29,04	8,03
Tedavi ve hizmet	275	6,25	50,00	30,14	8,72
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi	275	2,08	50,00	27,94	8,01
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	275	0,00	50,00	26,75	10,00
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	275	2,08	50,00	30,81	8,48
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	275	2,08	50,00	26,73	8,18
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	275	12,50	50,00	31,87	7,66

*Anket sorularının en az %80’ine cevap vermeyenler analize alınmadı.

Çizelge 3.7’de araştırmaya katılan hastaların TSOY 32 genel puanı ve boyutlarının puanlarına yer verildi. Araştırmaya katılan hasta grubunun TSOY-32 genel puanı 29,04±8,03 (sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi) olarak bulundu.

“Tedavi ve Hizmet” boyutunun puan ortalaması $30,14 \pm 8,72$ ve “Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi” boyutunun puan ortalaması $27,94 \pm 8,01$ olarak bulundu. “Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma” boyutunun puan ortalaması $26,75 \pm 10,00$, “Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama” boyutunun puan ortalaması $30,81 \pm 8,48$, “Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” boyutunun puan ortalaması $26,73 \pm 8,18$ ve “Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama” boyutunun puan ortalaması $31,87 \pm 7,66$ olarak bulundu. En yüksek puan ortalaması “Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama” boyutuna aitken, en düşük puan ortalaması “Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” boyutuna aittir.



Çizelge 3.8. Araştırmaya Katılan Hastaların TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puanlarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Göre Dağılımı.

Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri	Genel Puan		Tedavi ve hizmet		Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi		Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma		Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama		Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme		Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	91	33,1	78	28,4	107	38,9	127	46,2	65	23,6	132	48,0	58	21,1
Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	127	46,2	122	44,4	122	44,4	97	35,3	146	53,1	110	40,0	122	44,4
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	40	14,5	53	19,3	28	10,2	34	12,4	41	14,9	20	7,3	68	24,7
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	17	6,2	22	8,0	18	6,5	17	6,2	23	8,4	13	4,7	27	9,8
Toplam	275	100	275	100	275	100	275	100	275	100	275	100	275	100

Çizelge 3.9. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Sosyo-demografik özellikler	(n=275*)	Genel Puan	Tedavi ve hizmet	Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Yaş								
30-44 yaş	5	38,33±7,70	39,79±7,04	36,87±8,76	37,08±9,59	41,25±7,85	36,25±6,68	38,75±8,53
45-59 yaş	46	36,83±5,49	38,21±6,28	35,46±5,91	36,74±6,46	38,02±6,21	33,57±6,19	39,01±5,30
60-74 yaş	151	30,34±6,03	31,87±6,40	28,81±6,57	28,14±7,68	32,46±6,50	27,68±7,02	33,08±5,78
75-89 yaş	85	21,47±6,28	21,57±6,75	21,37±6,33	17,69±8,10	22,83±6,71	20,37±6,73	25,00±6,61
		p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000
Cinsiyet								
Kadın	66	27,34±8,39	28,36±9,20	26,32±8,02	24,27±11,27	28,88±8,77	25,03±7,77	31,18±7,21
Erkek	209	29,58±7,86	30,71±8,51	28,45±7,96	27,54±9,46	31,42±8,32	27,27±8,24	32,08±7,80
		p=0,048	p=0,056	p=0,060	p=0,020	p=0,033	p=0,052	p=0,407
Eğitim Durumu								
Okuryazar	130	24,16± 6,19	24,73±7,00	23,58±5,95	20,64±7,86	25,92±7,07	22,56±6,23	27,51±6,22
İlkokul	84	31,23 ±5,90	32,92±6,35	29,53±6,45	29,88±7,14	33,33±6,49	28,17±6,89	33,53±6,08
Ortaokul	45	35,79±7,20	37,31±7,50	34,28±8,06	34,53±9,37	36,99±7,16	32,91±8,34	38,75±6,38
Lise	12	37,76±6,41	39,32±6,02	36,19±7,40	37,67±7,76	39,75±7,45	34,20±7,35	39,40±5,78
Lisans	4	39,71±7,88	39,58±7,26	39,84±8,52	39,58±8,15	40,62±8,58	40,10±7,86	38,54±7,88
		p=0,000** r=0,657*** p=0,001***	p=0,000** r=0,673*** p=0,001***	p=0,000** r=0,592*** p=0,001***	p=0,000** r=0,649*** p=0,001***	p=0,000** r=0,642*** p=0,001***	p=0,000** r=0,564*** p=0,001***	p=0,000** r=0,614*** p=0,001***
Medeni Durumu								
Evli	271	29,12±8,06	30,25±8,74	28,00±8,05	26,91±9,97	30,89±8,50	26,78±8,19	31,91±7,70
Bekâr	3	22,74± 0,60	22,56±2,40	22,91±2,08	14,58±5,51	23,61±5,24	22,91±9,08	29,86±3,18
Boşanmış	1	25,52	25,00	26,04	20,83	31,25	25,00	25,00
		p=0,357	p=0,267	p=0,536	p=0,088	p=0,336	p=0,703	p=0,602

*Anket sorularının en az %80'ine cevap vermeyenler analize alınmadı.

**One Way ANOVA

*** Spearman Korelasyon Testi

Çizelge 3.9 (Devam). Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Sosyo-demografik özellikler	(n=275*)	Genel Puan	Tedavi ve hizmet	Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Düzenli maaş aldığınız bir işte çalışıyor musunuz?								
Evet	16	38,24±6,14	39,58±6,02	36,91±7,40	38,28±7,04	40,49±7,29	35,15±6,12	39,06±6,47
Hayır	67	27,94±8,76	28,99±9,60	26,89±8,36	25,00±11,67	29,29±8,96	25,68±8,18	31,80±7,70
Emekli	192	28,66±7,44	29,76±8,14	27,56±7,50	26,41±8,95	30,54±7,91	26,39±7,96	31,29±7,47
		p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000
Evde birlikte yaşadığınız kişi/kişiler var mı?								
Eş ve çocuklar	268	29,11±7,95	30,23±8,66	28,00±7,93	26,85±9,89	30,93±8,36	26,73±8,07	31,94±7,63
Anne-baba	1	28,12	28,12	28,12	29,16	33,33	22,91	27,03
Yalnız	1	4,16	6,25	2,08	0,00	2,08	2,08	12,50
Diğer	5	30,31±6,08	30,62±8,05	30,00±4,25	26,25±12,11	29,58±7,12	32,50±6,18	32,91±6,31
		p=0,020	p=0,054	p=0,012	p=0,063	p=0,008	p=0,008	p=0,075
Günlük aktivitelerinizi yerine getirirken herhangi birinden yardım alıyor musunuz?								
Evet	112	23,63±6,25	24,20±7,13	23,06±6,10	19,97±8,13	25,65±7,51	21,85±6,17	27,04±6,20
Hayır	116	34,73±6,42	36,20±6,70	33,27±7,10	33,99±7,22	36,15±6,70	31,80±7,35	36,99±6,62
Bazen	47	27,89±5,68	29,36±6,25	26,41±5,85	25,04±7,70	29,96±6,53	25,84±6,90	30,71±4,84
		p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000

*Anket sorularının en az %80'ine cevap vermeyenler analize alınmadı.

Çizelge 3.9’da araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre TSOY-32 genel puanı ve boyutlarının puanlarına yer verildi. Yaşa göre TSOY-32 puanlarındaki değişimi değerlendirebilmek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulandı. Yaşa göre, TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanlarında anlamlı düzeyde fark bulundu ($p<0,05$). Cinsiyete göre TSOY-32 puanlarındaki değişimi değerlendirebilmek için Bağımsız Örneklem T Testi uygulandı. Kadınların genel puan ortalaması $27,34\pm 8,39$ ve erkeklerin genel puan ortalaması $29,58\pm 7,86$ olarak bulundu. Buna göre cinsiyete göre, TSOY-32 genel puanında anlamlı düzeyde farklılık bulundu ($p<0,05$). Boyutları değerlendirdiğimizde ise; cinsiyete göre, “Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma” ile “Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama” boyutlarının puanlarında anlamlı düzeyde farklılık vardır ($p<0,05$). “Tedavi ve hizmet”, “Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi”, “Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” ve “Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama” boyutlarında ise anlamlı düzeyde farklılık yoktur ($p>0,05$).

Eğitim durumuna göre TSOY-32 puanlarındaki değişimi değerlendirebilmek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulandı. Eğitim durumuna göre, TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanlarında anlamlı düzeyde fark bulundu ($p<0,05$). Eğitim durumuna göre TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanları ayrıca Spearman Korelasyon Testi ile de değerlendirildi. Buna göre eğitim durumu ile TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanları arasında orta düzeyde, pozitif bir korelasyon bulundu.

Medeni duruma göre TSOY-32 puanlarındaki değişimi değerlendirmede Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Medeni duruma göre, TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanlarında anlamlı düzeyde farklılık yoktur ($p>0,05$).

Düzenli maaş aldığı bir işte çalışma durumuna göre TSOY-32 puanlarındaki değişimi değerlendirebilmek için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Düzenli maaş aldığı bir işte çalışma durumuna göre, TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanlarında anlamlı düzeyde farklılık vardır ($p<0,05$).

Evde beraber yaşadığı kişi/kişilerin olma durumuna göre TSOY-32 puanlarındaki değişimi değerlendirebilmek için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Gruplar arasında TSOY-32 genel puanı bakımından anlamlı düzeyde farklılık bulundu ($p<0,05$). Boyutlara baktığımızda ise “Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi”, “Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama” ve “Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” boyutlarında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktayken ($p<0,05$); diğer boyutlarında ise anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Günlük aktivitelerini yerine getirirken herhangi birinden yardım alma durumuna göre TSOY-32 puanlarındaki değişimi değerlendirebilmek için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Hastaların günlük aktivitelerini yerine getirirken herhangi birinden yardım alma durumuna göre, TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanlarında anlamlı düzeyde fark bulundu ($p<0,05$).

Çizelge 3.10. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerine Göre TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Hastalık İle İlgili Özellikler	(n=275*)	Genel Puan	Tedavi ve hizmet	Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Kaç yıldır KOAH hastasıdır?								
0-5 yıl	105	30,97±7,19	32,46±8,08	29,48±7,06	28,84±9,49	33,11±6,93	28,37±7,26	33,55±6,74
6-11 yıl	107	28,87±8,33	29,71±8,78	28,04±8,44	26,49±9,94	30,60±8,77	26,44±8,58	31,97±8,27
12-17 yıl	48	25,42±7,05	26,34±8,09	24,50±6,87	23,04±9,25	26,69±7,86	23,43±7,09	28,51±6,95
18 yıl ve üzeri	15	28,33±10,59	29,23±10,42	27,43±11,34	25,83±13,10	29,44±12,69	27,91±11,45	30,13±8,29
		p=0,001** r= -0,229*** p=0,001***	p=0,001** r= -0,217*** p=0,001***	p=0,005** r= -0,205*** p=0,001***	p=0,009** r= -0,190*** p=0,003***	p=0,000** r= -0,232*** p=0,001***	p=0,005** r= -0,181*** p=0,003***	p=0,002** r= -0,235*** p=0,001***
Hastalığınızın şiddetini veya derecesini nasıl tanımlıyorsunuz?								
Hafif	10	36,35±5,47	36,25±6,16	36,45±5,64	36,04±6,66	36,66±6,52	34,79±8,10	37,91±3,22
Orta	73	33,81±6,92	35,34±7,16	32,27±7,44	32,59±8,50	35,81±7,01	30,85±7,54	35,98±6,67
Şiddetli	98	29,21±7,53	30,68±8,03	27,74±7,65	26,78±9,40	30,99±8,03	26,78±8,09	32,29±7,16
Çok şiddetli	94	24,39±6,74	24,90±7,75	23,88±6,54	21,21±8,68	26,13±7,54	22,62±6,40	27,59±6,94
		p=0,000** r= -0,541*** p=0,001***	p=0,000** r= -0,534*** p=0,001***	p=0,000** r= -0,499*** p=0,001***	p=0,000** r= -0,504*** p=0,001***	p=0,000** r= -0,524*** p=0,001***	p=0,000** r= -0,477*** p=0,001***	p=0,000** r= -0,501*** p=0,001***

*Anket sorularının en az %80'ine cevap vermeyenler analize alınmadı.

**One Way ANOVA

*** Spearman Korelasyon Testi

Çizelge 3.10 (Devam). Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerine Göre TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Hastalık İle İlgili Özellikler	(n=275*)	Genel Puan	Tedavi ve hizmet	Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
KOAH nedeniyle son bir yılda kaç kez hastanede yattınız?								
Hiç yatmadım	35	36,07±8,10	37,05±8,74	35,08±8,12	35,41±10,34	37,73±7,88	33,15±8,93	37,97±7,56
1 defa	103	30,42±6,45	31,71±7,09	29,12±6,49	28,58±7,68	31,97±7,02	28,21±6,77	32,90±6,31
2 defa	46	26,47±8,10	28,05±8,53	24,88±8,40	23,82±10,03	27,71±8,94	24,09±8,09	30,25±7,80
3 ve daha fazla	91	26,08±7,61	26,77±8,62	25,40±7,39	22,84±9,71	28,41±8,30	23,92±7,66	29,16±7,56
		p=0,000** r=-0,416*** p=0,001***	p=0,000** r=-0,406*** p=0,001***	p=0,000** r=-0,391*** p=0,001***	p=0,000** r=-0,397*** p=0,001***	p=0,000** r=-0,388*** p=0,001***	p=0,000** r=-0,381*** p=0,001***	p=0,000** r=-0,379*** p=0,001***
KOAH nedeniyle son bir yılda toplam kaç gün hastanede yattınız?	(n=240)****							
1-5 gün	2	40,88±1,84	39,58±1,47	42,18±5,15	42,70±1,47	42,70±4,41	38,54±4,41	39,58±8,83
6-10 gün	19	34,37±8,16	36,18±8,70	32,56±8,14	32,67±8,70	35,63±8,55	32,45±9,40	36,73±7,35
11-15 gün	48	31,22±5,49	32,55±5,87	29,90±6,17	29,68±7,81	32,37±5,45	28,77±5,98	34,07±5,25
16-20 gün	25	27,50±5,34	29,33±6,21	25,66±4,96	24,75±6,11	29,83±6,98	25,33±5,02	30,08±5,34
21 gün ve üzeri	146	26,05±7,42	26,92±8,30	25,17±7,29	23,07±9,23	28,02±8,31	23,85±7,39	29,25±7,40
		p=0,000** r=-0,397*** p=0,001***	p=0,000** r=-0,404*** p=0,001***	p=0,000** r=-0,355*** p=0,001***	p=0,000** r=-0,380*** p=0,001***	p=0,000** r=-0,353*** p=0,001***	p=0,000** r=-0,375*** p=0,001***	p=0,000** r=-0,366*** p=0,001***

* Anket sorularının en az %80'ine cevap vermeyenler analize alınmadı.

** One Way ANOVA

*** Spearman Korelasyon Testi

**** Hastanede yatan hasta sayısı

Çizelge 3.10 (Devam). Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerine Göre TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Hastalık İle İlgili Özellikler	(n=275*)	Genel Puan	Tedavi ve hizmet	Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Son bir yılda KOAH yakınmaları ile acil olarak hastaneye başvurduğunuz oldu mu? Başvurduysanız kaç kez başvurduunuz?								
Hayır	93	32,05±7,26	33,34±7,73	30,75±7,39	30,57±8,79	33,60±7,76	29,59±7,54	34,43±6,77
1 kez	34	31,78±7,71	33,70±8,13	29,87±7,93	29,59±9,91	33,14±7,56	29,65±8,71	34,74±7,24
2 kez	29	29,84±8,29	31,03±7,94	28,66±9,45	28,44±9,96	31,68±8,84	26,22±8,43	33,04±8,06
3 ve daha fazla	119	25,71±7,42	26,41±8,40	25,01±7,17	22,54±9,42	27,76±8,27	23,79±7,43	28,76±7,27
		p=0,000** r= -0,401*** p= 0,001***	p=0,000** r= -0,397*** p=0,001***	p=0,000** r= -0,372*** p=0,001***	p=0,000** r= -0,375*** p=0,001***	p=0,000** r= -0,361*** p=0,001***	p=0,000** r= -0,365*** p=0,001***	p=0,000** r= -0,381*** p=0,001***

*Anket sorularının en az %80'ine cevap vermeyenler analize alınmadı.

**One Way ANOVA

*** Spearman Korelasyon Testi

Çizelge 3.10’da araştırmaya katılan hastaların hastalık ile ilgili özelliklerine göre TSOY-32 puan ortalamaları gösterildi. Değerlendirmede Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Buna göre hastalık yılına göre, TSOY-32 genel puanı ve tüm boyutlarının puanlarında anlamlı düzeyde değişim bulundu ($p<0,05$). Hastalık yılı ile TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ayrıca Spearman Korelasyon Testi uygulandı. Buna göre hastalık yılı ile TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanları arasında düşük düzeyde, negatif bir korelasyon bulundu.

Hastaların hastalıklarının şiddetini veya derecesini nasıl tanımladıklarına göre TSOY-32 genel puanı ile tüm boyut puanlarında anlamlı düzeyde farklılık bulundu ($p<0,05$). Tanımladıkları hastalık şiddeti ile TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ayrıca Spearman Korelasyon Testi uygulandı. Buna göre tanımlanan hastalık şiddeti ile TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanları arasında orta düzeyde, negatif bir korelasyon bulundu.

KOAH nedeniyle son bir yılda kaç kez hastanede yattıklarına göre TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanlarında anlamlı düzeyde fark bulundu ($p<0,05$). KOAH nedeniyle son bir yıldaki hastane yatış sayısı ile TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ayrıca Spearman Korelasyon Testi uygulandı. Buna göre son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı ile TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanları arasında orta düzeyde, negatif bir korelasyon bulundu.

KOAH nedeniyle son bir yılda toplam kaç gün hastanede yattıklarına göre, TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanlarında anlamlı düzeyde farklılık bulundu ($p<0,05$). KOAH nedeniyle son bir yıldaki hastanede toplam yatış günü sayısı ile TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ayrıca Spearman Korelasyon Testi uygulandı. Buna göre son bir yıldaki hastanede toplam yatış gün sayısı ile TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanları arasında orta düzeyde, negatif bir korelasyon bulundu.

Son bir yılda KOAH yakınmaları (nefes darlığı, öksürük, balgam) ile acil olarak hastaneye başvurma sayılarına göre, TSOY-32 genel puanı ile tüm boyut puanlarında anlamlı düzeyde farklılık bulundu ($p<0,05$). KOAH nedeniyle son bir yıldaki acil başvuru sayıları ile TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ayrıca Spearman Korelasyon Testi uygulandı. Buna göre, son bir yıldaki acil başvuru sayıları ile TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanları arasında orta düzeyde, negatif bir korelasyon bulundu.



Çizelge 3.11. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık İle İlgili Eğitim Düzeyi Özelliklerine Göre TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Hastalık ile ilgili eğitim düzeyi özellikleri	(n=275*)	Genel Puan	Tedavi ve hizmet	Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Hastalığınız hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?								
Evet	57	29,91±8,55	30,99±8,65	28,83±8,99	29,13±9,70	31,06±9,14	28,03±8,99	31,43±8,58
Hayır	138	27,22±7,47	28,23±8,32	26,21±7,24	24,39±9,81	28,97±7,84	24,81±7,28	30,70±6,99
Kısmen	80	31,56±7,88	32,85±8,74	30,28±7,94	29,14±9,68	33,82±8,28	29,11±8,32	34,19±7,67
		p=0,000	p=0,001	p=0,001	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,004
Hastalığınız ile ilgili bir eğitim aldınız mı?								
Hayır	185	28,96±8,07	29,97±8,74	27,95±8,01	26,38±10,26	30,66±8,33	26,62±8,08	32,17±7,62
Evet	90	29,21±7,99	30,50±8,71	27,92±8,05	27,52±9,45	31,13±8,82	26,96±8,41	31,25±7,75
		p=0,803	p=0,633	p=0,983	p=0,377	p=0,667	p=0,743	p=0,350

*Anket sorularının en az %80'ine cevap vermeyenler analize alınmadı.

Çizelge 3.11’de araştırmaya katılan hastaların hastalık ile ilgili eğitim düzeyi özelliklerine göre TSOY-32 puanları gösterildi. Hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme durumuna göre, TSOY-32 puanlarındaki değişimi değerlendirebilmek için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme durumuna göre, TSOY-32 genel puanı ile tüm boyut puanlarında anlamlı düzeyde değişim bulundu ($p<0,05$).

Hastalığı hakkında eğitim alma durumuna göre, TSOY-32 puanlarındaki değişimi değerlendirebilmek için Bağımsız Örneklem T Testi uygulandı. Buna göre hastaların hastalığı hakkında eğitim alma durumuna göre, TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanlarında anlamlı düzeyde değişim bulunmadı ($p>0,05$).

Çizelge 3.12. Araştırmaya Katılan Hastaların Kronik Hastalık Durumuna Göre TSOY-32 Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Kronik Hastalık Durumu	(n=275*)	Genel Puan	Tedavi ve hizmet	Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
KOAH'a Ek Kronik hastalığı var mı?								
Yok	126	30,79±8,02	31,77±8,67	29,82±8,05	28,57±10,05	32,58±8,44	28,22±7,92	33,81±7,59
Var	149	27,56±7,75	28,77±8,56	26,34±7,64	25,22±9,73	29,32±8,25	25,47±8,20	30,22±7,36
		p=0,001	p=0,004	p=0,000	p=0,005	p=0,001	p=0,005	p=0,000

*Anket sorularının en az %80'ine cevap vermeyenler analize alınmadı.

Çizelge 3.12'ye göre KOAH'ın yanı sıra başka kronik hastalığı olan hastalar ile olmayan hastalar arasında TSOY-32 genel puanı ve tüm boyut puanları açısından anlamlı düzeyde bir farklılık bulundu ($p<0,05$).

Çizelge 3.13. Araştırmaya Katılan Hastaların Sağlık İle İlgili Bir Sorunda İlk Önce Tercih Ettikleri Kuruma Göre TSOY-32 Genel Puanı ve Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Sağlık İle İlgili Bir Sorunda İlk Önce Tercih Edilen Kurum	(n=275*)	Genel Puan	Tedavi ve hizmet	Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Sağlığımız ile ilgili bir sorunda hangi kurumu ilk önce tercih ediyorsunuz?								
Aile Sağlığı Merkezi	45	31,56±9,58	32,73±10,39	30,39±9,64	30,13±11,61	33,61±10,18	28,79±10,12	33,70±8,14
Devlet Hastanesi	228	28,59±7,63	29,69±8,31	27,50±7,60	26,15±9,57	30,32±8,01	26,37±7,72	31,54±7,55
Üniversite Hastanesi	1	25,52	25,00	26,04	20,83	31,25	25,00	25,00
Diğer	1	21,35	22,91	19,79	18,75	16,66	18,75	31,25
		p=0,100	p=0,132	p=0,112	p=0,072	p=0,037	p=0,231	p=0,285

*Anket sorularının en az %80'ine cevap vermeyenler analize alınmadı.

Çizelge 3.13’de araştırmaya katılan hastaların sağlık ile ilgili bilgilere ulaşım özelliklerine göre TSOY-32 puan ortalamaları gösterildi. Hastaların sağlıklarıyla ilgili bir sorunda tercih ettikleri ilk kuruma göre, TSOY-32 puanlarındaki değişimi değerlendirebilmek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulandı. Hastaların sağlıklarıyla ilgili bir sorunda tercih ettikleri ilk kuruma göre, sadece “Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama” boyut puanında istatistiksel yönden anlamlı düzeyde bir fark vardır ($p>0,05$). Diğer puanlarında anlamlı düzeyde farklılık yoktur ($p>0,05$).

3.3. Hastaların KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulguları

Çizelge 3.14. Araştırmaya Katılan Hastaların KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları.

KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyutları	n	Minumum	Maksimum	Ortalama	SS
KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı	287	1,00	3,68	2,17	0,73
Olumsuz etki	287	1,00	4,00	2,40	0,83
Duygusal durum	287	1,00	4,13	2,52	0,87
Fiziksel çaba	287	1,00	3,60	1,57	0,58
Hava-Çevre etkisi	287	1,00	4,17	1,88	0,76
Davranışsal risk faktörleri	287	1,00	4,67	1,96	0,69

Çizelge 3.14’de araştırmaya katılan hastaların KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ve alt boyutlarının puan ortalamalarına yer verildi. KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı $2,17\pm 0,73$ (düşük öz-etkililik düzeyi) bulundu.

Alt boyut puanları arasında en yüksek puanın “Duygusal durum” boyutuna ait olduğu, en düşük puanın ise “Fiziksel çaba” boyutuna ait olduğu tespit edildi.

Çizelge 3.15. Araştırmaya Katılan Hastaların KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyutlarının Puanlarının Öz-etkililik Düzeylerine Göre Dağılımı.

Öz-etkililik Düzeyleri	KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı		Olumsuz Etki		Duygusal Durum		Fiziksel Çaba		Hava/ Çevre Etkisi		Davranışsal Risk Faktörleri	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Düşük öz-etkililik	239	83,3	211	73,5	193	67,2	282	98,3	266	92,7	272	94,8
Normal öz-etkililik	48	16,7	76	26,5	94	32,8	5	1,7	21	7,3	15	5,2
Toplam	287	100	287	100	287	100	287	100	287	100	287	100

Çizelge 3.15’de araştırmaya katılan hastaların KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ve alt boyutlarının puanlarının öz-etkililik düzeylerine göre dağılımı verilmiştir. Kara ve Aşti (2004)’ye göre, üç puan orta sınır kabul edilmektedir. Bu puanının altı düşük öz-etkililiği gösterir. Puan yükseldikçe öz-etkililikte yükselmektedir şeklinde yorum yapılır.

Çizelge 3.16. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları.

Sosyo-demografik özellikler	(n=287)	Genel Puan	Olumsuz Etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava/Çevre Etkisi	Davranışsal Risk Faktörleri
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Yaş							
30-44 yaş	5	2,88±0,71	3,25±0,68	3,17±0,97	2,20±0,60	2,43±0,94	2,66±0,40
45-59 yaş	46	2,81±0,53	3,05±0,64	3,24±0,59	2,06±0,50	2,59±0,56	2,47±0,58
60-74 yaş	151	2,25±0,71	2,49±0,80	2,61±0,86	1,62±0,60	1,95±0,73	2,03±0,66
75-89 yaş	85	1,65±0,46	1,83±0,58	1,95±0,59	1,20±0,29	1,34±0,43	1,51±0,52
		p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000
Cinsiyet							
Kadın	67	2,12±0,71	2,34±0,81	2,48±0,86	1,53±0,55	1,82±0,67	1,84±0,62
Erkek	220	2,19±0,74	2,41±0,84	2,54±0,87	1,59±0,60	1,90±0,78	2,00±0,71
		p=0,460	p=0,542	p=0,626	p=0,486	p=0,457	p=0,098
Eğitim Durumu							
Okuryazar	138	1,79±0,55	2,01±0,67	2,13±0,72	1,27±0,39	1,45±0,51	1,60±0,52
İlkokul	87	2,38±0,72	2,61±0,84	2,73±0,87	1,77±0,59	2,09±0,70	2,16±0,62
Ortaokul	45	2,77±0,62	3,03±0,72	3,18±0,73	1,99±0,56	2,54±0,61	2,45±0,62
Lise	13	2,66±0,59	2,77±0,74	2,97±0,63	1,96±0,53	2,64±0,79	2,58±0,94
Lisans	4	2,58±0,71	2,89±0,61	2,87±0,84	1,95±1,11	2,16±1,34	2,50±0,43
		p=0,000* r=0,516** p=0,001**	p=0,000* r=0,463** p=0,001**	p=0,000* r=0,452** p=0,001**	p=0,000* r=0,538** p=0,001**	p=0,000* r=0,573** p=0,001**	p=0,000* r=0,535** p=0,001**
Medeni Durumu							
Evli	283	2,18±0,73	2,40±0,83	2,54±0,86	1,57±0,58	1,88±0,76	1,96±0,69
Bekâr	3	1,84±0,63	2,05±0,87	1,75±0,33	1,66±0,80	1,72±0,63	1,77±0,50
Boşanmış	1	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
		p=0,198	p=0,188	p=0,062	p=0,599	p=0,477	p=0,342

* One Way ANOVA

**Spearman Korelasyon Testi

Çizelge 3.16 (Devam). Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyutların Puan Ortalamaları.

Sosyo-demografik özellikler	(n=287)	Genel Puan	Olumsuz Etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava/Çevre Etkisi	Davranışsal Risk Faktörleri
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?							
Evet	16	2,90±0,47	3,21±0,51	3,34±0,42	2,08±0,55	2,56±0,62	2,60±0,59
Hayır	68	2,13±0,72	2,36±0,82	2,48±0,85	1,54±0,56	1,84±0,70	1,87±0,69
Emekli	203	2,13±0,72	2,34±0,83	2,47±0,87	1,55±0,58	1,84±0,76	1,94±0,68
Test		p=0,000	p=0,000	p=0,001	p=0,002	p=0,001	p=0,001
Evde birlikte yaşadığınız kişi/kişiler var mı?							
Eş ve çocuklar	280	2,18±0,72	2,41±0,83	2,53±0,86	1,57±0,58	1,87±0,74	1,95±0,67
Anne-baba	1	3,67	3,75	4,12	3,20	3,50	3,33
Yalnız	1	2,32	2,66	2,75	1,40	2,00	2,00
Diğer	5	1,62±0,77	1,50±0,52	1,62±0,72	1,48±0,67	1,86±1,26	1,93±1,55
Test		p=0,070	p=0,035	p=0,031	p=0,049	p=0,207	p=0,273
Günlük aktivitelerinizi yerine getirirken herhangi birinden yardım alıyor musunuz?							
Evet	122	1,70±0,57	1,87±0,65	1,98±0,69	1,24±0,44	1,45±0,65	1,59±0,58
Hayır	117	2,68±0,57	2,94±0,67	3,09±0,69	1,96±0,52	2,35±0,63	2,36±0,61
Bazen	48	2,15±0,63	2,40±0,73	2,53±0,79	1,48±0,53	1,81±0,59	1,92±0,60
		p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000

Çizelge 3.16’da araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği puan ortalamaları gösterildi. Yaşa göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği puanlarındaki değişimi değerlendirmede Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Yaşa göre, KOAH Öz-etkililik Ölçeği puanlarında anlamlı düzeyde değişim bulundu ($p<0,05$). Cinsiyete göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği puanlarındaki değişimi değerlendirebilmek için Bağımsız Örneklem T Testi uygulandı. Kadınların puan ortalaması $2,12\pm0,71$ ve erkeklerin puan ortalaması $2,19\pm0,74$ olarak bulundu. Buna göre cinsiyete göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği puanlarında anlamlı derecede bir değişim bulunmadı ($p>0,05$).

Eğitime göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği puanlarındaki değişimi değerlendirmede Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Eğitime göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği puanlarında anlamlı düzeyde değişim bulundu ($p<0,05$). Ayrıca Spearman Korelasyon Testi ile de değerlendirme yapılmıştır. Buna göre eğitim durumu ile KOAH Öz-etkililik Ölçeği puanları arasında orta düzeyde, pozitif bir korelasyon bulundu.

Medeni durumuna göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği puanlarındaki değişimi değerlendirmede Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Medeni duruma göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği puanlarında anlamlı düzeyde değişim bulunmadı ($p>0,05$).

Çalışma durumuna göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği puanlarındaki değişimi değerlendirmede Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Düzenli gelir getiren bir işte çalışma durumu grupları arasında KOAH Öz-etkililik Ölçeği puanları bakımından anlamlı düzeyde değişim bulundu ($p<0,05$).

Birlikte yaşadığı kişi veya kişilerin olup olmadığına göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği puanlarındaki değişimi değerlendirmede Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı, “Hava/Çevre Etkisi” ile “Davranışsal Risk Faktörleri” puanlarında istatistiksel yönden anlamlı düzeyde bir

farklılık yokken ($p>0,05$); ‘‘Olumsuz Etki’’, ‘‘Duygusal Durum’’ ve ‘‘Fiziksel Çaba’’ alt boyutlarının puanında anlamlı düzeyde bir farklılık bulundu ($p<0,05$).

Günlük aktivitelerini yerine getirirken herhangi birinden yardım alma durumuna göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği puanlarındaki değişimi değerlendirebilmek için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Günlük aktivitelerini yerine getirirken herhangi birinden yardım alma durumuna göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği puanlarında anlamlı düzeyde değişim bulundu ($p<0,05$).

Çizelge 3.17. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık İle İlişkili Özelliklerine Göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları ($n=287$).

Hastalık İle İlişkili Özellikler	n	Genel Puanı	Olumsuz Etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava/ Çevre Etkisi	Davranışsal Risk Faktörleri
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Kaç yıldır KOAH hastasıdır?							
0-5 yıl	108	2,45±0,70	2,70±0,78	2,87±0,81	1,76±0,58	2,12±0,77	2,12±0,66
6-11 yıl	110	2,09±0,69	2,31±0,80	2,39±0,82	1,53±0,55	1,79±0,67	1,94±0,66
12-17 yıl	53	1,79±0,67	1,95±0,75	2,09±0,80	1,30±0,54	1,54±0,74	1,64±0,61
18 yıl ve üzeri	16	2,18±0,73	2,38±0,94	2,53±0,90	1,50±0,64	1,95±0,80	2,08±0,96
		$p=0,000^*$ $r=-0,300^{**}$ $p=0,001^{**}$	$p=0,000^*$ $r=-0,297^{**}$ $p=0,001^{**}$	$p=0,000^*$ $r=0,303^{**}$ $p=0,001^{**}$	$p=0,000^*$ $r=-0,313^{**}$ $p=0,001^{**}$	$p=0,000^*$ $r=-0,261^{**}$ $p=0,001^{**}$	$p=0,000^*$ $r=-0,220^{**}$ $p=0,001^{**}$
Hastalığınızın şiddetini veya derecesini nasıl tanımlıyorsunuz?							
Hafif	10	2,81±0,68	3,02±0,71	3,28±0,73	1,90±0,71	2,63±0,86	2,56±0,68
Orta	74	2,83±0,54	3,09±0,67	3,25±0,64	2,08±0,54	2,55±0,56	2,49±0,56
Şiddetli	100	2,17±0,64	2,38±0,74	2,54±0,77	1,56±0,53	1,88±0,67	1,96±0,68
Çok şiddetli	103	1,64±0,46	1,85±0,59	1,92±0,62	1,20±0,31	1,32±0,43	1,52±0,43
		$p=0,000^*$ $r=-0,638^{**}$ $p=0,001^{**}$	$p=0,000^*$ $r=-0,585^{**}$ $p=0,001^{**}$	$p=0,000^*$ $r=-0,610^{**}$ $p=0,001^{**}$	$p=0,000^*$ $r=-0,597^{**}$ $p=0,001^{**}$	$p=0,000^*$ $r=-0,671^{**}$ $p=0,001^{**}$	$p=0,000^*$ $r=-0,587^{**}$ $p=0,001^{**}$

* One Way ANOVA

**Spearman Korelasyon Testi

Çizelge 3.17 (Devam). Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık İle İlişkili Özelliklerine Göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (n=287).

Hastalık İle İlişkili Özellikler	n	Genel Puan	Olumsuz Etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava/Çevre Etkisi	Davranışsal Risk Faktörleri
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
KOAH nedeniyle son bir yılda kaç kez hastanede yattınız?							
Hiç yatmadım	36	2,97±0,60	3,23±0,72	3,30±0,67	2,29±0,57	2,74±0,69	2,70±0,62
1 defa	105	2,38±0,65	2,59±0,72	2,83±0,76	1,71±0,53	2,07±0,73	2,07±0,67
2 defa	49	2,03±0,66	2,25±0,79	2,38±0,84	1,41±0,49	1,73±0,58	1,86±0,64
3 ve daha fazla	97	1,73±0,53	1,95±0,69	1,98±0,68	1,25±0,38	1,42±0,50	1,62±0,49
		p=0,000* r=-,538** p=0,001**	p=0,000* r=-0,489** p=0,001**	p=0,000* r=-0,528** p=0,001**	p=0,000* r=-0,548** p=0,001**	p=0,000* r=-,532** p=0,001**	p=0,000* r=-0,456** p=0,001**
KOAH nedeniyle son bir yılda toplam kaç gün hastanede yattınız? (n=251)							
1-5 gün	2	2,44±1,70	2,54±1,82	2,68±1,67	2,20±1,69	2,25±1,53	2,16±1,64
6-10 gün	19	2,76±0,41	2,96±0,54	3,33±0,42	1,86±0,40	2,52±0,54	2,42±0,48
11-15 gün	50	2,36±0,70	2,55±0,77	2,73±0,90	1,72±0,55	2,10±0,73	2,12±0,74
16-20 gün	25	2,22±0,59	2,51±0,68	2,64±0,72	1,59±0,48	1,82±0,65	1,86±0,49
21 gün ve üzeri	155	1,85±0,59	2,06±0,72	2,16±0,74	1,31±0,43	1,53±0,55	1,69±0,55
		p=0,000* r=-,414** p=0,001**	p=0,000* r=-0,371** p=0,001**	p=0,000* r=-0,405** p=0,001**	p=0,000* r=-0,425** p=0,001**	p=0,000* r=-,433** p=0,001**	p=0,000* r=-0,356** p=0,001**
Son bir yılda KOAH yakınmaları ile acil olarak hastaneye başvurduğunuz oldu mu? Başvurduysanız kaç kez başvurduunuz?							
Hayır	95	2,69±0,61	2,95±0,68	3,16±0,65	1,96±0,58	2,35±0,72	2,28±0,65
1 kez	34	2,35±0,67	2,53±0,81	2,76±0,78	1,69±0,57	2,11±0,72	2,15±0,84
2 kez	31	2,14±0,65	2,31±0,75	2,48±0,81	1,52±0,47	1,92±0,64	2,08±0,64
3 ve daha fazla	127	1,75±0,56	1,96±0,70	2,00±0,69	1,27±0,43	1,45±0,56	1,64±0,54
		p=0,000* r=-,566** p=0,001**	p=0,000* r=-0,523** p=0,001**	p=0,000* r=-0,589** p=0,001**	p=0,000* r=-0,541** p=0,001**	p=0,000* r=-,542** p=0,001**	p=0,000* r=-0,429** p=0,001**

* One Way ANOVA

**Spearman Korelasyon Testi

Çizelge 3.17’de araştırmaya katılan hastaların hastalık ile ilişkili özelliklerine göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği puan ortalamaları gösterildi. Değerlendirmede Tek

Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Buna göre hastalık yılına göre gruplar arasında KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ve alt boyut puanları bakımından anlamlı değişim vardır ($p<0,05$). Ayrıca Spearman Korelasyon Testi ile de değerlendirme yapılmıştır. Buna göre hastalık yılı ile KOH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ile tüm alt boyut puanları arasında düşük düzeyde, negatif bir korelasyon bulundu.

Hastaların hastalıklarının şiddetini veya derecesini nasıl tanımladıklarına göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ve alt boyut puanlarında anlamlı değişim vardır ($p<0,05$). Ayrıca Spearman Korelasyon Testi ile de değerlendirme yapılmıştır. Buna göre tanımlanan hastalık şiddeti ile KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ile tüm alt boyut puanları arasında orta düzeyde, negatif bir korelasyon bulundu.

KOAH nedeniyle son bir yılda kaç kez hastanede yattıklarına göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ve alt boyut puanlarında anlamlı değişim vardır ($p<0,05$). Ayrıca Spearman Korelasyon Testi ile de değerlendirme yapılmıştır. Buna göre son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı ile KOH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ile tüm alt boyut puanları arasında orta düzeyde, negatif bir korelasyon bulundu.

KOAH nedeniyle son bir yılda toplam kaç gün hastanede yattıklarına göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ve alt boyut puanlarında anlamlı değişim vardır ($p<0,05$). Ayrıca Spearman Korelasyon Testi ile de değerlendirme yapılmıştır. Buna göre son bir yıldaki hastanede toplam yatış günü sayısı ile KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ile tüm alt boyut puanları arasında orta düzeyde, negatif bir korelasyon bulundu.

Son bir yılda KOAH yakınmaları (nefes darlığı, öksürük, balgam) ile acil olarak hastaneye başvurma durumuna göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ve alt boyut puanlarında anlamlı değişim vardır ($p<0,05$). Ayrıca Spearman Korelasyon Testi ile de değerlendirme yapılmıştır. Buna göre son bir yıldaki hastaneye acil başvuru sayısı ile KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ile tüm alt boyut puanları arasında orta düzeyde, negatif bir korelasyon bulundu.

Çizelge 3.18. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık İle İlgili Eğitim Düzeyi Özelliklerine Göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları.

Hastalık ile ilgili eğitim düzeyi özellikleri	n	Genel Puan	Olumsuz Etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava/Çevre Etkisi	Davranışsal Risk Faktörleri
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Hastalığınız konusunda bilginizin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?							
Evet	58	2,30±0,79	2,51±0,86	2,64±0,93	1,75±0,68	1,99±0,87	2,12±0,79
Hayır	145	2,06±0,69	2,28±0,80	2,46±0,85	1,45±0,52	1,74±0,69	1,82±0,61
Kısmen	84	2,28±0,73	2,52±0,84	2,55±0,86	1,67±0,58	2,03±0,75	2,09±0,71
		p=0,036	p=0,057	p=0,397	p=0,001	p=0,009	p=0,002
Hastalığınız ile ilgili bir eğitim aldınız mı?							
Hayır	192	2,17±0,73	2,39±0,83	2,51±0,87	1,58±0,58	1,89±0,74	1,94±0,67
Evet	95	2,18±0,74	2,41±0,84	2,56±0,87	1,56±0,60	1,85±0,79	2,00±0,73
		p=0,901	p=0,886	p=0,652	p=0,808	p=0,652	p=0,538

Çizelge 3.18’de araştırmaya katılan hastaların hastalık ile ilgili eğitim düzeyi özelliklerine göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği puan ortalamaları gösterildi. Hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme durumu ile KOAH Öz-etkililik Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme durumuna göre, KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ve “Fiziksel Çaba”, “Hava/Çevre Etkisi”, “Davranışsal Risk Faktörleri” alt boyutlarının puanlarında anlamlı derecede değişim vardır ($p<0,05$). “Olumsuz Etki” ile “Duygusal Durum” alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Hastaların hastalığı hakkında eğitim alma durumuna göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği puan ortalamalarını değerlendirmede Bağımsız Örneklem T Testi uygulandı. Buna göre hastaların hastalığı hakkında eğitim alma durumuna göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ve tüm alt boyut puanlarında anlamlı değişim yoktur ($p>0,05$).

Çizelge 3.19. Hastaların Kronik Hastalık Durumuna Göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları.

Kronik Hastalık Durumu	n	Genel Puan	Olumsuz Etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava/Çevre Etkisi	Davranışsal Risk Faktörleri
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Kronik hastalığı var mı?							
Yok	131	2,33±0,74	2,56±0,84	2,68±0,88	1,69±0,61	2,04±0,78	2,09±0,66
Var	156	2,05±0,70	2,26±0,80	2,40±0,84	1,47±0,55	1,74±0,71	1,85±0,70
		p=0,001	p=0,002	p=0,006	p=0,002	p=0,001	p=0,003

Çizelge 3.19'a göre KOAH dışında kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında, KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ve tüm alt boyut puanları açısından anlamlı değişim vardır ($p<0,05$).

Çizelge 3.20. Hastaların Sağlık İle İlgili Bir Sorunda İlk Önce Tercih Ettikleri Kuruma Göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği Genel Puanı ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları.

Sağlık İle İlgili Bir Sorunda İlk Önce Tercih Edilen Kurum	n	Genel Puan	Olumsuz Etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava/Çevre Etkisi	Davranışsal Risk Faktörleri
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Sağlığınız ile ilgili bir sorunda ilk önce hangi kurumu tercih ediyorsunuz?							
Aile Sağlığı Merkezi	46	2,37±0,73	2,61±0,81	2,69±0,85	1,75±0,61	2,13±0,77	2,10±0,71
Devlet Hastanesi	239	2,15±0,72	2,37±0,82	2,50±0,86	1,54±0,57	1,84±0,74	1,94±0,68
Üniversite Hastanesi	1	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Diğer	1	1,08	1,00	1,25	1,00	1,00	1,33
		p=0,038	p=0,031	p=0,072	p=0,081	p=0,040	p=0,192

Çizelge 3.20’de araştırmaya katılan hastaların sağlık ile ilgili bir sorunda ilk önce tercih ettikleri kuruma göre KOAH Öz-etkililik Ölçeği puan ortalamaları gösterildi. Hastaların sağlıklarıyla ilgili bir sorunda ilk önce tercih ettikleri kurum ile KOAH Öz-etkililik Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Buna göre ilk önce tercih edilen kuruma göre, KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ve “Olumsuz Etki”, “Hava/Çevre Etkisi” alt boyut puanlarında anlamlı derecede değişim vardır ($p<0,05$). “Duygusal Durum”, “Fiziksel Çaba” ve “Davranışsal Risk Faktörleri” alt boyut puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı değişim yoktur ($p>0,05$).

Çizelge 3.21. Araştırmaya Katılan Hastaların TSOY-32 Puanları ve KOAH Öz-etkililik Ölçeği Puanlarının Korelasyonları*.

	KOAH ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ					
	Olumsuz Etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava/Çevre Etkisi	Davranışsal Risk Faktörleri	Genel Puan
TSOY-32	r	r	r	r	r	r
Tedavi ve Hizmet	0,447	0,433	0,444	0,531	0,451	0,489
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	0,409	0,396	0,407	0,502	0,409	0,450
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	0,469	0,459	0,478	0,533	0,479	0,511
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	0,469	0,449	0,450	0,537	0,448	0,503
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	0,378	0,362	0,368	0,456	0,382	0,412
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	0,338	0,329	0,348	0,482	0,353	0,387
Genel Puan	0,447	0,432	0,444	0,539	0,449	0,490

*Anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Tüm değerlerde $p < 0,01$ olarak bulundu.

Çizelge 3.21’de araştırmaya katılan hastaların TSOY-32 puanları ve KOAH Öz-etkililik Ölçeği puanlarının korelasyonları verilmiştir. KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ve alt boyut puanları ile TSOY-32 genel puanı ve boyut puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmede Pearson Korelasyon Testi’nden yararlanılmıştır. KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ile TSOY-32 genel puanı arasında orta düzeyde, pozitif bir korelasyon bulundu.

KOAH Öz-etkililik Ölçeği olumsuz etki alt boyutu ile TSOY-32 genel puanı ve tüm boyutlarının puanları arasında orta düzeyde, pozitif bir korelasyon bulundu.

KOAH Öz-etkililik Ölçeği duygusal durum alt boyutu ile TSOY-32 genel puanı ve tüm boyutlarının puanları arasında orta düzeyde, pozitif bir korelasyon bulundu.

KOAH Öz-etkililik Ölçeği fiziksel çaba alt boyutu ile TSOY-32 genel puanı ve tüm boyutlarının puanları arasında orta düzeyde, pozitif bir korelasyon bulundu.

KOAH Öz-etkililik Ölçeği hava/çevre etkisi alt boyutu ile TSOY-32 genel puanı ve tüm boyutlarının puanları arasında orta düzeyde, pozitif bir korelasyon bulundu.

KOAH Öz-etkililik Ölçeği davranışsal risk faktörleri alt boyutu ile TSOY-32 genel puanı ve tüm boyutlarının puanları arasında orta düzeyde, pozitif bir korelasyon bulundu.

KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ile TSOY-32’nin tüm boyutlarının puanları arasında orta düzeyde, pozitif bir korelasyon bulundu.

4. TARTIŞMA

KOAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz-etkililikle ilişkisini belirlemek için gerçekleştirilen bu araştırmanın bulguları literatür de göz önünde bulundurularak dört başlıkta tartışılmıştır:

1. Sosyo-Demografik Bulguların ve Hastalıkla İlgili Bulguların Tartışılması
2. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması
3. Hastaların Öz-etkililik Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması
4. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ve Öz-etkililik Puanları Arasındaki İlişkilere Dair Bulguların Tartışılması

4.1. Sosyo-Demografik Bulguların ve Hastalıkla İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $68,16 \pm 10,09$ olarak bulundu. Hastaların %76,7'si erkektir ve %98,6'sı evlidir. Evli sayısının çok yüksek olması hastaların yaş ortalamasının yüksek olmasına bağlı olabilir. Literatürdeki KOAH ile ilgili yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde, hastaların araştırmamızın bulgularına benzer şekilde yaş ortalamalarının yüksek olduğu, çoğunluğun erkek ve evli olduğu tespit edilmiştir (Bal Özkaptan, 2013; Lee ve ark., 2014; Sökmen, 2019; Uygun, 2019). Avcil ve ark. (2014), ise dört göğüs hastanesinde yatarak tedavi gören tüm KOAH'lıları evren olarak kabul ettikleri araştırmalarında, KOAH'ın kadınlarda %28, erkeklerde %72 oranda görüldüğünü ve hastaların yaklaşık %61'inin 65 yaş ve üzeri hastalar olduğunu tespit etmişlerdir. GOLD (2021)'a göre, yaşın ilerlemesi KOAH için risk faktörü olarak kabul edilmektedir; ama yaşam süresinin uzun olması nedeniyle kişinin daha fazla risk faktörüne maruz kalmış olması mı KOAH oluşumunda etkili, yoksa yaşlanmayla birlikte akciğerde meydana gelen değişikliklerin mi hastalığa yol açtığı henüz netleşmemiştir. Cinsiyete göre bakıldığında ise erkekler ve kadınlar arasında KOAH prevalansı açısından anlamlı

bir farkın neredeyse kalmadığı belirtilmiştir (GOLD, 2021). Bizim çalışmamızda ve ülkemizdeki KOAH ile yapılan diğer çoğu çalışmada erkeklerin sayısının anlamlı bir biçimde daha yüksek olmasının nedeni, KOAH'ın en önemli risk faktörü olan sigara içmenin ülkemizde erkeklerde daha yüksek oranda görülmesi olabilir. Türkoğlu ve ark. (2021), yaptıkları çalışmada Türkiye'deki kadınların sigara içme oranının %15 civarında olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların %48,1'i okuryazardır, %30,3'ü ise ilkokul mezunudur. Buna göre hastaların eğitim düzeyi düşüktür. Literatüre baktığımızda; Sökmen (2019), çalışmayı yaptığımız hastanede KOAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmek amacıyla yaptığı araştırmasında hastaların %41,7'sinin okuryazar olmadığını, %6,6'sının okuryazar olduğunu ve %29,4'ünün ilkokul mezunu olduğunu bulmuştur. Aras ve Tel (2009), 135 KOAH'lı hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların %52,6'sının okuryazar olmadığını bulmuşlardır. KOAH ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da hastaların eğitim düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir (Ağdemir, 2017; Arslan ve Ünsar, 2021; Bentsen, 2010; Güçlü, 2018; Kar ve Zengin, 2020; Karagülle ve Can Çiçek, 2020; Uygun, 2019; Yeşil Bayülgen ve ark., 2021).

Hastaların %70,7'si emekli ve %23,7'si de şu an bir işte çalışmıyor. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde de benzer şekilde hastaların çoğunluğu çalışmamaktadır (Bal Özkaptan, 2013; Güçlü, 2018; Kar ve Zengin, 2020; Karagülle ve Can Çiçek, 2020; Şimşekli Bakırhan, 2018; Uygun, 2019; Üstünova ve Nahcivan, 2015). Hastaların çoğunluğu (%97,6) eş ve çocuklarıyla yaşıyor. Yapılan diğer çalışmalarda da hastalar çoğunlukla eş ve çocuklarıyla yaşıyor (Ağdemir, 2017; Arslan ve Ünsar, 2021; Güçlü, 2018; Karagülle ve Can Çiçek, 2020; Kılıçkaya, 2013). Hastaların %42,5'inin günlük aktivitelerini yerine getirirken birinden her zaman yardım aldığı, %16,7'sinin bazen yardım aldığı tespit edilmiştir. Aras ve Tel (2009)'e göre, KOAH ile birlikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler sonucunda dispne, yorgunluk, uykusuzluk gibi sorunlar oluşmaktadır ve bu da bireylerin günlük

aktivitelerini yerine getirmesinde ciddi sınırlılıklara yol açmaktadır. Hastalık sürecinin ilerlemesiyle de hastaların yakınlarına bağımlılığı artmaktadır.

Hastaların %38,3'ü 6-11 yıldır, %37,6'sı da beş veya beş yıldan az bir süredir KOAH tanılarının olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların %35,9'u hastalıklarının çok şiddetli olduğunu, %34,8'i ise şiddetli olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların son bir yıldaki hastaneye yatış öykülerine baktığımızda ise, hastanede %36,6'sı bir kez ve %33,8'i üç ve daha fazla sayıda yatmışlardır. Hastaların %54'ü son bir yılda toplamda hastanede 21 gün veya 21 günden fazla yatmışlardır. Ayrıca hastaların %33,1'i son bir yılda acil olarak hastaneye başvuramazken, %44,3'ü üç ve daha fazla sayıda olmak üzere başvurmuşlardır. Sökmen (2019), çalışmamızın yapıldığı hastanede yaptığı benzer bir araştırmada, KOAH'lı bireylerin %84,6'sının son bir yıl içinde hastaneye yatarak tedavi gördüğünü ve yapılan yatışların en önemli nedeninin KOAH atağı (%97,9) olduğunu bulmuştur. KOAH'ın ilerleyen dönemlerinde hava akımındaki kısıtlılık artmaktadır. Geçirilen solunum yolu enfeksiyonlarıyla birlikte alevlenmelerin sayısı da artmakta ve buna bağlı olarak hastaneye başvurular da artmaktadır (Özdemir ve ark., 2015).

Hastaların %54,4'ünün KOAH'ın yanı sıra bir veya birden fazla kronik hastalığı vardır. Bu kronik hastalıkların çoğunluğunu hipertansiyon (%34,5), diyabet (%22,6) ve kalp yetmezliği (%21,6) oluşturmaktadır. Literatürdeki çoğu çalışmada da benzer biçimde KOAH dışında kronik hastalıkları bulunan hastalar çoğunluktadır (Özayhan, 2019; Uygun, 2019; Üstünova ve Nahcivan, 2015). Hayran (2019)'ın bir çalışmasında da belirttiğine göre, dünyada birçok ülke demografik olarak değişim göstermektedir. Doğumda yaşam beklentisi artmaktadır ve toplumların yaşlanmasıyla birlikte kronik hastalıkların görülme oranı artmaktadır. Hayran (2019), ayrıca kronik hastalıkların genellikle çoklu hastalıklar (multimorbidite) şeklinde ve çoğunlukla geriatrik yaş grubunda görüldüğünü belirtmektedir.

Hastaların çoğunluğu (%66,9) hastalıkları hakkında eğitim almadıklarını belirtmişlerdir ve hastaların %50,5'i hastalıkları hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıklarını düşünmektedirler. Hastaların %29,3'ü ise kısmen bilgi sahibi

olduklarını belirtmişlerdir. Literatürü incelediğimizde de hastaların çoğunlukla hastalıkları hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları ve hastalıkları ile ilgili eğitim almadıkları tespit edilmiştir (Wong ve ark., 2014).

Hastaların büyük bir çoğunluğu (%83,3) sağlıkları ile ilgili bir sorunda ilk önce devlet hastanesine gitmeyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Bu durumun, araştırmanın yapıldığı hastanenin göğüs hastalıkları hastanesi olmasından ve genellikle hastaların burada belirli bir doktor tarafından takip ediliyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastaların neredeyse tamamı (%99,7) sağlıkla ilgili bilgileri sağlık çalışanlarından aldıklarını belirtmişlerdir; ancak bununla birlikte eş, çocuk, anne ve babalarından bilgi alanların da sayısı fazladır (%41,8).

4.2. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı genel puanı $29,04 \pm 8,03$ bulundu. Buna göre araştırma grubu sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Literatürde çalışmamızın bulgusuyla benzerlik gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Türe (2018), KOAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlığı ve GOLD sınıflaması arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, KOAH'lı bireylerin %94,6'sının sağlık okuryazarlığının yetersiz ve sorunlu olduğunu bulmuştur. Özeyhan (2019), yaptığı araştırmasında KOAH'lı bireylerin %45,7'sinin yetersiz ve %41,3'ünün sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu bulmuştur. Puente-Maestu ve ark. (2016), yaptıkları çalışmalarında, KOAH'lı bireylerin %59'unun sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğunu bulmuşlardır. Başka bir çalışmada ise Sökmen (2019), KOAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlığı puanını $46,93 \pm 16,20$ olarak bulmuş ve alınabilecek en yüksek puan dikkate alındığında (100) bu değer düşük olarak değerlendirilebileceğini belirtmiştir. Durusu-Tanrıöver ve ark. (2014), Türkiye'nin erişkin nüfusunun sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı genel puanını

30,4 bulmuşlardır ve toplumun %64,6'sının sağlık okuryazarlığının yetersiz veya sorunlu olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı boyut puanlarına baktığımızda; en yüksek puan ortalaması ($31,87 \pm 7,66$) “Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama” boyutuna aitken, en düşük puan ortalaması ($26,73 \pm 8,18$) “Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” boyutuna aittir. Berberoğlu (2018), yaptığı çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak “Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma” boyutunun puanının en yüksek olduğunu bulurken, bizim çalışmamıza benzer şekilde “Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” boyutunun puanının en düşük olduğunu bulmuştur. İşler (2019), yaptığı çalışmada, araştırmamız bulgusuna benzer biçimde “Bilgiyi kullanma/uygulama” boyutunun puanını en yüksek bulurken, “Bilgiyi değerlendirme” boyutunun puanını en düşük bulmuştur. Okyay ve ark. (2016), tarafından yapılan çalışmada ise, araştırmamızdan farklı olarak en yüksek puanın “Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma” boyutuna ait olduğu bulunurken, araştırmamıza benzer biçimde “Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” boyutunun puanının en düşük olduğu bulunmuştur. Araştırmamız bulgusuna benzer biçimde Berberoğlu (2018), İşler (2019) ve Okyay ve ark. (2016)'nın çalışmasında da “Tedavi ve hizmet” boyutunun puanı, “Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” boyutunun puanından daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların yaşına göre sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanlarında anlamlı düzeyde bir fark bulunmaktadır. Buna göre hastaların yaşları arttıkça sağlık okuryazarlığı puanları düşmektedir. Bu durumun, yaşın ilerlemesiyle birlikte bilişsel ve sosyal fonksiyonların azalmasından ve bu nedenle de hastaların sağlık bilgilerine erişmesinin, bilgileri anlamasının, yorumlamasının ve uygulamasının zorlaşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınların sağlık okuryazarlığı genel puanı $27,34 \pm 8,39$; erkeklerin ise $29,58 \pm 7,86$ bulundu. Buna göre çalışmaya katılan erkeklerin sağlık okuryazarlığı daha yüksektir ve cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı genel puanında anlamlı bir fark vardır ($p=0,048$). Literatür incelendiğinde; Sökmen (2019)'in

KOAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmek için yaptığı çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde kadınların erkeklere göre sağlık okuryazarlığı düzeyi daha düşük bulunmuştur. Yine literatürde kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu başka çalışmalar mevcuttur (Durusu-Tanrıöver ve ark., 2014; Ozdemir ve ark., 2010; Yakar ve ark., 2019). Literatürde çalışmamızın bulgusundan farklı olarak kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu (Bayık Temel ve Çimen, 2017; Özayhan, 2019; Uğurlu ve Akgün, 2019) ya da cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı genel puanında anlamlı bir farkın bulunmadığı (Çiftci, 2015; Kale ve ark., 2015; Türe, 2018; Üçpunar, 2014) çalışmalar da mevcuttur. Literatürde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve eğitim durumu arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirten birçok çalışma bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi ve cinsiyet arasındaki ilişkinin değerlendirildiği araştırmalardan farklı sonuçların elde edilmesi, bölgeler arasında, cinsiyete göre eğitim durumu farklılıklarının olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanlarında anlamlı düzeyde bir fark bulunmaktadır. Buna göre eğitim seviyeleri yükseldikçe sağlık okuryazarlığı puanları artmaktadır. Literatürde de araştırmamıza benzer biçimde, eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Bayık Temel ve Çimen, 2017; Durusu-Tanrıöver ve ark., 2014; Omachi ve ark., 2013; Üçpunar, 2014; Wahl ve ark., 2021). Sağlık okuryazarlığının, okuryazarlıkla bağlantılı bir kavram olduğunu, Sørensen ve ark. (2012), yaptıkları bir çalışmada belirtmişlerdir. Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgu ve literatürdeki diğer çalışmalar da bunu doğrular niteliktedir. Eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin bilgileri edinmede, edinilen bilgileri anlamada, yorumlamada ve uygulamada eğitim düzeyi düşük olan kişilere göre daha başarılı oldukları, dolayısıyla sağlık bilgilerine de doğru bir biçimde ve daha kolay ulaşabildiği, sağlık bilgilerini daha iyi anlayıp daha iyi yorumlayabildiği ve uygulayabildiği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların medeni durumuna göre sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanlarında anlamlı bir fark yoktur. Literatüre baktığımızda ise, evli

olanların sağlık okuryazarlığı seviyesinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu çalışmalar bulunduğu gibi (Bayık Temel ve imen, 2017; iftci, 2015; Sökmen, 2019) bekârların sağlık okuryazarlığı düzeyinin anlamlı derecede yüksek bulunduğu ya da medeni duruma göre sağlık okuryazarlığı düzeyinde anlamlı bir farkın olmadığı çalışmalar da bulunmaktadır (zdemir, 2018; punar, 2014).

Düzenli maaş alınan bir işte çalışma durumuna göre baktığımızda; düzenli bir işte çalışanların sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanları, çalışmayanlar ile emekli olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Literatürde araştırmamızın bulgusuna benzer biçimde çalışanların sağlık okuryazarlığı düzeyinin anlamlı bir biçimde daha yüksek olduğu çalışmalar olduğu gibi (Bayık Temel ve imen, 2017; Sökmen, 2019; punar, 2014), çalışmayanların puanlarının daha yüksek olduğu veya çalışma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyinde anlamlı bir farkın olmadığı çalışmalar da bulunmaktadır (iftci, 2015).

Günlük aktivitelerini yerine getirirken herhangi birinden yardım alma durumuna göre sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanlarında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Buna göre günlük aktivitelerini yerine getirirken herhangi birinden yardım almayanların sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanları, yardım alanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların hastalık yılına göre sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanlarında anlamlı düzeyde bir fark bulunmaktadır. Buna göre beş veya beş yıldan az süredir KOAH tanısı olan hastaların sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanları, beş yıldan fazla süredir KOAH tanısı olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Çiftci (2015) yaptığı çalışmada, çalışmamız bulgusuna benzer biçimde, beş yıl ve daha az yıldır kronik hastalığı olanların sağlık okuryazarlığı puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Literatürde hastalık yılı ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin saptanmadığı çalışmalar da bulunmaktadır (zayhan, 2019).

Araştırmaya katılan hastaların hastalıklarının şiddetini nasıl tanımladıklarına göre sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanlarında anlamlı düzeyde bir fark vardır. Hastalıklarının şiddetini hafif olarak tanımlayan hastaların sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanları, diğer dereceleri tanımlayan hastalara göre daha yüksek bulundu. Tanımlanan hastalık şiddeti arttıkça hastaların sağlık okuryazarlığı puanlarının düştüğü görüldü. Sökmen (2019), yaptığı çalışmada, hastaların sağlıklarını nasıl değerlendirdiklerinin, sağlık okuryazarlığı puanlarını etkilediğini bulmuştur. Buna göre çalışmamız bulgusuna benzer biçimde hastalıklarının hafif seyrettiğini düşünen hastaların sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde benzer sonuçları içeren başka çalışmalar da bulunmaktadır (Uğurlu ve Akgün, 2019). Sağlık okuryazarlığı yüksek olan hastaların, kendi sağlık durumlarını daha doğru algıladıkları düşünülmektedir. Başka bir bakış açısıyla bakacak olursak; sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastalar, hastalıklarını yönetmede de yetersiz kalabilmekte ve buna bağlı olarak hastalıkları daha kötü seyredebilmektedir.

Hastaların KOAH nedeniyle son bir yıl içinde hastaneye başvurma durumuna göre sağlık okuryazarlığı puanı ve boyut puanlarında anlamlı düzeyde bir fark vardır. Hastaneye son bir yıl içinde hiç yatmayanların sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanları, yatanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Hastanede kaç gün yattıklarına göre de sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanlarında anlamlı bir fark vardır. Buna göre beş veya beş günden az süredir yatan hastaların, beş günden fazla yatan hastalara göre sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. KOAH nedeniyle son bir yıl içinde acil servise başvurma durumuna göre de sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanlarında anlamlı düzeyde bir fark vardır. KOAH nedeniyle son bir yıl içinde acil servise hiç başvurusu olmayan hastaların sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanları, bir ve daha fazla sayıda başvuranlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan KOAH hastalarının hastalıkları ile ilgili bilgilere ulaşma, bu bilgileri anlama ve yorumlama ile bu bilgileri kullanma becerilerinin de daha yüksek olduğu, böylece hastalıklarının yönetimine daha aktif ve doğru bir şekilde katılarak hastalık semptomlarını daha iyi yönetebildikleri,

dolayısıyla da hastaneye gereksiz başvurularının azaldığı düşünülmektedir. Literatürde çalışmamızın bulgularına benzer çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin; Bayık Temel ve Çimen (2017), yaptıkları bir çalışmada, yaşlıların hastaneye başvuru, hastanede yatış günü ve acile başvuru sayılarının arttıkça sağlık okuryazarlığı puanlarının düştüğünü bulmuşlardır. Baker ve ark. (1998), yetersiz sağlık okuryazarlığının hastaneye başvuru riskini arttırdığını bulmuşlardır.

Hastalarda KOAH'ın yanı sıra başka bir kronik hastalık bulunma durumuna göre sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanlarında anlamlı bir fark vardır. Buna göre KOAH dışında kronik hastalığı bulunmayan hastaların sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanları daha yüksektir. Çiftci (2015), yaptığı tez çalışmasında, mevcut hastalığı dışında başka bir kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı puanlarının anlamlı derecede düşük çıktığını bulmuştur. Wolf ve ark. (2005), ise yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip hastaların daha çok kronik hastalıklara sahip olduğunu bulmuşlardır. Sökmen (2019), çalışmasında, araştırmamız bulgusuna benzer biçimde KOAH dışında bir hastalığı olanların sağlık okuryazarlığı puanını, olmayanlara göre anlamlı derecede düşük bulmuştur. Sökmen (2019), bunun nedenini sadece KOAH'ı olan bireylerin hastalıklarına daha iyi yoğunlaşmalarına ve böylelikle hastalıkları ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olmalarına yormuştur. Ayrıca sağlık okuryazarlığı yüksek olan kişilerin bakımları ile ilgili farkındalıklarının da daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların hastalıkları ile ilgili eğitim alma durumuna göre sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanlarında anlamlı bir fark yoktur. Ancak hastalıkları ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olma durumuna göre sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanlarında anlamlı bir fark vardır. Hastalıkları ile ilgili yeterli bilgi düzeyine kısmen sahip olduğunu düşünen hastaların sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanları, yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu düşünen ve düşünmeyen hastalara göre daha yüksektir. Özayhan (2019), yaptığı araştırmasında, bizim çalışmamıza benzer biçimde, hastalığı ile ilgili bilgilendirilmenin hastaların sağlık okuryazarlığına önemli bir etkisinin olmadığını bulmuştur. Literatürde bizim çalışmamızın aksine hastalığı hakkında eğitim alanların

sağlık okuryazarlığı puanlarının daha iyi olduğunu gösteren çalışma da mevcuttur (Çiftci, 2015).

Hastaların sağlıkları ile ilgili bir sorunda ilk önce hangi kurumu tercih ettiklerine göre sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanlarına baktığımızda ise, sadece “Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama” boyutunda anlamlı derecede bir fark vardır. Bu boyutun puanı Aile Sağlığı Merkezi’ni tercih eden hastalarda anlamlı derecede daha yüksektir.

4.3. Hastaların Öz-etkililik Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma grubunun öz-etkililik genel puanı $2,17 \pm 0,73$ bulundu. Buna göre araştırma grubunun öz-etkililik düzeyi düşüktür. KOAH’lı bireylerle ilgili yapılan çoğu çalışmada, çalışmamıza benzer biçimde KOAH’lı bireylerin öz-etkililikleri düşük bulunmuştur (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2016; Güçlü, 2018; Kara ve Mirici, 2002).

Araştırmaya katılan hastaların tüm öz-etkililik alt boyut puanlarının üçten az olduğu bulunmuştur. Kara ve Aşti (2004)’ye göre, üç puan orta sınır kabul edilmektedir. Bu durumda hastaların tüm öz-etkililik alt boyut puanları düşüktür. Öz-etkililik alt boyut puanlarında en yüksek puan ($2,52 \pm 0,87$) “Duygusal Durum” alt boyut puanına aitken, en düşük puan ($1,57 \pm 0,58$) “Fiziksel Çaba” alt boyut puanına aittir. Kara ve Aşti (2004) ve Güçlü (2018), KOAH’lı bireylerin öz-etkililik düzeyi ile ilgili yaptıkları çalışmalarında araştırmamıza benzer biçimde “Duygusal Durum” alt boyut puanının en yüksek; “Fiziksel Çaba” alt boyut puanının en düşük olduğunu bulmuşlardır. Bal Özkaptan ve Kapucu (2016) ve Lee ve ark. (2014), ise yaptıkları çalışmalarında, araştırmamızdan farklı olarak “Olumsuz Etki” alt boyut puanını en yüksek bulurken; araştırmamıza benzer şekilde “Fiziksel Çaba” alt boyut puanının en düşük olduğunu bulmuşlardır. “Duygusal Durum” alt boyutu; öfke, korku ve yaşamla ilgili bir sorun durumunda, solunum problemlerini yönetme veya bunlardan kaçınma konusundaki öz-etkililik düzeyini ölçer (Kaya ve ark., 2018).

Buna göre çalışmamıza katılan hastalar diğer durumlara nazaran, duygusal durumlarda nefes darlıklarını daha iyi yönetebiliyor diyebiliriz. Hastaların ‘‘Fiziksel Çaba’’ öz-etkililik puanlarının en düşük bulunmasının nedeni, KOAH’lı bireylerin eforla birlikte nefes darlıklarının artacağını ve fiziksel aktiviteyi başarılı bir biçimde gerçekleştiremeyeceklerini düşünmelerinden dolayı aktiviteleri yapmaktan kaçınmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların yaşına göre öz-etkililik genel puanı ve alt boyut puanlarında anlamlı düzeyde bir fark bulunmaktadır. Buna göre hastaların yaşları arttıkça öz-etkililik puanları düşmektedir.

Araştırmaya katılanların cinsiyetine göre öz-etkililik genel puanı ile alt boyut puanlarında anlamlı fark yoktur. Ancak; erkeklerin öz-etkililik genel puanı ve alt boyut puanları anlamlı derecede olmamakla birlikte kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Literatürde bizim araştırmamızın bulgusuyla benzerlik gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Emme ve ark., 2012; Garrod ve ark., 2008; Güçlü, 2018; Kaya ve ark., 2018; Uygun, 2019).

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre öz-etkililik genel puanı ile alt boyut puanlarında anlamlı fark vardır. Ortaokul ve üstü eğitim durumuna sahip olanların, okuryazar olanlara ve ilkokul mezunlarına göre öz-etkililik genel puanı ile alt boyut puanları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Literatürde de araştırmamız bulgusuna benzerlik gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Güçlü, 2018; Kaya ve ark., 2018). Uygun (2019), ise yaptığı çalışmasında, eğitim durumu ile öz-etkililik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptamamakla birlikte, en yüksek öz-etkililik genel puanının üniversite mezunlarına ait olduğunu bulmuştur. Eğitim düzeyi yükseldikçe kişilerin sağlık bilgilerine ulaşması, sağlık bilgilerini anlaması ve doğru uygulaması daha iyi olabilir. Böylelikle kişilerin sağlık ve hastalık durumlarıyla ilgili farkındalıklarının arttığı ve becerilerine yönelik algılarının olumlu olarak değiştiği ve öz-etkililik düzeylerinin yükseldiği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların medeni durumuna göre öz-etkililik genel puanı ile alt boyut puanlarında anlamlı fark bulunmamakla birlikte evli olanların puanları daha yüksek bulundu. Uygun (2019)'un yaptığı çalışmada araştırmamıza benzer biçimde medeni duruma göre öz-etkililik düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte evli olanların öz-etkililik düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Güçlü (2018), ise yaptığı çalışmasında, evli olan KOAH'lı bireylerin öz-etkililik düzeyinin bekârlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğunu bulmuştur. Kaya ve ark. (2018), yaptıkları çalışmada, bizim araştırmamızdan farklı olarak bekârların öz-etkililik düzeyini anlamlı derecede daha yüksek bulmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların düzenli maaş alınan bir işte çalışma durumuna göre öz-etkililik genel puanı ile alt boyut puanlarında anlamlı fark bulunmaktadır. Buna göre çalışanların puanı, çalışmayanlar ile emekli olanların puanlarına göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Literatürde araştırmamıza benzer biçimde, çalışan KOAH'lı bireylerin öz-etkililik düzeyinin çalışmayanlara göre yüksek olduğunu bulan araştırmalar mevcuttur (Kaya ve ark., 2018; Uygun, 2019). Uğur ve ark. (2017)'nin yaptıkları çalışmada; hastaların çalışma durumlarına göre öz-etkililiklerinde önemli bir değişiklik yoktur.

Günlük aktivitelerini yerine getirirken herhangi birinden yardım alma durumuna göre öz-etkililik genel puanı ile alt boyut puanlarında anlamlı fark bulunmaktadır. Buna göre yardım almayanların puanları yardım alanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu. KOAH'lı bireyler düşük öz-etkililiğin bir sonucu olarak, nefes darlığına neden olabileceğini düşündüklerinden, yapabilecek fiziksel yeterliliğe sahip oldukları aktiviteleri dahi yapmaktan kaçınmakta ve günlük aktivitelerini yerine getirirken başka kişilere bağımlı hâle gelmektedirler (Wigal ve ark., 1991). Çalışmamıza benzer biçimde Ağdemir (2017), yaptığı çalışmasında, günlük işlerinde başkalarından yardım alan hastaların öz-etkililik düzeyinin anlamlı derecede daha düşük olduğunu bulmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların hastalık yılına göre öz-etkililik genel puanı ile alt boyut puanlarında anlamlı düzeyde fark bulunmaktadır. Buna göre beş veya beş

yıldan az süredir KOAH tanısı olan hastaların öz-etkililik genel puanı ve alt boyut puanları, beş yıldan fazla süredir KOAH tanısı olan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir. Güçlü (2018)'nın yaptığı çalışmada da araştırmamız bulgusuna benzer biçimde, beş veya beş yıldan az süredir KOAH tanısı olan hastaların öz-etkililik puanları, beş yıldan fazla süredir KOAH tanısı olan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir. Lee ve ark. (2014), yaptıkları çalışmada, hastaların KOAH tanısı almalarından itibaren geçen sürenin arttıkça, öz-etkililik düzeylerinin düştüğünü bulmuşlardır. KOAH ilerleyici hava akımı kısıtlılığının görüldüğü bir hastalık olup, hastalık yılının artmasıyla hastalığın şiddeti de artış göstermekte ve hastalık semptomları da artmaktadır. Hastanın yaşının da artmasıyla da birlikte bilişsel ve fiziksel fonksiyonlar azalmakta ve hastanın öz-etkililik seviyesinin de buna bağlı olarak düştüğü düşünülmektedir. Literatürde hastalık yılı ile öz-etkililik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulmayan çalışmalar da vardır (Ağdemir, 2017; Emme ve ark., 2012; Uygun, 2019).

Araştırmaya katılan hastaların hastalıklarının şiddetini nasıl tanımladıklarına göre öz-etkililik genel puanı ile alt boyut puanlarında anlamlı düzeyde fark vardır. Hastalıklarının şiddetini hafif olarak tanımlayan hastaların öz-etkililik genel puanı ve alt boyut puanları diğer dereceleri tanımlayan hastalara göre daha yüksek bulundu. Tanımlanan hastalık şiddeti arttıkça hastaların öz-etkililik puanlarının düştüğü görüldü. Emme ve ark. (2012), çalışmamıza benzer biçimde sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren hastaların öz-etkililik düzeyinin, iyi olarak değerlendirenlere göre anlamlı derecede düşük olduğunu bulmuştur. Yine benzer bir şekilde Uygun (2019), yaptığı çalışmada, sağlık durumunu orta veya kötü olarak değerlendiren hastaların öz-etkililik düzeyinin, iyi olarak değerlendirenlere göre anlamlı derecede düşük olduğunu bulmuştur.

Hastaların KOAH nedeniyle son bir yıl içinde hastaneye başvurma durumuna göre öz-etkililik genel puanı ile alt boyut puanlarında anlamlı düzeyde fark vardır. Hastaneye son bir yıl içinde hiç yatmayanların öz-etkililik genel puanı ve alt boyut puanları, yatanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Hastanede kaç gün yattıklarına göre de öz-etkililik genel puanı ile alt boyut puanları bakımından anlamlı

değişim vardır. Buna göre sırasıyla 6-10 gün arasında yatan ve 1-5 gün yatan hastaların öz-etkililik genel puanı ve alt boyut puanları, on günden fazla süre yatan hastalara göre daha yüksek bulundu. KOAH nedeniyle son bir yıl içinde acil servise başvurma durumuna göre de öz-etkililik genel puanı ile alt boyut puanlarında anlamlı düzeyde fark vardır. KOAH nedeniyle son bir yıl içinde acil servise hiç başvurusu olmayan hastaların öz-etkililik genel puanı ve alt boyut puanları, bir ve daha fazla sayıda başvuranlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Çalışmamıza benzer biçimde, Uygun (2019), yaptığı çalışmada, acil başvuru sayısı arttıkça, öz-etkililik düzeyinin düştüğünü bulmuştur. Hastaneye başvuru sayısındaki ve hastanede yatma süresindeki artışın yüksek olması hastalığın şiddetinin artmasına bağlı olarak gerçekleşmektedir. Hastalığın şiddeti arttıkça nefes darlığı gibi semptomlar da artmaktadır. Wigal ve ark. (1991), yaptıkları çalışmada nefes darlığının öz-etkililik düzeyini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Özetle; çalışmamızda hastaneye başvuru sayısı ve yatış süresinin arttıkça öz-etkililik düzeyinin düşmesinin nedeninin, hastaların semptomlarının sıklığının ve şiddetinin de artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastalarda KOAH'ın yanı sıra ek bir kronik hastalık bulunma durumuna göre, öz-etkililik genel puanı ve tüm alt boyut puanlarında anlamlı derecede bir fark vardır. KOAH dışında kronik hastalığı bulunmayan hastaların puanları daha yüksektir. Literatürde araştırmamıza benzer biçimde, mevcut hastalığı dışında başka bir kronik hastalığı olmayan hastaların öz-etkililik düzeyinin daha yüksek olduğunu saptayan çalışmalar bulunmaktadır (Güçlü, 2018; Kaya ve ark., 2018; Uygun, 2019). Hastalık sayısı arttıkça hastaların uğraşması gereken sorunlar da artmakta ve hastaların tedavi ve bakımlarına katılımı da zorlaşmaktadır. Bu da hastaların tek başlarına ihtiyaçlarını karşılayabileceklerine yönelik olan öz-etkililiklerinin düşük olmasına neden olacaktır.

Araştırmaya katılan hastaların hastalıkları ile ilgili eğitim alma durumuna göre öz-etkililik genel puanı ile alt boyut puanlarında anlamlı fark yoktur. Kaya ve ark. (2018), yaptıkları çalışmada, hastalık ile ilgili eğitim alma ile öz-etkililik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulmamıştır. Literatürde bizim çalışmamızdan farklı olarak

hastalıkları ile ilgili eğitim alan hastaların öz-etkililik seviyesinin anlamlı derecede daha yüksek olduğunu bulan çalışmalar mevcuttur (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2016; Güçlü, 2018). Kara ve Aşti (2004), KOAH'lı bireylere verilen yapılandırılmış eğitimin öz-etkililik üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmada, yapılandırılmış eğitim verildikten sonra hastaların öz-etkililik puanlarının anlamlı düzeyde arttığını saptamışlardır. Stellefson ve ark. (2012), KOAH kendi kendine yönetim eğitimi programlarının öz-etkililik üzerindeki etkisini değerlendiren literatürdeki araştırmaları inceledikleri çalışmalarında, araştırmaların çoğunun, eğitim vermenin öz-etkililikte istatistiksel olarak anlamlı derecede iyileşme sağladığını bildirdiğini bulmuşlardır. Çalışmamıza katılanların, hastalıkları konusunda bilgilerinin yeterli olup olmadığını düşünme durumlarına göre sadece “Olumsuz Etki” ve “Duygusal Durum” alt boyut puanlarında anlamlı bir fark yoktur. Hastalıkları ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu düşünen hastaların öz-etkililik genel puanı ile “Fiziksel Çaba”, “Hava/Çevre Etkisi” ve “Davranışsal Risk Faktörleri” alt boyut puanları anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Lee ve ark. (2014), yaptıkları çalışmada, araştırmamızdan farklı olarak hastalık ile ilgili bilgi düzeyi ve öz-etkililik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır.

Hastaların sağlıkları ile ilgili bir sorunda ilk önce hangi kurumu tercih ettiklerine göre öz-etkililik genel puanı ve alt boyut puanlarına baktığımızda ise öz-etkililik genel puanı ile “Olumsuz Etki” ve “Hava/Çevre Etkisi” alt boyut puanlarında anlamlı derecede bir fark vardır. Aile Sağlığı Merkezi'ni tercih eden hastaların bu puanları anlamlı derecede daha yüksektir.

4.4. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ve Öz-etkililik Puanları Arasındaki İlişkilere Dair Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların sağlık okuryazarlığı genel puanı ile öz-etkililik düzeyi puanı arasında orta düzeyde, pozitif bir korelasyon bulunmuştur ($r=0,490$; $p<0,01$). Ayrıca tüm sağlık okuryazarlığı boyut puanları ile öz-etkililik alt boyut puanları arasında da orta düzeyde, pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Literatürde

araştırmamıza benzer biçimde sağlık okuryazarlığı düzeyiyle, öz-etkililik düzeyi arasında pozitif bir korelasyon bulan çalışmalar mevcuttur. Öztürk ve ark. (2018), Konya’da yaşayan kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile öz-etkililik düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz etkililik düzeyi arasında düşük düzeyde ($r=0,277$; $p<0,01$) pozitif bir korelasyon olduğunu bulmuşlardır. Berens ve ark. (2021) ise, Alman nüfusunun öz-etkililik düzeyinin sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerine etkisini incelemek için yaptıkları çalışmada, öz etkililik düzeyi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır ($r=0,405$; $p<0,01$). Daha iyi öz-etkililik puanlarına sahip olan kişilerin daha iyi sağlık okuryazarlığı puanlarına da sahip olduğunu bulmuşlardır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

KOAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz-etkililikle ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları şu şekildedir:

Aratırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $68,16 \pm 10,09$ olarak bulundu. Hastaların %1,7'si 30-44, %16'sı 45-59, %52,6'sı 60-74, %29,6'sı 75-89 yaş aralığındadır. Hastaların %76,7'si erkektir ve %98,6'sı evlidir. Hastaların %48,1'i okuryazardır, %30,3'ü ise ilkokul mezunudur ve %70,7'si emekli %23,7'si bir işte çalışmıyor. Hastaların %42,5'i günlük aktivitelerini yerine getirirken birinden her zaman yardım alıyor, %16,7'si bazen yardım alıyor.

Hastaların %38,3'ünün 6-11 yıldır, %37,6'sının da beş veya beş yıldan az bir süredir KOAH tanısı olduğu saptandı. Hastaların %35,9'u hastalıklarını çok şiddetli, %34,8'i ise şiddetli olarak tanımladı. Son bir yılda hastaların %36,6'sı bir kez ve %33,8'i üç ve daha fazla sayıda hastaneye yatmışlardır. Hastaların %54'ü son bir yılda toplamda 21 gün ve üzeri gün hastanede yatmışlardır. Ayrıca hastaların %33,1'i son bir yılda acil servise başvurmazken, %44,3'ü üç ve daha fazla sayıda olmak üzere acile başvurmuşlardır.

Hastaların %54,4'ünün KOAH'ın dışında bir veya birden fazla kronik hastalığı vardır. Bu kronik hastalıkların çoğunluğunu hipertansiyon (%34,5), diyabet (%22,6) ve kalp yetmezliği (%21,6) oluşturmaktadır.

Hastaların çoğunluğu (%66,9) hastalıkları hakkında eğitim almamışlardır ve %50,5'i hastalıkları hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıklarını düşünmektedirler. Hastaların %29,3'ü ise kısmen bilgi sahibi olduklarını düşünmektedir.

Hastaların büyük bir çoğunluğu (%83,3) sağlıkları ile ilgili bir sorunda ilk önce devlet hastanesine gitmeyi tercih etmektedirler. Hastaların neredeyse tamamı

(%99,7) sağlık ilgilil bilgileri sağlık çalışanlarından almaktadırlar; ancak bununla birlikte eş, ocuk, anne ve babalarından bilgi alanların da sayısı fazladır (%41,8).

Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı genel puanı $29,04 \pm 8,03$ bulundu. Buna göre araştırma grubu sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Araştırma grubunun sağlık okuryazarlığı boyut puanlarına baktığımızda; en yüksek puan ortalaması ($31,87 \pm 7,66$) ‘‘Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama’’ boyutuna aitken, en düşük puan ortalaması ($26,73 \pm 8,18$) ‘‘Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme’’ boyutuna aittir.

Yaşa göre hastaların sağlık okuryazarlığı puanlarında anlamlı düzeyde bir fark bulunmaktadır. Buna göre yaş arttıķa sağlık okuryazarlığı düşmektedir. Kadınların sağlık okuryazarlığı genel puanı $27,34 \pm 8,3$; erkeklerin ise $29,58 \pm 7,86$ bulundu. Buna göre çalışmaya katılan erkeklerin sağlık okuryazarlığı anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0,048$).

Eğitim durumuna göre hastaların sağlık okuryazarlığı puanlarında anlamlı düzeyde bir fark bulunmaktadır. Eğitim seviyesi arttıķa sağlık okuryazarlığı artmaktadır. Hastaların medeni durumuna göre sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanlarında anlamlı düzeyde bir fark yoktur.

Düzenli maaş alınan bir işte çalışanların sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanları, çalışmayanlar ile emekli olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Günlük aktivitelerini yerine getirirken herhangi birinden yardım almayanların sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanları, yardım alanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Beş veya beş yıldan az süredir KOAH tanısı olan hastaların sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanları, beş yıldan fazla süredir KOAH tanısı olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastalıklarının şiddetini hafif olarak tanımlayan hastaların sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanları diğer dereceleri tanımlayan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir. Tanımlanan hastalık şiddeti arttıkça hastaların sağlık okuryazarlığı puanları düşmektedir.

Hastaneye son bir yıl içinde hiç yatmayan hastaların sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanları, yatanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hastanede beş veya beş günden az süredir yatan hastaların, beş günden fazla yatan hastalara göre sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir. KOAH nedeniyle son bir yıl içinde acil servise hiç başvurusu olmayan hastaların sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanları, başvuranlara göre anlamlı derecede yüksektir. KOAH dışında kronik hastalığı bulunmayan hastaların sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanları, bulunanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Hastaların hastalıkları ile ilgili eğitim alma durumuna göre sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanlarında anlamlı bir fark yoktur. Ancak hastalıkları ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olma durumuna göre sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanlarında anlamlı bir fark vardır. Hastalıkları ile ilgili yeterli bilgi düzeyine kısmen sahip olduğunu düşünen hastaların sağlık okuryazarlığı genel puanı ve boyut puanları, yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu düşünen ve düşünmeyen hastalara göre daha yüksektir.

Sağlıkları ile ilgili bir sorunda ilk önce Aile Sağlığı Merkezi'ni tercih eden hastaların “Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama” boyut puanı, diğer kurumları tercih edenlere göre daha yüksektir.

Araştırma grubunun öz-etkililik genel puanı $2,17 \pm 0,73$ bulundu. Buna göre araştırma grubunun öz-etkililik düzeyi düşüktür. Araştırmaya katılan hastaların tüm öz-etkililik alt boyut puanlarının üçten az olduğu bulunmuştur. Kara ve Aşti (2004)'ye göre üç puan orta sınır kabul edilmektedir. Bu durumda hastaların tüm öz-etkililik alt boyut puanları düşüktür. Öz-etkililik alt boyut puanlarında en yüksek

puan ($2,52 \pm 0,87$) “Duygusal Durum” alt boyut puanına aitken, en düşük puan ($1,57 \pm 0,58$) “Fiziksel Çaba” alt boyut puanına aittir.

Yaşa göre hastaların öz-etkililik puanlarında anlamlı düzeyde bir fark bulunmaktadır. Buna göre yaş arttıkça öz-etkililik azalmaktadır. Cinsiyete göre öz-etkililik genel puanı ile alt boyut puanlarında anlamlı fark yoktur ancak; erkeklerin anlamlı derecede olmamakla birlikte kadınlardan daha yüksektir. Ortaokul ve üstü eğitim durumuna sahip olanların, okuryazar olanlara ve ilkokul mezunlarına göre öz-etkililik genel puanı ile alt boyut puanları anlamlı derecede daha yüksektir. Medeni duruma göre öz-etkililik genel puanı ile alt boyut puanlarında anlamlı fark bulunmamakla birlikte, evli olanların puanları daha yüksektir.

Düzenli maaş alınan bir işte çalışanların öz-etkililik genel puanı ve alt boyut puanları, çalışmayanlar ile emekli olanların puanlarına göre anlamlı derecede daha yüksektir. Günlük aktivitelerini yerine getirirken herhangi birinden yardım almayan hastaların öz-etkililik genel puanı ve alt boyut puanları, yardım alanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Beş veya beş yıldan az süredir KOAH tanısı olan hastaların öz-etkililik genel puanı ve alt boyut puanları, beş yıldan fazla süredir KOAH tanısı olan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir. Hastalıklarının şiddetini hafif olarak tanımlayan hastaların öz-etkililik genel puanı ve alt boyut puanları, diğer dereceleri tanımlayan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir. Tanımlanan hastalık şiddeti arttıkça hastaların öz-etkililik puanları düşmektedir.

Hastaneye son bir yıl içinde hiç yatmayan hastaların öz-etkililik genel puanı ve alt boyut puanları yatanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Son bir yılda hastanede sırasıyla 6-10 gün arasında yatan ve 1-5 gün yatan hastaların öz-etkililik genel puanı ve alt boyut puanları, on günden fazla süre yatan hastalara göre daha yüksektir. KOAH nedeniyle son bir yıl içinde acil servise hiç başvurusu olmayan hastaların öz-etkililik genel puanı ve alt boyut puanları, bir ve daha fazla sayıda başvuranlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastalarda KOAH dışında kronik hastalık bulunma durumuna göre öz-etkililik genel puanı ile “Davranışsal Risk Faktörleri” , “Fiziksel Çaba” ve “Hava/Çevre Etkisi” alt boyut puanlarında anlamlı derecede bir fark vardır. KOAH dışında kronik hastalığı bulunmayan hastaların bu puanları daha yüksektir.

Hastaların hastalıkları ile ilgili eğitim alma durumuna göre öz-etkililik genel puanı ile alt boyut puanlarında anlamlı fark yoktur. Çalışmamıza katılan hastaların hastalıkları ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olma durumuna göre sadece “Olumsuz Etki” ve “Duygusal Durum” alt boyut puanlarında anlamlı bir fark yoktur. Hastalıkları ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu düşünen hastaların öz-etkililik genel puanı ile “Fiziksel Çaba” , “Hava/Çevre Etkisi” ve “Davranışsal Risk Faktörleri” alt boyut puanları anlamlı derecede daha yüksek bulundu.

Sağlıkları ile ilgili bir sorunda ilk önce Aile Sağlığı Merkezi’ni tercih eden hastaların “Olumsuz Etki” ve “Hava/Çevre Etkisi” alt boyut puanları, diğer kurumları tercih edenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Araştırmaya katılan hastaların sağlık okuryazarlığı genel puanı ile öz-etkililik genel puanı arasında orta düzeyde, pozitif bir korelasyon bulundu ($r=0,490$; $p<0,01$).

KOAH Öz-etkililik Ölçeği tüm alt boyut puanları ile Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 tüm boyut puanları arasında orta düzeyde, pozitif bir korelasyon bulundu ($p<0,01$).

Araştırmamızdan elde ettiğimiz bu sonuçlar doğrultusunda şunlar önerilmektedir:

- Araştırmamız sonucuna göre KOAH’lı bireylerin sağlık okuryazarlığı ve öz-etkililik düzeyi düşüktür. Literatüre dayanarak; KOAH’lı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve öz-etkililik düzeyinin birey ve toplumun sağlık sonuçlarının üzerindeki önemli etkisi düşünüldüğünde; hastalarla daha uzun süreli temas halinde olan hemşirelerin, acil durumları olmayan hastalarla ilk

temasa geçtikleri anda, hastaların hastalıkları ile ilgili bilgileri ve sosyo-demografik bilgilerini edinmelerinin yanı sıra, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve öz-etkililik düzeylerini de belirlemeleri önemlidir. Bu sayede hemşirelerin hastaların seviyesine uygun müdahalelerde bulunabileceği, sağlık eğitimi ve danışmanlık sağlayabileceği, sağlık okuryazarlığı ve öz-etkililik düzeylerini geliştirebileceği ve böylelikle hastaların tedavi ve bakıma uyumunun artacağı düşünülmektedir.

- Hastalıkları ile ilgili eğitim alan ve hastalıkları hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip olduklarını düşünen hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz-etkililik düzeyi daha yüksek bulunduğundan, hastalara tedavileri ve bakımları ile ilgili planlı bir eğitim verilmelidir.
- Araştırmamız sonucunda KOAH'lı bireylerin eğitim durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz-etkililik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca hastaların büyük bir çoğunluğunun eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı ve genellikle günlük aktivitelerini yerine getirirken beraber yaşadıkları kişilerden yardım aldığı tespit edildiğinden, KOAH'lı bireylere verilecek eğitimlerin özellikle hastaların eğitim seviyesine uygun olarak düzenlenmesi ve bakımlarına yardımcı olacak kişilere de yönelik olmalıdır.
- Araştırmamız sonucunda beş veya beş yıldan az süredir KOAH tanısı olan, hastalığının şiddetini hafif olarak tanımlayan, KOAH nedeniyle son bir yıl içinde acil olarak hastaneye başvurmayan, KOAH nedeniyle son bir yıl içinde hastaneye yatışı olmayan, yatışı varsa toplam on veya on günden az olan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz-etkililik düzeyi diğer kişilere göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz-etkililik düzeyi düşük olan hastaların, hastalıklarını yönetmede daha çok zorlandıkları bu nedenle de hastalığın daha şiddetli seyrettiği ve hastaneye başvuru sayılarının arttığı düşünülmektedir. Bu nedenle hastaların tedavileri sırasında, sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve öz-etkililik düzeylerini tespit edecek ve geliştirecek müdahalelerde bulunulması ve bu müdahalelerin belirli aralıklarla tekrarlanması önerilmektedir. Ayrıca çalışmamızda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz-etkililik düzeyi arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunduğundan, bu düzeylerden herhangi birini geliştirmeye yönelik

yapılacak olan müdahalenin diğer düzeye de olumlu bir etkisi olacağı düşünülmektedir.

- Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına, halkın sağlık okuryazarlığı düzeyini ve öz-etkililik düzeyini belirlemeye ve geliştirmeye yönelik müdahaleler planlamaları ve uygulamaları için görevler verilebilir.
- Araştırmamız sonucunda, KOAH'ın yanı sıra başka bir kronik hastalığı olmayan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz-etkililik düzeyi, olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların hastalık sayıları arttıkça baş etmek zorunda oldukları sorunlar, bilgi ve beceri sahibi olmaları gereken konular da artmaktadır. Bundan dolayı hastalar, hastalıklarına uyum problemleri yaşayabilirler ve sağlık okuryazarlığı ve öz-etkililik düzeyleri düşük olabilmektedir. Bu nedenle hastaların özellikle kronik hastalık durumu iyi sorgulanmalı, hastaların sadece KOAH ile ilgili değil, mevcut tüm hastalıkları ile ilgili bilgi durumları ve tedavilerine olan uyumları değerlendirilmelidir.
- Araştırmamıza katılan KOAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlığı boyut puanları arasında “Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi” boyut puanı düşük bulunduğundan koruyucu sağlık hizmetlerinin (tarama programları, aşılama gibi) öğretilmesine ve kullanılmasına yönelik çalışmalar arttırılmalıdır.
- Araştırmamıza katılan hastaların öz-etkililik alt boyut puanları arasında “Fiziksel Çaba” alt boyut puanı en düşüktür. Bu puanın düşük olmasının nedeni genellikle hastaların nefes darlığını arttıracaklarını düşünmelerinden dolayı aktivitelerden kaçınması olduğundan, hemşireler dispne yönetimine yönelik çalışmalar planlamalıdır.
- Araştırmamızda ulaştığımız örneklem sayısı sınırlıdır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz-etkililik düzeyini belirlemeye ve geliştirmeye yönelik, örneklem sayısının daha fazla olduğu çalışmalar önerilmektedir. Ayrıca Türkiye nüfusunu kapsayacak şekilde çalışmaların evreni genişletilebilir.

ÖZET

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Öz-Etkililikle İlişkisi

Sebepler olduğu yeti kayıpları, iş gücü kayıpları ve sağlık harcamalarıyla ekonomik ve sosyal yükü arttıran KOAH, dünya çapında önemli hastalıklardan ve ölüm nedenlerinden biridir ve ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan çalışmalarda hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve öz-etkililik düzeyinin, hastalıklarının yönetimini ve gidişatını etkilediği bulunmuştur. Bu nedenle, bu araştırma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ve öz-etkililikle ilişkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma, tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne 22.06.2020 – 01.03.2021 tarihleri arasında başvuran, 18 yaş ve üzeri, sorulara cevap verebilecek bilinç düzeyine sahip, Türkçe bilen, araştırmaya katılmayı kabul eden, KOAH tanısı olan 287 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

Gerekli etik izinler alındıktan sonra, Hasta Tanıtım Formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 ve KOAH Öz-etkililik Ölçeği kullanılarak veriler toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS 25.0 programıyla yapılmıştır. Normal dağılım gösteren iki bağımsız grubun analizi Bağımsız Örneklem T Testi ile, ikiden fazla sayıda grubun analizi ise, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile yapıldı. Normal dağılım gösteren iki bileşenin ilişkisini değerlendirmede Pearson Korelasyon Testi kullanılırken, sıralı değişkenlerin analizinde Spearman Korelasyon Testi uygulandı. Analizler değerlendirilirken anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak belirlendi. Hastaların sosyo-demografik bulguları ve hastalık ile ilgili bulguları sayı ve yüzde olarak; yaşa ilişkin özellikleri ise ortalama, standart sapma, maksimum ve minimum değer olarak verildi.

Araştırma grubunun sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine ($29,04\pm 8,03$) sahip olduğu ve öz-etkililiklerinin düşük ($2,17\pm 0,73$) olduğu bulundu. Eğitim seviyesi yüksek olanların, düzenli bir işte çalışanların, aktivitelerini yerine getirirken herhangi birinden yardım almayanların, beş veya beş yıldan az süredir KOAH'ı olanların, hastalığını hafif olarak tanımlayanların, son bir yıldaki hastaneye ve acile başvuru sayısı ile toplam yatış günü daha az olanların sağlık okuryazarlığı ve öz-etkililik düzeyleri diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksektir. Sağlık okuryazarlığı boyut puanları arasında en yüksek puan ortalaması ($31,87\pm 7,66$) "Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama" boyutuna aitken, en düşük puan ortalaması ($26,73\pm 8,18$) "Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme" boyutuna aittir. Öz-etkililik alt boyut puanlarında en yüksek puan ($2,52\pm 0,87$) "Duyusal Durum" alt boyut puanına aitken, en düşük puan ($1,57\pm 0,58$) "Fiziksel Çaba" alt boyut puanına aittir. KOAH Öz-etkililik Ölçeği genel puanı ve tüm alt boyut puanları ile Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 genel puanı ve tüm boyut puanları arasında orta düzeyde, pozitif bir korelasyon bulundu ($p<0,01$).

Hemşirelerin, acil durumu bulunmayan KOAH'lı bireylerle ilk temasa geçtikleri anda, hastaların sağlık okuryazarlığı ve öz-etkililik düzeylerini ölçmeleri ve hastaların sağlık okuryazarlığı ve öz-etkililik düzeyini geliştirebilmek için, aileyi de kapsayan sağlık eğitimi ve danışmanlık gibi müdahalelerde bulunmaları gereklidir. KOAH'ın yanı sıra ek bir kronik hastalığı bulunan hastaların, hastalıklarına uyumları daha zor olabilmekte ve bu nedenle de

sağlık okuryazarlığı ve öz-etkililik düzeyleri daha düşük bulunabilmektedir. Bu yüzden hastaların, hangi hastalıklarının var olduğu ve bu hastalıklarını nasıl yönettiklerine dair iyi bir değerlendirme yapılmalı ve bu değerlendirmenin sonucuna göre müdahalelerde bulunulmalıdır. KOAH'lı bireylerin “Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi” sağlık okuryazarlığı boyut puanının düşük bulunmasından dolayı koruyucu sağlık hizmetlerinin (tarama programları, aşılama gibi) öğretilmesine ve kullanılmasına yönelik çalışmaların artırılması gereklidir. “Fiziksel Çaba” öz-etkililik alt boyut puanının ise düşük olmasının nedeni genellikle hastaların nefes darlığını arttıracaklarını düşüncelerinden dolayı aktivitelerden kaçınması olduğundan, hemşirelerin dispne yönetimine yönelik çalışmalar yapması önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Öz-etkililik, Sağlık Okuryazarlığı.



SUMMARY

The Relationship Between Health Literacy Level and Self-Efficacy of Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

COPD, which increases the economic and social burden with the disability, workforce losses and health expenditures it causes, is one of the important diseases and causes of death worldwide and is a serious public health problem. Studies have found that the level of health literacy and self-efficacy of patients affect the management and course of their disease. Therefore, this research was conducted to determine the level of health literacy and its relationship with self-efficacy in individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. This study is a descriptive study.

Research, Health Sciences University Ankara Atatürk Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and Research Hospital 22.06.2020 – 01.03.2021 between the dates the applicant 18 years of age and over, with a level of consciousness that can answer questions, Turkish, who knows, with a diagnosis of COPD who agreed to participate in the research was carried out in 287 patients.

After obtaining the necessary ethical permissions, data were collected using the Patient Identification Form, the Turkey Health Literacy Scale-32 and the COPD Self-Efficacy Scale. Data analysis was done with SPSS 25.0 program. The analysis of two normally distributed independent groups was done with the Independent Samples T-Test and the analysis of more than two groups was done with One-Way Analysis of Variance (ANOVA). While Pearson Correlation Test was used to evaluate the relationship of two normally distributed components, Spearman Correlation Test was used for the analysis of ordinal variables. While evaluating the analyzes, the level of significance was determined as $p < 0.05$. Socio-demographic findings and disease-related findings of the patients in numbers and percentages; age-related characteristics were given as mean, standard deviation, maximum and minimum values.

It was found that the research group had a problematic-limited level of health literacy (29.04 ± 8.03) and their self-efficacy was low (2.17 ± 0.73). Those with a high level of education, those who work in a regular job, those who do not receive any help while performing their activities, those who have COPD for five or less than five years, those who define their disease as mild, those who have fewer admissions to the hospital and the emergency department in the last year, and less total hospitalization days. literacy and self-efficacy levels are significantly higher than the other groups. Among the health literacy dimension scores, the highest average score (31.87 ± 7.66) belongs to the "Using/application of health-related information" dimension, while the lowest point average (26.73 ± 8.18) belongs to the "Evaluating health-related information" dimension. In the self-efficacy sub-dimension scores, the highest score (2.52 ± 0.87) belongs to the "Emotional State" sub-dimension score while the lowest score (1.57 ± 0.58) belongs to the "Physical Effort" sub-dimension score. A moderate, positive correlation was found between the COPD Self-efficacy Scale general score and all sub-dimension scores and the Turkey Health Literacy Scale-32 overall score and all sub-dimension scores ($p < 0.01$).

When nurses first come into contact with individuals with COPD who do not have an emergency, it is necessary to measure patients' health literacy and self-efficacy levels and to engage in interventions such as health education and counseling, including family, in order to improve patients' health literacy and self-efficacy. Patients with an additional chronic disease besides COPD may find it more difficult to adapt to their disease, and therefore their levels of health literacy and self-efficacy may be lower. Therefore, a good evaluation should be made about which diseases patients have and how they manage these diseases, and interventions should be made according to the results of this evaluation. Due to the low level of health literacy dimension of "Protection from diseases/health promotion" of individuals with COPD, it is necessary to increase studies on teaching and using preventive health services (such as screening programs, vaccination). It is important for nurses to work on dyspnea management, as the reason for the low score of the "Physical Effort" self-efficacy sub-dimension is that patients generally avoid activities because they think that they will increase their shortness of breath.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Self-efficacy, Health Literacy.

KAYNAKLAR

- AĞDEMİR, B (2017). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Öz-Etkililik ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan.
- AKBOLAT M, KAHRAMAN G, ERİĞÜÇ G, SAĞLAM H (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi? Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **15(4)**: 354-362.
- ARAS A, TEL H (2009). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Tur Toraks Der*, **10(2)**: 63-8.
- ARSLAN Ç, ÜNSAR S (2021). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Dispne Algısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **24(1)**: 42-50.
- ARTİNO AR (2012). Academic self-efficacy: from educational theory to instructional practice. *Perspectives on Medical Education*, **1(2)**: 76-85.
- AŞKER S, EKİN S, ARISOY A, YILDIZ H, GÜNBATAR H, SERTOĞULLARINDAN B (2014). Sigara İçenlerde ve Tandır Dumanı Maruziyeti Olanlarda Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Gelişme Riski. *Van Tıp Dergisi*, **21(4)**: 225-229.
- AVCİL M, BEYLİK U, DOLUKÜP İ (2014). Sağlık Hizmetlerinde Teşhisle İlişkili Gruplar: KOAH Vakaları Üzerine Karşılaştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, **7(1)**: 21-42.
- AYDEMİR GEDÜK E (2018). Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Roller. *HSP*, **5(2)**: 253-258.
- BAKER DW, PARKER RM, WILLIAMS MV, CLARK WS (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of general internal medicine*, **13(12)**: 791-798.
- BAKER DW, WOLF MS, FEINGLASS J, THOMPSON JA, GAZMARARIAN JA, HUANG J (2007). Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. *Arch Intern Med*, **167(14)**: 1503-1509.
- BAL ÖZKAPTAN B (2013). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Öz Bakım Modeline Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Öz-Etkililik Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- BAL ÖZKAPTAN B, KAPUCU S (2015). KOAH'lı Bireylerde Öz-Etkililiğin Geliştirilmesinde Evde Bakımın Önemi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, **4(2)**: 74-80.

- BAL ÖZKAPTAN B, KAPUCU S (2016). Home nursing care with the self-care model improves self-efficacy of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Japan journal of nursing science: JJNS*, **13(3)**: 365–377.
- BANDURA A (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, **84(2)**: 191–215.
- BANDURA A (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, **37(2)**: 122-147.
- BANDURA A (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
- BANDURA A (1995). *Self-Efficacy in Changing Societies*. New York: Cambridge Univ. Press .
- BANDURA A (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- BANDURA A (1999). A social cognitive theory of personality. In L. Pervin & O. John (Ed.), *Handbook of personality* (2nd ed., pp. 154-196). New York: Guilford Publications.
- BANDURA A (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, **31(2)**: 143–164.
- BAŞYİĞİT İ (2010). KOAH Tanımı ve Klinik Özellikleri. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, **1(2)**: 102-104.
- BAYIK TEMEL A, ÇİMEN Z (2017). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı ve İlişkili Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **33(3)**: 105-125.
- BENTSEN SB, ROKNE B, WENTZEL-LARSEN T, HENRIKSEN AH, WAHL AK (2010). The Norwegian version of the chronic obstructive pulmonary disease self-efficacy scale (CSES): a validation and reliability study. *Scandinavian journal of caring sciences*, **24(3)**: 600–609.
- BERBEROĞLU U, ÖZTÜRK O, İNCİ MB, EKERBİÇER HÇ (2018). Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, **8(3)**: 575-581.
- BERENS EM, PELİKAN JM, SCHAEFFER D (2021). The effect of self-efficacy on health literacy in the German population, *Health Promotion International*, daab085. Advance online publication. Erişim Adresi: [<https://academic.oup.com/heapro/advance-article/doi/10.1093/heapro/daab085/6296976>] Erişim Tarihi: 29/06/2021.

BİLİR N (2014). Sağlık Okur-yazarlığı. *Turkish Journal of Public Health*, **12(1)**: 61-68.

BLAKE D, ROBERTS NJ, PARTRIDGE MR (2007). How much of a primary care nurse's time is spent on those with respiratory disease? A pilot study. *Prim Care Respir J*, **16(5)**: 319-320.

BOZKURT C, YILDIRIM Y, ŞENUZUN AYKAR F, FADİLOĞLU ZÇ (2021). Henderson Hemşirelik Modeli'ne Göre Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireyin Değerlendirilmesi. *CUSBED*, **6(1)**: 59-68.

CAMELIER AA, WINTER DH, JARDIM JR, BARBOZA CE, CUKIER A, MIRAVITLLES M (2008). Deficiência de alfa-1 antitripsina: diagnóstico e tratamento [Alpha-1 antitrypsin deficiency: diagnosis and treatment]. *Jornal brasileiro de pneumologia: publicacao oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*, **34(7)**: 514-527.

ÇİFTÇİ Kİ (2015). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Bakım Hizmetinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

ÇOPURLAR CK, KARTAL M (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? *TJFM&PC*, **10(1)**: 42-47.

DAVIS TC, DOLAN NC, FERREIRA MR, TOMORİ C, GREEN KW, SİPLER AM, BENNETT CL (2001). The role of inadequate health literacy skills in colorectal cancer screening. *Cancer investigation*, **19(2)**: 193-200.

DRUMMOND MB, KIRK GD (2014). HIV-associated obstructive lung diseases: insights and implications for the clinician. *The Lancet Respiratory Medicine*, **2(7)**: 583-592.

DURUSU-TANRIÖVER M, YILDIRIM HH, DEMİRAY-READY FN, ÇAKIR B, AKALIN HE (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.

EFE ERTÜRK N (2012). Nevşehir İlinde Kronik Hava Yolu Hastalıklarının Görülme Sıklığı ve Risk Faktörleri. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.

ELBİ H (2014). GOLD 2013 rehberine göre aile hekimliği sisteminde KOAH'a yaklaşım. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **5(3)**: 108-113.

EMME C, MORTENSEN EL, RYDAHL-HANSEN S, OSTERGAARD B, PHANARETH K (2012). Danish version of 'The COPD self-efficacy scale': translation and psychometric properties. *Scandinavian journal of caring sciences*, **26(3)**: 615-623.

FLAMMER A (2001). Self-Efficacy. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 13812-13815.

- FLETCHER MJ, DAHL BH (2013). Expanding nurse practice in COPD: is it key to providing high quality, effective and safe patient care?. *Primary care respiratory journal: journal of the General Practice Airways Group*, **22(2)**: 230–233.
- GANI H, SEYFİKLİ Z, ÇELİK VK, AKKURT İ, ABADOĞLU Ö (2000). Kırsal alandaki kadınlarda biomass maruziyetinin lipid peroksidasyon ve antioksidan enzim aktivitelerine etkisi. *Toraks Dergisi*, **(1)1**: 13-18.
- GARROD R, MARSHALL J, JONES F (2008). Self efficacy measurement and goal attainment after pulmonary rehabilitation. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, **3(4)**: 791–796.
- GOLD (2021). Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Erişim Adresi: [https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-REPORT-2021-v1.1-25Nov20_WMIV.pdf]. Erişim Tarihi: 02/01/2021.
- GÖZÜM S, AKSAYAN S (1999). Öz-etkililik-yeterlik Ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2(1)**: 21-34.
- GÜÇLÜ H (2018). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Öz-etkililik ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri. Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Yozgat.
- GÜVEN A (2016). Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı İle Hasta Güvenliği İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- HAHN EA, MAGASİ SR, CARLOZZI NE, TULSKY DS, WONG A, GARCÍA SF, LAİ JS, HAMMEL J, MİSKOVİĆ A, JEROUSEK S, GOLDSMİTH A, NİTSCH K, HEİNEMANN AW (2017). Health and Functional Literacy in Physical Rehabilitation Patients. *Health literacy research and practice*, **1(2)**: 71-85.
- HAUN JN, VALERİO MA, MCCORMACK LA, SØRENSEN K, PAASCHE-ORLOW MK (2014). Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *J Health Commun*, **19(2)**: 302-333.
- HAYRAN O (2019). Kronik/Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Politikalar ve Hastalık Yönetimi. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, **51**: 6-9.
- IHME (2019). The Institute for Health Metrics and Evaluation. Erişim Adresi: [<http://www.healthdata.org/turkey>]. Erişim Tarihi: 02/01/2021
- İŞLER AO (2019). 18-65 Yaş Arası Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir.

- KALE MS, FEDERMAN AD, KRAUSKOPF K, WOLF M, O'CONOR R, MARTYNENKO M, LEVENTHAL H, WISNIVESKY JP (2015). The association of health literacy with illness and medication beliefs among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Plos One*, **10(4)**.
- KAR S, ZENGİN N (2020). The relation between self-efficacy in patients with chronic obstructive pulmonary disease and caregiver burden. *Scand. J. Caring Sci*, **34(3)**: 754-761.
- KARA M, AŞTİ T (2004). Effect of education on self-efficacy of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient education and counseling*, **55(1)**: 114-120.
- KARA M, MİRİCİ A (2002). KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu'nun Geçerlilik ve Güvenirliği. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, **34(3)**: 61-66.
- KARAGÜLLE Ç, CAN ÇİÇEK S (2020). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Turkish Journal of Science and Health*, **1(2)**: 36-49.
- KARASU F (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Hemşirelik Bakımında Yaşamın Anlamı ve Özbakım Gücünün Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Malatya.
- KAYA E, KARACA SİVRİKAYA S (2019). Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik. *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **28(3)**: 216-221.
- KAYA H, ÖZDEMİR AYDIN G, KÜÇÜK L, ATABEK AŞTİ T, TURAN N, PALLOS A, DAĞTAŞ GULGUN CP, ÖZDEMİR R (2018). Self-efficacy level and patient satisfaction with healthcare in chronic obstructive pulmonary diseases. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, **7(7)**:1-9.
- KILIÇKAYA C (2013). KOAH' lı Hastalarda Hastalık Algısının Yalnızlık ve Stresle Başetme Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- KİM YS, KİM HA, KİM MS, KİM HS, KWAK MJ, CHUN J, HWANG JI, KİM H (2020). How to Improve Patient Safety Literacy? , *International journal of environmental research and public health*, **17(19)**: 7308.
- KİRAZ K, KART L, DEMİR R, OYMAK S, GULMEZ I, UNALACAK M, OZESMİ M (2003). Chronic pulmonary disease in rural women exposed to biomass fumes. *Clinical and investigative medicine. Medecine clinique et experimentale*, **26(5)**: 243-248.

- KOCABAŞ A, ATIŞ S, ÇÖPLÜ L, ERDİNÇ E, ERGAN B, GÜRGÜN A, KÖKTÜRK N, POLATLI M, ŞEN E, YILDIRIM N (2014). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu 2014. *Turkish Thoracic Journal*, **15(2)**: 1-11.
- KOÇ C, ARSLAN A (2017). Ortaokul Öğrencilerinin Akademik Öz Yeterlik Algıları ve Okuma Stratejileri Bilişüstü Farkındalıkları. *Yüziüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **14(1)**: 745-778 .
- KÖKTÜRK N (2004). Future treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *Eurasian J Pulmonol*, **6(3)**: 134-140.
- KÖMÜS N, ALBAYRAK S, ELLİDOKUZ H, ÇIMRIN AH (2008). Mesleksel, çevresel maruziyetler ve akciğer sağlığı ilişkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, **56(3)**: 275-282.
- KÜPELİ E, BEDER S, KAYACAN O (2001). KOAH Patogeneğinde Adezyon Molekülleri ve Sitokinlerin Rolü. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, **49(4)**: 518-524.
- LEE H, LİM Y, KİM S, PARK HK, AHN JJ, KİM Y, LEE BC (2014). *Nursing & health sciences*, **16(1)**: 78-83.
- LEE SYD, TSAİ TI, TSAİ YW (2013). Accuracy in selfreported health literacy screening: a difference between men and women in Taiwan. *BMJ Open*, **3(11)**: e002928
- MADALI B, DİKMEN D, PİYAL B (2017). Beslenme Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesinde Sağlık Okuryazarlığı Yeterli mi? *Bes Diy Derg*, **45(2)**: 153-160.
- MANCUSO JM (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & health sciences*, **10(3)**: 248-255.
- MANCUSO JM (2009). Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nursing & health sciences*, **11(1)**: 77-89.
- NAİNG L, WİNN T, RUSLİ BN (2006). Practical Issues in Calculating the Sample Size for Prevalence Studies. Medical Statistics. *Archives of Orofacial Sciences*, **1**: 9-14.
- NORWEG A, JETTE AM, Nİ P, WHITESON J, KİM M (2011). Outcome measurement for COPD: Reliability and validity of the Dyspnea Management Questionnaire. *Respiratory Medicine*, **105(3)**: 442-53.
- NUTBEAM D (1998). Health promotion glossary. *Health Promot. Int.*, **13(4)**: 349-364.
- NUTBEAM D (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. *Health Promotion International*, **15(3)**: 259-267.
- OHAR J, FROMER L, DONOHUE JF (2011). Reconsidering sex-based stereotypes of COPD. *Primary Care Respiratory Journal*, **20(4)**: 370-378.

- OMACHI TA, KATZ PP, YELİN EH, IRİBARREN C, KNIGHTS J, BLANC PD, EISNER MD (2010). The COPD Helplessness Index: a new tool to measure factors affecting patient self-management. *Chest*, **137(4)**: 823–830.
- OMACHI TA, SARKAR U, YELİN EH, BLANC PD, KATZ PP (2013). Lower health literacy is associated with poorer health status and outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of general internal medicine*, **28(1)**: 74–81.
- OKYAY P, ABACIGİL F, HARLAK H (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32), T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No:1025, s. 43-61, Ankara.
- OZDEMİR H, ALPER Z, UNCU Y, BİLGEL N (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health education research*, **25(3)**: 464–477.
- ÖZAYHAN EÖ (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının ve Astım Hastalarının Nebülizatör ve İnhalerle İlaç Kullanımları ve Sağlık Okuryazarlığı Durumu (Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- ÖZDEMİR T, YILMAZ AYDIN L, TÜRKKANİ MH, KILIÇ T (2015). KOAH Hastaları Hastaneden Çıkıyor mu? *Ankara Med J*, **15(1)**: 6-9.
- ÖZDEMİR Y (2018). Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- ÖZKAN O (2017). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Odaklı Yaklaşım: Hasta Katılımı. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **10(2)**: 1759-1770
- ÖZTÜRK YE, KIRAC R, KAVUNCU B (2018). Sağlık Okuryazarlığı ve Öz Yeterlilik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *2nd International Social and Educational Sciences Symposium*, Konya.
- PELİKAN JM, GANAHL K, VAN DEN BROUCKE S, SØRENSEN K (2019). Measuring health literacy in Europe: Introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). In: Okan, Orkan; Bauer, Ulrich; Pinheiro, Paulo; Levin-Zamir, Diane; Sørensen, Kristine (eds.): *International handbook of health literacy. Research, practice and policy across the life-span*. Policy Press, pp. 115-138. ISBN 978-1-4473-4451-3.
- PUENTE-MAESTU L, CALLE M, RODRÍGUEZ-HERMOSA JL, CAMPUZANO A, DE MÍGUEL DÍEZ J, ÁLVAREZ-SALA JL, PUENTE-ANDUES L, PÉREZ-GUTIÉRREZ MJ, LEE SY (2016). Health literacy and health outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory medicine*, **115**: 78–82.

- SØRENSEN K, VAN DEN BROUCKE S, FULLAM J, DOYLE G, PELİKAN J, SLONSKA Z, BRAND H (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, **12(1)**: 80.
- SØRENSEN K, VAN DEN BROUCKE S, PELİKAN JM, FULLAM J, DOYLE G, SLONSKA Z, KONDİLİS B, STOFFELS V, OSBORNE RH, BRAND H, HLS-EU CONSORTİUM (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, **13**: 948.
- SØRENSEN K, PELİKAN JM, RØTHLİN F, GANAHL K, SLONSKA Z, DOYLE G, FULLAM J, KONDİLİS B, AGRAFİOTİS D, UİTERS E, FALCON M, MENSİNG M, TCHAMOV K, VAN DEN BROUCKE S, BRAND H, HLS-EU CONSORTİUM (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, **25(6)**: 1053–1058.
- SÖNMEZ GM (2020). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Tanılı Hastalarda Tiroid Nodül Sıklığı. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Van.
- SÖKMEN M (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- STELLEFSO M, TENNANT B, CHANEY J (2012). A Critical Review of Effects of COPD Self-Management Education on Self-Efficacy. *ISRN Public Health*, 1-10.
- STOCKS J, SONNAPPA S (2013). Early life influences on the development of chronic obstructive pulmonary disease. *Therapeutic advances in respiratory disease*, **7(3)**:161-173.
- ŞİMŞEKLİ BAKIRHAN D (2018). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Üç Farklı Yolla Verilen İnhaler İlaç Kullanım Eğitiminin Öz-Etkililiğe Etkisinin İncelenmesi.Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kars.
- TAKMAK Ş (2019). KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)'ta Akılcı İlaç Kullanımı ve Semptom Kontrolü Eğitiminin Öz Etkililik, Emosyonel Durum ve Klinik Parametrelere Etkisi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Denizli.
- TATLICIOĞLU T (2007). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve geleceği. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, **55(3)**: 303-318.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2009). Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım- KOAH) Önleme ve Kontrol Programı. (2009-2013) Eylem Planı Sağlık Bakanlığı Yayın No: 763, Ankara.

- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2011). Astım ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Tanı ve Tedavisinde Birinci Basamak Hekimler için Eğitim Modülü. Sağlık Bakanlığı Yayınları, No: 808, Ankara, 102-160.
- TÜLÜCE D, KUTLUTÜRKAN S, ÇETİN N, KÖKTÜRK N (2016). Hasta Koçluğunun Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) İle İzlenen Hastaların Dispne, Öksürük Ve Balgam Semptomları Üzerine Etkisi: Pilot Bir Çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **5(2)**: 32-41.
- TÜRE D (2018).KOA Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı ve Gold Sınıflaması Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- TÜRK TORAKS DERNEĞİ (2010). Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. *Türk Toraks Dergisi*, **11(1)**: 6-64.
- TÜRKİYE SOLUNUM ARAŞTIRMALARI DERNEĞİ (2018). KOA Alevlenmeleri Tanı, Değerlendirme ve Tedavi Önerileri. Erişim Adresi: [<https://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/756/2612201892435-AlevlenmeraporTUSADson.pdf>]. Erişim Tarihi: 26/06/2021.
- TÜRKOĞLU İ, ÇADIR Ç, ÇETİN Mİ (2021). Dünyada ve Türkiye'de Sigara Kullanımı Epidemiyolojisi. *Chj*, **2(1)**: 20-25.
- UCAKAN G (2010). Tip II Diabetes Mellituslu Bireylerin Benlik Saygısı ve Öz Etkililik Düzeyleri. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- UĞUR Ö, KIZILCI S, BESEN D, ARDA H, DURAN G (2017). Self-Efficacy Levels of Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Investigation of Caregiver Burden. *International Journal of Caring Sciences*, **10(2)**: 921-928.
- UĞURLU Z, AKGÜN HS (2019). Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının Ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*, **12(1)**: 96-106.
- UYGUN ET (2019). Acile Başvuran Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Aktiviteye Bağlı Dispne Durumları ve Öz-Etkililikleri. Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- ÜÇPUNAR E (2014).Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testinin Uyarılma Çalışması.Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

- ÜNSAL A, YETKİN A (2005). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumunun İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **8(1)**: 42-53.
- ÜSTÜNOVA E, NAHCİVAN N (2015). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve İlişkili Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **23(1)**: 11-22.
- WAHL AK, OSBORNE RH, LARSEN MH, ANDERSEN MH, HOLTER IA, BORGE CR (2021). Exploring health literacy needs in Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Associations between demographic, clinical variables, psychological well-being and health literacy. *Heart & lung: the journal of critical care*, **50(3)**: 417–424.
- WEDZİCHA JA, SEEMUNGAL TA (2007). COPD exacerbations: defining their cause and prevention. *Lancet*, **370(9589)**: 786–96.
- WHO (1998). Health Promotion Glossary. World Health Organization, Geneva, WHO/HPR/HEP/98.1 Erişim Adresi: [\[https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf\]](https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf). Erişim Tarihi: 04/01/2021
- WHO (2019). The top 10 causes of death. Erişim Adresi: [\[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death\]](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death). Erişim Tarihi: 02/01/2021
- WHO (2020). Leading causes of death and disability 2000-2019: A visual summary. Erişim Adresi: [\[https://www.who.int/data/stories/leading-causes-of-death-and-disability-2000-2019-a-visual-summary\]](https://www.who.int/data/stories/leading-causes-of-death-and-disability-2000-2019-a-visual-summary). Erişim Tarihi: 10/01/2021
- WİGAL JK, CREER TL, KOTSES H (1991). The COPD Self-Efficacy Scale. *Chest*, **99(5)**: 1193-1196.
- WİLLİAMS MV, BAKER DW, PARKER RM, NURSS JR (1998). Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease: A Study of Patients With Hypertension and Diabetes. *Arch Intern Med*, **158(2)**: 166–172.
- WOLF MS, GAZMARARIAN JA, BAKER DW (2005). Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. *Arch Intern Med*, **165(17)**: 1946–1952.
- WONG SS, ABDULLAH N, ABDULLAH A, LIEW SM, CHİNG SM, KHOO EM, JİWA M, CHİA YC (2014). Unmet needs of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a qualitative study on patients and doctors. *BMC family practice*, **(15)**: 67.
- YAKAR B, GÖMLEKSİZ M, PİRİNÇÇİ E (2019). Bir Üniversite Hastanesi Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Euras J Fam Med*, **8(1)**: 27-35.

YAKIŞAN A, ÖZBUDAK Ö, ÇİLLİ A, ÖĞÜŞ C, ÖZDEMİR T (2006). Koah'lı Kadın Hastalardaki Risk Faktörleri. *Dicle Tıp Dergisi*, **33(4)**: 215-219.

YEL F, UYSAL H (2019). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında olgu analizi. *HEAD*, **16(4)**: 361-367.

YEŞİL BAYÜLGEN M, GÜN M, ERDOĞAN S (2021). Kronik Obsrükatif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Öz Bakım Yönetimleri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, **4(2)**:106-112.



EKLER

EK-1.HASTA TANITIM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz-etkililik düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırmanın sonuçları KOAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyini yükseltecek girişimlerde bulunup, öz-etkililiklerinin artırılarak hastalık yönetiminde daha aktif bir hale getirilmeleri için yol gösterici olacaktır. Size bu hasta tanıtım formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği'nde yer alan sorular sorulacak ve verdiğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. Elde edilecek veriler kimliğiniz belirtilmeden Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nda Prof. Dr. Tuğrul Erbaydar danışmanlığında yürütülmekte olan “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve Öz-etkililikle İlişkisi” isimli yüksek lisans tezinde kullanılacak olup, bilimsel çalışmalar dışında kullanılmayacak ve paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve araştırma esnasında istediğiniz zaman gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmanız ya da katılmamanız durumunda alacağınız sağlık hizmetiyle ilişkili bir farklılık olmayacaktır. Bu çalışmaya katıldığınız için sizden bir ücret istenmeyecek ve size de bir ödeme yapılmayacaktır. Bu bilgiler doğrultusunda araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki soruları eksiksiz ve doğru bir şekilde cevaplayınız.

Çalışmaya yaptığınız katkı için teşekkür ederim.

Yelda KOÇAK

A-Tanıtıcı Bilgiler

1. Kaç Yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz:

1.() Kadın 2.() Erkek

3. Eğitim Durumunuz:

- 1.() Okuryazar 2.() İlkokul 3.() Ortaokul 4.() Lise 5.() Lisans
6.() Lisansüstü

4. Düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

- 1.() Evet 2.() Hayır 3.() Emekli

5. Medeni Durumunuz:

- 1.() Evli 2.() Bekar 3.() Boşanmış

6. Evde birlikte yaşadığınız kişi/kişiler var mı?

- 1.() Eş ve çocuklar 2.() Anne –baba 3.() Yalnız 4.() Diğer:

7. Günlük aktivitelerinizi yerine getirirken herhangi birinden yardım alıyor musunuz?

- 1.() Evet 2.() Hayır 3.() Bazen

8. Sağlığınızla ilgili bir sorunda ilk önce hangi kurumu tercih ediyorsunuz?

- 1.() Aile Sağlığı Merkezi 2.() Devlet hastanesi 3.() Özel hastane
4.() Üniversite hastanesi 5.() Diğer:.....

9. Sağlık ile ilgili bilgileri genellikle nereden/kimden alırsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- 1.() Sağlık çalışanları (doktor, hemşire, eczacı vb) 2.() Eş,çocuk,anne,baba
3.() Akraba ve arkadaş 4.() Televizyon ve Radyo 5.() İnternet
6.() Kitap,dergi,broşür 7.() Diğer:

10. Hastalığınız hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- 1.() Evet 2.() Hayır 3.() Kısmen

11. Hastalığınız ile ilgili bir eğitim aldınız mı?

- 1.() Hayır 2.() Evet Cevabınız evet ise ne eğitimi aldınız?

B-Hastalığa İlişkin Özellikler

12. Kaç yıldır KOAH hastasıınız?

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

13. KOAH evresi?

1.() 1.Evre 2.() 2.Evre 3.() 3.Evre 4.() 4.Evre 5.() Bilmiyorum

14. Hastalığınızın şiddetini veya derecesini nasıl tanımlarsınız?

1.() Hafif 2.() Orta 3.() Şiddetli 4.() Çok şiddetli

15. KOAH dışında herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1.() Yok 2.() Diyabet 3.() Hipertansiyon 4.() Böbrek yetmezliği

5.() Kalp Hastalığı 6.() Diğer:

16. KOAH nedeniyle son bir yılda kaç kez hastanede yattınız?

1.() Hiç yatmadım 2.() 1 defa 3.() 2 defa 4.() 3 ve daha fazla

17. KOAH nedeniyle son bir yılda toplam kaç gün hastanede yattınız?

1.() 1-5 gün 2.() 6-10 gün 3.() 11-15 gün 4.() 16-20 gün

5.() 21 gün ve üzeri

18. Son bir yılda KOAH yakınmaları (nefes darlığı, öksürük, balgam) ile acil olarak hastaneye başvurduğunuz oldu mu? Başvurduysanız kaç kez başvurduunuz?

1.() Hayır 2.() 1 kez 3.() 2 kez 4.() 3 ve daha fazla

EK-2. TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32 (TSOY-32)

Açıklama: Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadede belirtilen konu için zorluk derecesini “çok zor/zor/kolay/çok kolay” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1.Çok kolay	2.Kolay	3.Zor	4.Çok zor	5.Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					

19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

EK-3. KOAH ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMU

Aşağıda numaralandırılmış her bir seçeneği okuyun ve bu maddelerde belirtilen durumlarda nefes darlığı ile baş etmede veya nefes darlığını önlemede ne kadar yeterli olduğunuzu belirleyin. Yanıtlarınız için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyin.

	1)Yetersizim	2)Çok az yeterliyim	3)Biraz yeterliyim	4)Oldukça yeterliyim	5) Çok yeterliyim
1. Çok yorgun olduğumda.					
2. Hava nemli olduğunda.					
3. Ilık bir ortamdan soğuk bir ortama çıktığımda.					
4. Üzüldüğümde.					
5. Merdivenleri çok hızlı çıktığımda.					
6. Nefes darlığımı inkar ettiğimde.					
7. Sigara içilen ortamlarda bulunduğumda.					
8. Kızdığımda.					
9. Egzersiz yaptığımda ya da bedenen kendimi zorladığımda.					
10. Yaşamım konusunda endişelendiğimde.					
11. Cinsel iktidarsızlık hissettiğimde.					
12. Hayal kırıklığına uğradığımda.					
13. Ağır bir şey kaldırdığımda.					
14. Biri benden uzaklaştığında.					
15. Bağırduğumda ya da çığlık attığımda.					

16. Yatağa yattığımda.					
17. Çok sıcak ya da çok soğuk bir ortamda bulunduğumda.					
18. Çok fazla güldüğümde.					
19. Perhize uymadığımda.					
20. Çaresiz olduğumda.					
21. Alkol aldığımda.					
22. Enfeksiyon/ Bulaşıcı hastalığım olduğunda (boğaz enfeksiyonu, sinüzit, soğuk algınlığı, nezle, v.s).					
23. Herkesten ve her şeyden uzaklaştığımda.					
24. Endişeli olduğumda.					
25. Kirli havalarda.					
26. Fazla yemek yediğimde.					
27. Bitkin düştüğümde ya da bunaldığımda.					
28. Normal nefes alıp veremediğimde.					
29. Havasız bir odada hareket yaptığımda.					
30. Korktuğumda.					
31. Değerli bir eşyayı ya da sevdiğim birini kaybettiğimde.					
32. Evde bir sorun olduğunda.					
33. Yetersizlik hissettiğimde.					
34. Acele ettiğimde ya da telaşlandığımda.					

EK-4.KOAH ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMU KULLANIM İZNI

Re: Ölçek İzni

Mağfiret Kara

13.05.2020 Çar 22:16

Kime: yelda kocak

Bilgi: Dr.Arzu Mirici

Yelda Hanım,

KOAH Öz-etkililik Ölçeği'ni kullanmanızdan memnuniyet duyuyoruz. Başarılar dileriz.
İyi çalışmalar.

Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı

25240 - Erzurum

Tel/Fax:

Professor Mağfiret KAŞIKÇI

Atatürk University, Dean of Nursing Faculty

25240 - Erzurum

Tel/Fax:

Kimden: "yelda kocak"

Kime: "magfiret"

Gönderilenler: 13 Mayıs Çarşamba 2020 17:14:24

Konu: Ölçek İzni

Hocam merhaba, adım Yelda KOÇAK. Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda halk sağlığı hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmamda izniniz olursa KOAH Öz-etkililik Ölçeği'ni kullanmak istiyorum. Kullanmamda bir sakınca var mı? İyi çalışmalar.

Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar sadece göndericisi tarafından alması amaçlanan yetkili gerçek ya da tüzel kişinin kullanımı içindir. Eğer söz konusu yetkili alıcı değilse bu elektronik postanın içeriğini açıklamaz, kopyalamaz, yönlendirmeniz ve kullanmanız kesinlikle yasaktır ve bu elektronik postayı derhal silmeniz gerekmektedir.

Atatürk Üniversitesi bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda herhangi bir garanti vermemektedir. Bu nedenle bu bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından sorumlu değildir. Bu mesajdaki görüşler yalnızca gönderen kişiye aittir ve Atatürk Üniversitesi'nin görüşlerini yansıtmayabilir.

Bu e-posta bilinen bütün bilgisayar viruslerine karşı taranmıştır.

This e-mail and any files transmitted with it are confidential and intended solely for the use of the individual or entity to whom they are addressed. If you are not the intended recipient you are hereby notified that any dissemination, forwarding, copying or use of any of the information is strictly prohibited, and the e-mail should immediately be deleted.

Atatürk University makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. The opinions expressed in this message belong to sender alone and may not

EK-5. ETİK KURUL KARARI

İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU			
ETİK KURULUN ADI	ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU		
AÇIK ADRES	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası 06100 Sıhhiye/ANKARA		
TELEFON	0312 595 82 27		
FAKS	0312 310 63 70		
E-POSTA	tipinsanetik@ankara.edu.tr		

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve Öz-etkililikle İlişkisi	
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Tuğrul ERBAYDAR	
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı	
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:İ6-320-20	Tarih: 18 Haziran 2020
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Nuray YAZIHAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile İlişki	
Prof.Dr.Nuray YAZIHAN	Fizyopatoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Serenay ELGÜN ÜLKAR	Tıbbi Biyokimya	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Hakan ERGÜN	Tıbbi Farmakoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Hatice İLGİN RUHL	Tıbbi Genetik	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Sevim AYDIN	Histoloji ve Embriyoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Berna SAVAŞ	Tıbbi Patoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Yasemin YAVUZ	Biyoistatistik	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Deniz BALCI	Genel Cerrahi	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Yüksel ÜRÜN	Tıbbi Onkoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Sinem CİVRİZ BOZDAĞ	Hematoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Cihangir AKYOL	Genel Cerrahi	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Başak Ceyda MEÇO	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Halil ÖZDEMİR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Mustafa Volkan KAVAS	Tıp Tarihi ve Etik	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐	H ☒

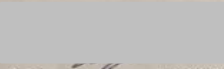
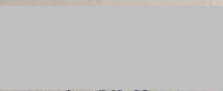
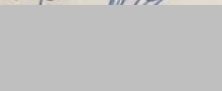
EK-6. KURUM İZNİ

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURUL KARARI

KARAR NO:676
KARAR TARİHİ: 04.06.2020

Hastanemiz 7. Servis Kliniğinde hemşire olarak görev yapan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Hemşire Yelda KOÇAK'ın tez çalışmaları kapsamında "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve öz etkililikle ilişkisi" isimli akademik amaçlı araştırmasını etik kurul onayı alınması sonrasında hastanemizde yapabilmesine karar verilmiştir.

 Prof. Dr. Yurdanur ERDOĞAN Hastane Eğitim Koordinatörü	 Prof. Dr. Ülkü YILMAZ (Göğüs Hast. Ana Bilim Dalı)
 Prof. Dr. Göktürk FİNDİK (Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı)	 Doç. Dr. Özlem ÖZMEN (Dahili Tıp Bilimleri/Nükleer Tıp)
	
 Prof. Dr. Aydın YILMAZ Başkan 	

ÖZGEÇMİŞ

1-Bireysel Bilgiler

Adı: Yelda

Soyadı: KOÇAK

2-Eğitimi

2018-2021: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

2014-2017: Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu- Hemşirelik Bölümü

2013-2014(yatay geçiş): Selçuk Üniversitesi (Konya)/Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu- Hemşirelik Bölümü

Yabancı Dili: İngilizce

3-Unvan: Hemşire

4-Mesleki Deneyimler:

2014-devam ediyor: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Servis Hemşiresi