

<b>BERAT CİNGÖZCE</b>	<b>DİCLE ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.</b>	<b>YÜKSEK LİSANS TEZİ</b>	<b>DIYARBAKIR-2025</b>
-----------------------	---	---------------------------	------------------------



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
DİCLE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI TANILI  
HASTALARDA HASTALIK ALGISI VE ÖFKE İFADE  
TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Berat CİNGÖZCE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Funda GÜMÜŞ

DİYARBAKIR-2025



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
DİCLE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI TANILI  
HASTALARDA HASTALIK ALGISI VE ÖFKE İFADE  
TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Berat CİNGÖZCE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Funda GÜMÜŞ

DİYARBAKIR-2025



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
DİCLE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ONAY**

Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Berat CİNGÖZCE’ın hazırladığı “KOAH Tanılı Hastalarda Hastalık Algısı ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı tez Dicle Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Funda GÜMÜŞ

**Jüri Üyeleri**

İmza

Prof. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI

\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Funda GÜMÜŞ

\_\_\_\_\_

Dr. Öğrt. Üyesi Tülay YILDIRIM ÜŞENMEZ

\_\_\_\_\_

Tarih: .../.../2025

Bu tez Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun .../.../..... tarih ve ... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.../.../.....

Prof. Dr. Mahmut BALKAN  
Dicle Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve tezimi Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun bir şekilde hazırladığımı beyan ederim.

25/06/2025

Berat CİNGÖZCE

## TEŞEKKÜRLER

Hemşirelik eğitimim başladığı andan itibaren hep yanımda olan, bir an bile beni yalnız bırakmayan çok değerli danışman hocam **Prof. Dr. Funda GÜMÜŞ'e**,

Tez savunma jürimde yer alarak bu çalışmanın gelişmesinde ve ilerlemesinde önemli katkılarda bulunan **Sayın Prof. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI ve Sayın Dr. Öğrt. Üyesi Tülay YILDIRIM ÜŞENMEZ'e**,

Bu çalışmaya katılarak, çalışmanın yapılabilmesini sağlayan tüm **KOAH Tanılı Hastalara**,

Hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen, başta **M. Can TAŞ olmak üzere tüm değerli dostlarıma**,

Hayatım boyunca yanımda olan, maddi ve manevi olarak bana destek veren ve Hiçbir zaman yanımdan eksik olmayan çok değerli **Annem Zinet CİNGÖZCE'ye, babam Abdulhalık CİNGÖZCE'ye**

*Son olarak bu çalışmaya katkısı olmuş herkese*

**TEŞEKKÜR EDERİM**

## İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	I
TEŞEKKÜRLER .....	II
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ .....	VIII
<b>1. ÖZETLER .....</b>	<b>1</b>
1.1. Türkçe Özet .....	1
1.2. Abstract .....	2
<b>2. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>4</b>
2.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	4
2.2. Araştırmanın Soruları .....	5
<b>3. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>6</b>
3.1. KOAH Tanımı .....	6
3.2. KOAH Sınıflaması .....	6
3.2.1. Fیزیopatoloji .....	7
3.3. KOAH Epidemiyoloji .....	7
3.3.1. Prevelans .....	8
3.3.2. Mortalite .....	9
3.3.3. Morbidite .....	9
3.3.4. Ekonomik yük .....	10
3.4. KOAH'ta Etiyoloji ve Risk Faktörleri .....	11
3.4.1. Sigara kullanımı .....	11
3.4.2. Genetik faktörler .....	11
3.4.3. Yaş ve cinsiyet .....	11
3.4.4. Akciğer büyüme ve gelişmesi .....	12
3.4.5. Çevresel tozlar ve hava kirliliği .....	12
3.4.6. Enfeksiyonlar .....	12
3.4.7. Sosyoekonomik durum .....	13

3.5. KOAH'ta Belirti ve Bulgular .....	13
3.5.1. Nefes darlığı .....	13
3.5.2. Öksürük .....	13
3.5.3. Balgam çıkarma .....	13
3.5.4. Wheezing ve göğüste sıkışma .....	14
3.6. KOAH Tanı Yöntemleri .....	14
3.6.1. Hastalık öyküsü .....	14
3.6.2. Fizik muayene .....	15
3.6.3. Spirometrik değerlendirme .....	15
3.6.4. Görüntüleme çeşitleri .....	16
3.6.5. Oksimetre ve arteriyel kan gazı .....	16
3.6.6. Elektrokardiyografi ve ekokardiyografi .....	16
3.6.7. Balgam incelemesi .....	17
3.6.8. Egzersiz testleri ve fiziksel aktivitenin değerlendirilmesi .....	17
3.7. KOAH'ta Tedavi ve Bakım .....	17
3.7.1. Risk Faktörlerinin Azaltılması .....	17
3.7.2. Stabil KOAH tedavisi .....	18
3.7.2.1. Farmakolojik tedavi .....	18
3.7.2.2. Nonfarmakolojik tedavi .....	18
3.7.3. Alevlenmelerin tedavisi .....	20
3.8. KOAH'ta Hemşirelik Bakımı .....	20
3.9. Hastalığını Algılama .....	21
3.9.1. Hastalık algısının bileşenleri .....	21
3.10. KOAH ve Öfke .....	23
3.10.1. Öfke kavramı .....	23
3.10.2. Öfke uyaranları .....	23

3.10.3. Öfkenin kuramsal boyutu.....	25
3.10.4. Öfke belirtileri.....	26
3.10.5. Öfke ifade tarzları .....	27
3.10.6. Öfke ile başa çıkma yöntemleri .....	27
3.10.7. Öfke ile başa çıkmada hemşirenin rolü.....	30
<b>4. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>32</b>
4.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	32
4.2. Araştırmanın Değişkenleri .....	32
4.2.1. Karıştııcı/Kontrol değişkenler.....	32
4.2.2. Bağımsız değişkenler .....	32
4.2.3. Bağımlı değişkenler .....	32
4.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	32
4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	33
4.4.1. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri .....	33
4.4.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri.....	33
4.5. Veri Toplama Araçları .....	33
4.5.1. Katılımcı bilgi formu .....	34
4.5.2. Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği .....	34
4.5.3. Hastalık algısı ölçeği.....	35
4.6. Verilerin Toplanması .....	36
4.7. Verilerin Analizi.....	37
4.8. Araştırmanın Etik Yönü .....	37
4.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri.....	37
<b>5. BULGULAR .....</b>	<b>39</b>
<b>6. TARTIŞMA.....</b>	<b>47</b>
<b>7. SONUÇ.....</b>	<b>52</b>
7.1. Sonuçlar .....	52

7.2. Öneriler .....	53
<b>8. KAYNAKLAR.....</b>	<b>55</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>65</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>77</b>
<b>ORJİNALLİK RAPORU .....</b>	<b>78</b>



## KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

- KOAH** : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı  
**SÖÖTÖ** : Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzları Ölçeği (SÖÖTÖ)  
**HAÖ** : Hastalık Algısı Ölçeği



## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Bronkodilatör sonrası FEV1'e göre hava akımı kısıtlanmasının derecelendirilmesi (6).....	7
Tablo 2. Dünyada önde gelen 10 ölüm nedeninin 2002-2030 yılları arasında ölüm nedeni sıralamasındaki yerlerinin değişimi (39).....	10
Tablo 3. Dünyada önde gelen 11 DALY nedeninin 2002-2030 yılları arasında DALY sıralamasındaki yerlerinin değişimi (39).....	10
Tablo 4. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (n= 101).....	39
Tablo 5. Katılımcıların Hastalık Algısı Ölçeği ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Puan Ortalamaları.....	41
Tablo 6. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile HAÖ Puanlarının Karşılaştırılması .....	42
Tablo 7. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile SÖÖİTÖ Puanlarının Karşılaştırılması .....	44
Tablo 8. Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği Alt Ölçekleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki .....	46

# KOAH Tanılı Hastalarda Hastalık Algısı ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

**Öğrenci Adı ve Soyadı:** Berat CİNGÖZCE

**Danışmanı:** Prof. Dr. Funda GÜMÜŞ

**Anabilim Dalı:** Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

## 1. ÖZETLER

### 1.1. Türkçe Özet

**Amaç:** Bu Araştırmanın amacı Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tanılı hastalarda hastalık algısı ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

**Yöntem:** Araştırma kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir niteliktedir. Araştırma, 10 Ekim 2023 - 11 Temmuz 2025 tarihleri arasında Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı iki kamu hastanesinde gerçekleştirilmiş, veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırma grubunu, bu tarihler arasında göğüs hastalıkları poliklinikleri, göğüs hastalıkları klinikleri ve genel yoğun bakım servisleri'ne başvuran veya yatan, KOAH tanısı almış 101 birey oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak Katılımcı Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) ve Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzları Ölçeği (SÖÖİTÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 25.00 programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler ve spearman korelasyon testi uygulanmıştır.

**Bulgular:** HAÖ belirtiler alt ölçeği ile SÖÖİTÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif ve çok zayıf düzeyde anlamlı ( $r=-0.25$ ,  $p=0.01$ ), Sürekli Öfke Alt Ölçeği ile negatif ve çok zayıf düzeyde anlamlı ( $r=-0.19$ ,  $p=0.04$ ) Öfke İfade Tarzı Alt Ölçeği ile negatif ve çok zayıf düzeyde anlamlı ( $r=-0.28$ ,  $p=0.004$ ) ilişki saptandı. Ayrıca, hastalık nedenlerine dair algılar ile sürekli öfke arasında pozitif yönde çok zayıf bir ilişki belirlenmiştir ( $r=0.22$ ,  $p=0.02$ ).

**Sonuç:** KOAH hastalarının hastalık algısı ile öfke ifade tarzları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu nedenle, psikiyatri hastalarının hem fiziksel hem de psikolojik yönlerden bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi ve öfke yönetimine yönelik psikososyal destek programlarının planlanarak uygulanmasının önemli olduğu önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** KOAH, hastalık algısı, öfke, öfke ifade tarzı, hemşirelik

**An Investigation of the Relationship Between Illness Perception and Anger Expression Styles in Patients Diagnosed with COPD**  
**Student's Surname and Name:** Berat CİNGÖZCE

**Adviser of Thesis:** Assoc. Prof. Dr. Funda GÜMÜŞ

**Department:** Mental Health and Psychiatric Nursing

**1.2. Abstract**

**Aim:** The aim of this study is to investigate the relationship between illness perception and anger expression styles in patients diagnosed with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).

**Material and Method:** This research was conducted to examine the relationship between illness perception and anger expression styles in individuals diagnosed with COPD. The study has a cross-sectional, descriptive, and correlational design. It was carried out between October 10, 2023, and July 11, 2025, in two public hospitals affiliated with the Diyarbakır Provincial Health Directorate. Data were collected through face-to-face interviews. The study group consisted of 101 individuals who applied to or were hospitalized in pulmonology outpatient clinics, pulmonology clinics, or general intensive care units and were diagnosed with COPD during the specified dates. The data collection tools included the Participant Information Form, the Illness Perception Questionnaire (IPQ), and the Trait Anger and Anger Expression Scale (TAAES). Data were analyzed using SPSS version 25.00, employing descriptive statistics and the Spearman correlation test.

**Results:** A negative and very weak significant correlation was found between the symptom subscale of the IPQ (Illness Perception Questionnaire) and the total score of the STAXI (State-Trait Anger Expression Inventory) ( $r = -0.25, p = 0.01$ ), between the Trait Anger Subscale and the total score ( $r = -0.19, p = 0.04$ ), and between the Anger Expression Style Subscale and the total score ( $r = -0.28, p = 0.004$ ). In addition, a positive and very weak correlation was identified between perceptions regarding the causes of the illness and trait anger ( $r = 0.22, p = 0.02$ ).

**Conclusion:** It has been observed that there is a significant relationship between the disease perception and anger expression styles of COPD patients. Therefore, it is recommended that psychiatric patients should be evaluated with a holistic approach in

terms of both physical and psychological aspects and that psychosocial support programs for anger management should be planned and implemented.

**Keywords:** COPD, illness perception, anger, anger expression style, nursing



## 2. GİRİŞ VE AMAÇ

### 2.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), hava yollarında kalıcı daralmaya neden olan ve genellikle ilerleyici seyreden bir solunum yolu hastalığıdır (1,2). Başlıca belirtileri arasında nefes darlığı, öksürük ve balgam yer almakta olup, bu semptomlar bireylerin günlük yaşamlarını kısıtlamaktadır (3,4). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre her yıl yaklaşık 3 milyon kişi KOAH nedeniyle hayatını kaybetmekte ve 2030'da üçüncü en sık ölüm nedeni olması beklenmektedir (5,6). Türkiye'de ise özellikle 40 yaş üstü bireylerde KOAH prevalansı %19'un üzerindedir (7,8).

Hastalık algısı, bireyin hastalığına ilişkin bilişsel ve duygusal değerlendirmelerini kapsayan bir kavramdır (9,10). KOAH hastalarında yapılan çalışmalarda, hastalığı ağır algılayan bireylerde yaşam kalitesinin düştüğü, tedaviye uyumun azaldığı ortaya konmuştur (11,12). Buna karşılık, hastalığın yönetilebilir olduğu algısına sahip bireylerde tedaviye katılım ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri artmaktadır (13,14). Ayrıca, Çin ve Türkiye'de yapılan çalışmalar, KOAH'lı hastaların psikososyal uyum düzeylerinin düşük olduğunu ve yorgunluk, ileri yaş, hastalığın kötü algılanması ile duygusal başa çıkma tarzlarının psikososyal uyumu olumsuz etkilediğini göstermiştir (15).

Öfke, engellenme sonucu ortaya çıkan doğal bir duygudur (15,16). KOAH hastalarında nefes darlığı ve fiziksel kısıtlılık gibi durumlar öfke duygusunu tetikleyebilir (17,18). Öfke ifade biçimlerinin incelenmesi; bastırılan, dışa vurulan ya da yapıcı şekilde ifade edilen öfke stillerinin tedavi uyumunu, sosyal ilişkileri ve psikolojik durumu nasıl etkilediğini anlamak açısından kritik önem taşımaktadır (19,20).

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği, KOAH hastalarının yalnızca fizyolojik değil aynı zamanda psikososyal gereksinimlerini de ele alan bütüncül bir bakım yaklaşımını benimser (21,22). Bu bakım yaklaşımı, hem hastalık algısını daha olumlu yönlendirmeye hem de öfke yönetimi gibi duygusal düzenleme becerilerini geliştirmeye hizmet eder (9,23,24). Bu doğrultuda, hemşire müdahalelerinin KOAH'lı bireylerde algı, duygu ve psikososyal uyumu iyileştirmede önemli katkılar sunduğu görülmektedir.

Bu araştırmanın temel amacı, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tanısı almış bireylerin hastalık algıları ile öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiyi inceleyerek, bu iki psikososyal değişkenin birbiriyle olan etkileşim düzeyini belirlemektir. Bu kapsamda, bireylerin hastalıklarını nasıl algıladıkları, öfke duygusunu hangi biçimlerde ifade ettikleri ve bu değişkenlerin demografik ve klinik özelliklerle nasıl ilişkili olduğu analiz edilerek, KOAH'lı bireylerin psikolojik iyilik hâllerinin desteklenmesine yönelik hemşirelik bakım uygulamalarına katkı sağlayacak bilimsel veriler elde edilmesi amaçlanmaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda, ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği disiplini çerçevesinde birey merkezli, bütüncül ve kanıta dayalı psikososyal müdahale stratejilerinin geliştirilmesine katkı sunulması hedeflenmektedir.

## **2.2. Araştırmanın Soruları**

KOAH tanılı hastalarda hastalık algısı ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranması hedeflenmiştir;

1. KOAH tanılı hastalarda hastalık algısı nasıldır?
2. KOAH tanılı hastalarda öfke-öfke ifade tarzları nasıldır?
3. KOAH tanılı hastalarda hastalık algısı ve öfke ifade tarzları arasında bir ilişki var mıdır?

### **3. GENEL BİLGİLER**

KOAH, yalnızca fizyolojik semptomlarla sınırlı kalmayan, bireyin yaşam kalitesini fiziksel, sosyal ve psikolojik düzeyde etkileyen kronik bir hastalıktır. Hastalığın getirdiği solunum sıkıntısı, hareket kısıtlılığı, sosyal izolasyon, bağımlılık hissi ve sürekli tıbbi tedaviye gereksinim duyulması, bireylerde çeşitli stres, öfke gibi duygusal tepkilere yol açabilmektedir (18).

#### **3.1. KOAH Tanımı**

KOAH, uzun süre boyunca ilerleyici ve geri dönüşümsüz hava yolu obstrüksiyonu ile seyreden ciddi bir akciğer hastalığı olarak kabul edilmiştir. Fakat zamanla, birçok ulusal ve uluslararası kuruluşun yeni bilgiler ışığında yaptığı tanımlamalarla KOAH anlayışı önemli ölçüde değişmiştir. Son zamanlarda, hava akımı kısıtlılığının yalnızca lokal bir solunum problemi olmadığı; anormal bir inflamatuvar yanıtla ilişkili olduğu ve hatta sistemik etkiler gösterebildiği ortaya konmuştur. Akciğerlerle sınırlı kalmayarak KOAH tanımında değişikliğe yol açmıştır (25, 26). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Küresel Girişimi'nin 2018 (6) raporuna göre KOAH, genellikle zararlı gazlara veya partiküllere uzun süreli maruziyet sonucu gelişen; hava yolu ve/veya alveoler düzeydeki yapısal anormalliklere bağlı olarak ortaya çıkan, kalıcı solunum semptomları ve hava akımı kısıtlanmasıyla karakterize edilen bir hastalıktır. KOAH'ın tanımı, ciddi hava yolu kısıtlaması, ciddi şekilde azalan ve sınırlı performans, ileri yaş ve KOAH'ın yaygın nedenleri ve esas etken patofizyolojik detayların (örn., endokrin bozukluklar ve sistemik olan inflamasyon) temelini oluşturmaktadır (27). KOAH, kronik bronşit ve amfizem dahil olmak üzere ilerleme gösteren pulmoner rahatsızlıkların tanımı ile ilgili kullanılan şemsiye bir terimdir (28, 29). Amfizem veya kronik bronşitten hangisinin KOAH gelişiminde ana faktör olduğunu bulmak zordur. Bu kişilerde kronik bronşit ve amfizemden biri veya her ikisi bir arada görülebilir (30).

#### **3.2. KOAH Sınıflaması**

KOAH sınıflandırması için en çok kullanılan yöntem spirometre kullanımıdır. Spirometri değişkenliğini en az şekilde bulmak için ölçüm, yeterli dozda en az bir kısa etkili inhale bronkodilatör uygulandıktan sonra yapılmalıdır. Bronkodilatasyon sonrası elde edilen 1 saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim (FEV<sub>1</sub>) ile zorlu vital kapasite (FVC)

oranı, yani  $FEV_1/FVC < 0,70$  değeri, KOAH tanısı koymak için en yaygın ve uluslararası alanda kabul gören kriterdir (6, 31).

**Tablo 1.** Bronkodilatör sonrası FEV1'e göre hava akımı kısıtlanmasının derecelendirilmesi (6).

GOLD	Spirometri (bronkodilatör sonrası)
1: Hafif	$FEV_1 \geq \%80$ (beklenenin)
2: Orta	$\%50 \leq FEV_1 < \%80$ (beklenenin)
3: Ağır	$\%30 \leq FEV_1 < \%50$ (beklenenin)
4: Çok Ağır	$FEV_1 < \%30$ (beklenenin)

### 3.2.1. Fiziopatoloji

Solunarak vücuda giren sıkıntılı gazlar ve partiküller akciğerlerin sıkıntılı bir inflamatuvar yanıtına sebep olabilir (32). Akciğerlerde inflamasyona bağlı olarak meydana gelen patoloji değişiklikler, akciğerlerin fizyolojik davranışlarını da etkileyerek hava akımının kısıtlanmasına ve hava hapsine, gaz değişiminin bozulmasına, mukus sekresyonunun artmasına, pulmoner hipertansiyona ve sistemik etkilere neden olur (26, 33). KOAH'ta görülen temel patofizyolojik değişiklik hava yolu obstrüksiyonudur. Bu durum, akciğer parankiminde meydana gelen yapısal hasar ve küçük hava yollarındaki daralma ile ilişkilidir (34). Amfizemdeki genel kronik sıkıntı, hava yollarının koruyuculuk sağlayan mekanizmalarının sıkıntıya girmesine neden olur. Görülen balgamın solunum yollarından uzaklaştırılması zordur. Küçük hava yollarının kronik tıkanması, bronş epitelinin enfeksiyon, aşırı mukus ve inflamatuvar ödemi nedeniyle oluşur. Hava yollarının tıkanması sonucu ekspirasyon güçleşerek havanın alveollerde hapsolmesine ve alveollerin aşırı gerilmesinde neden olur (35). Kronik bronşite bağlı olarak bronşlarda aşırı mukus salgısı görülür. İlerlemiş KOAH nedeniyle Pulmoner dolaşım, solunum kasları, kalp ve solunumdaki kısımlar etkilendiğinde sistemik bir hastalık haline gelir (30).

### 3.3. KOAH Epidemiyoloji

KOAH'ın geçmişteki tanım sorunları sebebiyle, hastalık prevalansı, mortalitesi ve morbiditesi hakkında çok fazla sağlıklı tarihsel bilgi bulunmuyor. Ancak 2002 yıllarında KOAH prevalansını, risk faktörlerini, ülkelerin ekonomik ve sosyal yüklerini belirlemeyi amaçlayan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü'nün (BOLD) oluşturulması ve spirometri cihazı kullanılarak yapılan ölçümlerle elde edilen

yaygınlık verilerinin GOLD kılavuzunda yayınlanması 2003 yılında bu konularda daha önemli değişiklikler yaptı (36, 37). KOAH prevalansı, mortalite ve morbiditeye dayanan bilgilerin çoğu, öncelikle geliri yüksek olan ülkelerden ulaşmaktadır. Gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde bile, KOAH ile ilgili doğru epidemiyolojik verilerin toplanması hem maliyetli hem de zordur (38). Hastalık prevalansı, morbiditesi ve mortalitesine ilişkin verilen veriler ülkeler içinde ve benzer ülkedeki farklı kesimler içinde farklılık gösterebilir (8).

### 3.3.1. Prevalans

KOAH prevalansı istatistiklerinde asıl olması gereken kısım, tüm çalışmaların KOAH'ı yalnızca spirometrik ölçümler değil, spirometri ve belirtiler kombinasyonu ile belirtmesidir. En düşük prevalans tahminleri, hasta tarafından bildirilen veya hekim tarafından teşhis edilen KOAH prevalansına ilişkin veriler genellikle düşüktür. Örneğin, birçok ulusal çalışmada KOAH prevalansı %6'nın altında bildirilmiştir. Bu durum, hastalığın genel olarak yeterince tanınmamasının ve tanı konulmasındaki yetersizliklerin bir yansımasıdır (6). KOAH yaşlı kişilerde daha sık görülür ve öncelikle 75 yaş üstü kişilerde daha çok görülür. 1990-2001 seneleri içinde yayınlanan 32 prevalans çalışmasının sonuçlarına bakıldığında 40 yaş üstü erişkinlerde KOAH (GOLD evre 2 ve üzeri) prevalansının %9-10 olduğu bildirilmiştir (39). BOLD girişimi tarafından 12 merkezde yürütülen çalışmalarda, bronkodilatör sonrası spirometri testini tamamlayan 9425 vaka dahil. Ayrıca hastalığın sigaraya bağlı olarak arttığı, gelişmiş ülkelerde sigaraya bağlı olarak kadın ve erkek cinsiyette benzer yaygınlık değerleri elde edildiği, ancak gelişmekte olan ülkelerdeki hastalık erkekler arasında daha çok görüldüğü belirlenmiştir (39). Küresel Hastalık Yüku Çalışması'na göre, dünya genelinde yaklaşık 251 milyon KOAH vakası bildirilmektedir (40). Türkiyede 40 yaş üstü her beş kişiden birinde bu hastalık gözükmetedir. 2004 yılında yapılan BOLD Adana çalışmasında 40 yaş üstü erişkinlerde KOAH prevalansı %19,1 (Türkiye'de %28,5) olarak bulunmuştur (37). Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılında yaptığı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Araştırması sonucunda 15 yaş ve üzeri kişilerde spirometrik ölçümlere dayalı KOAH prevalansı %5,3, doktor tanımlı KOAH prevalansı %4 olduğu bulunmuştur (41).

### 3.3.2. Mortalite

KOAH'ın bilinmemesi, önemsenmemesi ve yeteri kadar teşhis edilememesi günümüzdeki mortalite değerlerini etkilemektedir (3, 36, 39). Başlıca ölüm nedeni olmasına rağmen genellikle ölüm raporlarında yardımcı ölüm nedeni olarak girilmesi bu değerleri önemli ölçüde etkilemektedir (42). KOAH, dünyada görülen önemli ölüm sebeplerinden biri olarak kabul edilmektedir. Avrupa Birliği ülkeleri arasında üçüncü önemli ölüm sebebi olduğu görülmekte olan solunum yolu hastalıklarının en büyük kısmını KOAH oluşturmaktadır (Eurostat, 2019). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 2015 yılında küresel olarak 3,17 milyon kişi KOAH'tan öldü ve bunlar, o yılki tüm vefatların %5'ine eşdeğer geliyor (5). KOAH bugün dünya çapında 3. ölüm sebebi haline gelmiştir ve 2030 senesine kadar 4,5 milyondan fazla kişinin ölümüne neden olacağı tahmin edilmektedir (5, 8). KOAH mortalitesindeki artışın başlıca nedenleri sigara epidemisindeki artış, dünya nüfusunun yaşlanması ve hastalığa etki eden tedavilerin yetersiz sayıda olmasıdır (6, 8). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın ölüm sebeplerini tahmin etmek için yaptığı çalışmada KOAH'ın "Türkiye'de Ulusal Ölüm Nedenleri" sıralamasında üçüncü sırada yer aldığı belirtilmiştir (37). TÜİK 2023 verilerine göre 525.814 ölümün 69319'u solunum sistemi hastalıklarından kaynaklandı (43).

### 3.3.3. Morbidite

Morbidite Morbidite değerlendirilmesinde en çok poliklinik sayısı, acil servise başvuru ve yatış gibi kriterler kullanılmaktadır. Bununla birlikte, morbiditede bulunan veriler mortalite verilerine göre güven oranı daha azdır. Dış etkenler morbiditenin değerlendirilmesinde kullanılan kriterleri etkileyebilmektedir (36, 39). Ancak olan verilerin üzerine yapılan araştırmalara göre KOAH'a bağlantılı morbidite yaşla beraber artış göstermektedir. KOAH morbiditesi sigara kullanımı, yaşlanma ve KOAH ile ilgili diğer kronik komorbid kısımlardan etkilenebilir. Diğer kronik durumlar, KOAH yönetimine müdahale ettikleri ve KOAH'lı kişiler için hastaneye yatışların ve maliyetlerin başlıca nedenleri oldukları için hasta sağlığını ciddi derecede bozabilir (6). Günümüzde, DSÖ tarafından engellilik sebebiyle giden yıllar (Year of Health Life Lost Due to Disability) olarak tanımlanan "YLD" ile erken vefatlar ve sakatlıkların toplamı olarak tanımlanan "DALY" kriteri (Disability Adjusted Life Years), morbidite veya hastalık yükünü değerlendirmek için tercih edilir. KOAH'ın gelecekteki prevalansının artması bekleniyor.

**Tablo 2.** Dünyada önde gelen 10 ölüm nedeninin 2002-2030 yılları arasında ölüm nedeni sıralamasındaki yerlerinin değişimi (39).

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

**Tablo 3.** Dünyada önde gelen 11 DALY nedeninin 2002-2030 yılları arasında DALY sıralamasındaki yerlerinin değişimi (39).

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

### 3.3.4. Ekonomik yük

KOAH Güçsüzlüğe sebep olan bu hastalık, tahmin edilebileceği gibi toplum ve bireyler üzerinde detaylı bir ekonomik sıkıntı oluşturmaktadır. KOAH'ta tanı ve tedavi için yapılan harcamalar, engelliliğin ekonomik sonuçları, iş gücü kaybı, yıl boyunca acil klinikte veya hastanede tekrarlanan yatarak tedaviler hastalığın ekonomik sıkıntısının yükselmesine neden olmaktadır (41, 44). Avrupa Birliği ülkelerinde solunum yolu hastalıklarının sağlık harcamaları içindeki payının yaklaşık %6 olduğu öngörülmektedir. Bu oranın en büyük kısmını KOAH oluşturmaktadır; KOAH, solunum hastalıklarına bağlı maliyetlerin %56'sını karşılamakta ve bu da yaklaşık 38,6 milyar avroya denk gelmektedir (6). Küresel ölçekte KOAH'ın ekonomik yükü

günümüzde 2,1 trilyon dolar civarındayken, bu tutarın 2030 yılına kadar 4,8 trilyon dolara çıkacağı tahmin edilmektedir (32).

### **3.4. KOAH'ta Etiyoloji ve Risk Faktörleri**

Sigara başlıca KOAH içinde en sıkıntılı faktör olarak kabul edildiği görülür. Sigara içmeye ek olarak, iş tozlarına, kimyasallara maruz kalma ve birçok ülkelerde biyyokütle ve odun yakılmasından kaynaklanan hava kirliliği diğer önemli risk faktörlerindedir (12, 32).

#### **3.4.1. Sigara kullanımı**

Sigara kullanım dünyanın genelinde KOAH'ın başta gelen sebeplerinden biridir. DSÖ, geliri yüksek olan ülkelerde KOAH mortalitesinin %73'ünün ve düşük ve orta gelirli ülkelerde %40'ının sigarayla ilişkili olduğunu tahmin etmektedir (45). Ülkemizde 14,8 milyon kişi (%27,1) tütün ürünleri kullanıyor ve 15 yaşından önce sigaraya başlayanlar oranı %16,1'dir (46). Hamilelik sırasında aktif ve pasif içicilik, fetüsün akciğer gelişimini etkiler ve fetüs için risk oluşturur (47, 48).

#### **3.4.2. Genetik faktörler**

KOAH en çok belgelenmiş kalıtım risk faktörleri alfa-1 antitripsinin azlığıdır. 40 yaşından önce amfizemin neden olduğu KOAH'lı ve herhangi bir risk faktörü olmayan bireylerde alfa-1 antitripsin eksikliği de araştırılmalıdır (61). Genetik çalışmalar sonucunda birçok gen KOAH ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte, bu genetik ilişkilendirme çalışmalarının sonuçları büyük ölçüde alakasızdır ve alfa-1 antitripsin eksikliği dışında KOAH gelişimini etkileyen genetik kısımlar kesin olarak tanımlanmamıştır (48).

#### **3.4.3. Yaş ve cinsiyet**

KOAH'ın morbiditesi, prevalansı ve mortalitesin yaşla birlikte artmaktadır. Genç erişkinlerde zirveye ulaşan akciğer fonksiyonu 30-40 yaşlarında gerilemeye başlar (45, 47). Ancak KOAH'ın yaşlanmaya mı yoksa yaşam boyu toplam maruziyete mi bağlı olarak geliştiği tam olarak bilinmemektedir (32). Gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam süresinin artması nedeniyle KOAH'lı yaşlıların oranının da artmaktadır (45). Epidemiyolojik taraftan bakılınca, erkeklerde sigara içme alışkanlıkları nedeniyle KOAH geliştirme riski kadınlara göre daha yüksektir (47). Bununla birlikte, gelişmiş ülkelerden alınan daha yeni veriler, muhtemelen sigara içme eğilimlerindeki

değişiklikler nedeniyle KOAH prevalansının kadınlarda ve erkeklerde neredeyse eşit olduğunu bildirmiştir (6, 48).

#### **3.4.4. Akciğer büyüme ve gelişmesi**

Akciğer gelişimi, fetal dönemde başlayarak doğum sonrası büyüme ile devam eden ve özellikle çocukluk ile ergenlik dönemlerinde çevresel ve genetik faktörlerin etkisi altında şekillenen bir süreçtir (32). Hamilelikte sigara içmek erken doğuma ve düşük doğum ağırlığına neden olabileceği gibi çocukluk çağında ciddi akciğer enfeksiyonlarında da neden olarak yetişkinlikte beklenile akciğer fonksiyonlarına erişimi zorlaştırır (25).

#### **3.4.5. Çevresel tozlar ve hava kirliliği**

Kentlerde görülen hava kirliliği, akciğerlerin işlevini etkilediği ve KOAH için büyük bir risk oluşturduğu görülmüştür. Dış hava kirliliğinin yetişkin akciğerde göülen etkisi belli değildir ve cinsiyet farklılıklarına sahip görünmemektedir (49). Kömür, saman ve gübre gibi yakıtların yanı sıra, yetersiz havalandırılan evlerde ısınma ve yemek pişirme amacıyla kullanılan odun gibi biyokütle yakıtlarına maruz kalmak, KOAH için önemli bir çevresel risk faktörüdür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), düşük ve orta gelirli ülkelerde KOAH'lı bireylerin yaklaşık %35'inin biyokütle yakıtlarına bağlı iç ortam havası kirliliğine maruz kaldıktan sonra hastalığa yakalandığını bildirmektedir. Aynı şekilde DSÖ, alt solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı ölümlerin %36'sının da iç mekân dumanına maruz kalmayla ilişkili olduğunu tahmin etmektedir (45). Ayrıca iş yerinde çeşitli tozlara, kimyasal maddelere, buharlara ve dumanlara maruz kalmak da KOAH'ın önemli mesleki nedenleri arasında yer almaktadır (45).

#### **3.4.6. Enfeksiyonlar**

Solunum sistemindeki viral ve bakteriyel enfeksiyonların, KOAH'ın gelişiminde ve büyümesinde çok büyük bir yapıya sahiptir. Erken yaşta solunum sisteminde görülen enfeksiyonları maruz kalmak bronşektaziye veya hava yolu hassasiyetinde değişikliklere neden olabilir (45, 47). AIDS ve tüberkülozun da KOAH gelişimi için risk oluşturduğu bildirilmiştir (8). Viral ya da bakteriyel enfeksiyonlara bağlı olarak gelişen tekrarlayan alevlenmeler, erişkinlerde akciğer fonksiyonlarının bozulmasına ve hastalığın ilerlemesine katkı sağlamaktadır. (45, 47).

### **3.4.7. Sosyoekonomik durum**

Düşük sosyo ekonomik vaziyet, KOAH gelişimi için açık bir şekilde sıkıntı oluşturmaktadır. Yoksulluk; Yetersiz beslenmede sıkıntı, iç ve dış hava kirliliği, kalabalık olan yaşam ve enfeksiyonları gibi KOAH riskine artıran birçok faktör için vekil bir kriter olarak değerlendirilebilir (8, 45, 50).

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

KOAH'ın en yaygın sebepler arasında nefes darlığı, öksürük ve artmış balgam üretimi yer almaktadır. Daha nadir yaygın nedenler ise hırıltı ve göğüste sıkışma şeklinde görülmektedir (51,52). KOAH semptomları ve klinik bulgularının mevsimsel, haftalık ve günlük olarak değişkenlik gösterebildiği kabul görmektedir. Ayrıca KOAH sabah saatlerinde en şiddetli olabilmektedir (52).

#### **3.5.1. Nefes darlığı**

Nefes darlığı KOAH'ın ana belirtisidir ve hastalar nezdinde göğüste ağırlık, hava açlığı, nefes almada güçlük çekilmesi veya nefes nefese kalma biçiminde dile getirilir (42). KOAH'lı hastalarda nefes darlığı başlangıçta egzersizle, eforla ortaya çıkarken, zamanla istirahat halinde de ortaya çıkabilir. KOAH'ta hastayı doktora başvurmaya sevk eden hastalığa bağlı yeti yitiminin ve kaygının en önemli nedenidir (53). KOAH ile ilişkili dispne, sigaranın bırakılması, bronkodilatörler, pulmoner rehabilitasyon ve uygun bakımla bile tamamen düzeltilemez (54).

#### **3.5.2. Öksürük**

KOAH'lı kişilerde gelişen ilk belirti öksürük olmakla birlikte genellikle göz ardı edilmektedir (53). Öksürük, sigara dumanında doğrudan tahriş edici ve enflamasyon etkisinden veya solunum yolunda aşırı mukus varlığının etkisiyle görüldüğü bilinmektedir (55). Hastalığın erken evrelerinde öksürük aralıklı olabilir; ancak zamanla günlük, sürekli ve rahatsız edici bir semptom haline alabilir (6). Nocturnal (gece) öksürük atakları ise hastaların uyku kalitesini önemli ölçüde bozarak yaşam kalitesini düşürebilmektedir (56).

#### **3.5.3. Balgam çıkarma**

KOAH'ta üretilen balgam genellikle az miktarda ve yapışkan özellikte olup mukoid yapıdadır. Ancak bronşektazi gibi eşlik eden bir durum mevcutsa balgam miktarında belirgin artış gözlenebilir. Normal koşullarda beyaz ve mukoid olan

balgamin miktarında artişla birlikte sarı-yeşil renge dönmesi, genellikle bir alevlenme belirtisi olarak değerlendirilir (53). Mobilitenin azalması ve kas güçsüzlüğü gibi durumlar, balgamin etkili bir şekilde atılmasını zorlaştırarak hava yollarında balgam birikimine ve buna bağılı olarak balgam tıkaçlarının oluşmasına neden olabilir (56).

#### **3.5.4. Wheezing ve göğüste sıkışma**

Hırıltı ve göğüste sıkışma; gün boyunca ve günlere değışebilen spesifik olmayan semptomlardır ve bu semptomların olmaması KOAH tanısına engel değıldir (6, 53). Hışıltı laringeal seviyede olabilir ve oskültasyonda anormallikler eşlik etmeyebilir veya oskültasyonda inspiratuar ve ekspiratuar ronküsler sıklıkla duyulabilir (6, 41). KOAH'lı kişilerin, efordan sonra göğüs sıkışması yaşama olasılığı daha yüksektir ve insanlar, gerginliğin tam yerini tam doğru belirleyemeyebilir (41).

#### **3.6. KOAH Tanı Yöntemleri**

Orta ile hafif şiddette KOAH'lı birçok kişi asemptomatiktir. Bahsedilen semptomlar genelde hafif seyirlidir ve genellikle yaşla ilişkilendirildiğinden hafife alınır. Bu sebeple hastalara KOAH'ın erken dönemlerinde kolay tanı konulmamaktadır (57). KOAH şüphesi olan kişilerden ayrıntılı bilgiler alınmalı ve belirtilerin varlığı, mesleki maruziyet varlığı, sigara kullanımının olması ve ailede akciğer hastalığı öyküsü sorgulanır (58). KOAH semptomları olan ve risk faktörlerine (meslek tozu, kimyasallar ve duman vb.) maruz kalma öyküsü olan hastalarda kesin tanı koyulması için spirometri testi uygulanmalıdır (41). Göğüs röntgeni, akciğer bilgisayarlı tomografisi (BT), ekokardiyografi, kan testleri, egzersiz testi de tanı için kullanılır (30).

##### **3.6.1. Hastalık öyküsü**

KOAH tanısı konulan ya da hastalıktan şüphelenilen bireylerden ayrıntılı bir tıbbi öykü alınması gerekmektedir. Anamnez alınırken şunlara dikkat edilmelidir:

- 1) Risk faktörlerine maruz kalma,
- 2) Tıbbi öykü alınırken; nazal polipler, astım, alerjik hastalıklar, sinüzit, çocukluk çağında geçirilmiş solunum yolu enfeksiyonları ve diğere solunum yolu hastalıklarının varlığı sorgulanmalıdır.
- 3) ailede KOAH varlığı veya diğere kronik solunum yolu hastalıkları öyküsü,
- 4) KOAH semptomlarının varlığı,

5) Alevlenme öyküsü veya solunum yolu rahatsızlıkları nedeniyle hastaneye yatış öyküsü,

6) Osteoporoz kas-iskelet sistemi, kalp hastalığı ve osteoporoz hastalıkları gibi yandaş hastalıkların varlığı,

7) Mevcutt tıbbi tedavilerin uygun olup olmadığının değerlendirilmesi,

8) Hastalığın, aktivite kısıtlaması, devamsızlık ve ekonomik etkiler dahil olmak üzere hastanın yaşamı üzerindeki etkisi, aile üyeleri üzerindeki etkileri, anksiyete durumu veya depresyon durumu sorgulanmalıdır (48).

### **3.6.2. Fizik muayene**

KOAH'ta anamnez, hasta değerlendirmesinde önemli bir yer tutsa da tanı koyma sürecinde yalnızca kısmen yol göstericidir. Hava yolu obstrüksiyonuna bağlı fiziksel bulgular, genellikle akciğer fonksiyonlarında ileri düzeyde bozulma meydana gelene kadar fark edilmez ve bu nedenle erken dönemde tanı açısından duyarlılığı sınırlıdır (48).

**Muayenede;** Hafif düzeydeki fiziksel aktivitelerde solunum sıkıntısı yaşanması, santral siyanoz, büzük dudak solunumu, boyun venlerinde dolgunluk ve kaşeksi gibi belirtiler gözlenebilir.

**Palpasyonda;** Solunum sırasında göğüs kafesinin genişlemesinde kısıtlılık saptanabilir. Ancak bu bulgunun değerlendirilmesi zordur ve tanıya belirgin bir katkı sağlamaz.

**Perküsyonda;** Amfizemi olan hastalarda göğüs perküsyonunda sonorite artışı ve timpanik ses duyulabilir. Ayrıca, diyafragmanın hareketinde azalma saptanabilir.

**Oskültasyonda;** KOAH'lı hastalarda solunum seslerinde azalma ve ekspirasyon süresinde uzama saptanabilir. Ayrıca ronküs ve hırıltı gibi ek sesler duyulabilir (32, 53).

### **3.6.3. Spirometrik değerlendirme**

Spirometri, hava akımında sınırlama olduğunun en tutarlı ve kolay tekrarlanabilir ölçüm biçimidir. Girişimsel olmayan ve kolay erişilebilir bir testtir (59). Spirometrik ölçüm hastalığın akciğer fonksiyonu üzerinde meydana getirdiği etkilerini ölçmeyi, ilerlemesini izleyen, terapötik müdahalelerin sonucun ölçmeyi ve ameliyat

öncesi riski ele alıp yorumlamayı sağlar (60). KOAH tanısı koymak için spirometri testinden önce hastaya 400 mcg salbutamol, 160 mcg ipratropium ya da her ikisi birden verilir. Bu ilaçların uygulanmasından 15–20 dakika sonra yapılan ölçümde FEV<sub>1</sub>/FVC oranı %70'in altındaysa, KOAH tanısı doğrulanır (8, 61).

#### **3.6.4. Görüntüleme çeşitleri**

Göğüs röntgeni, KOAH'ı teşhis etmek ve ciddiyetini belirlemek için kullanılan ilk yöntemlerden biridir. Ancak erken ve asemptomatik dönemde hastalığı ve progresyonunu öngörmedeki duyarlılığı düşüktür (62). Göğüs röntgeni diğer tanıların ekarte edilmesinde veya kalp yetmezliği, tüberküloz, bronşektazi, akciğer kanseri gibi akciğer hastalık ve komplikasyonların saptanmasında daha önemlidir (61). KOAH tanısı hakkında şüphe olduğunda, yüksek çözünürlüklü BT taraması belirleyici tanı koymada yardımcı olabilir (63). BT sadece pulmoner mikroyapıların ve morfolojik değişikliklerin erken teşhisini sağlamakla kalmaz, bununla beraber akciğerlerin yapısındaki değişikliklerin kantitatif ölçümlerinin de sağlar. BT, küçük havayolu hastalıklarının ve akciğerin dokusunun hastalıklarının gözlememesi için kullanılan daha iyi görme teknolojisidir (64).

#### **3.6.5. Oksimetre ve arteriyel kan gazı**

Oksimetre, arteriyel kandaki oksijenlenmiş hemoglobinin yüzdesini ölçerek oksijen saturasyonu (SpO<sub>2</sub>) değerini belirler (65). Solunum yetmezliği veya sağ kalp yetmezliği şüphesi bulunan hastalarda SpO<sub>2</sub> ölçülmelidir. Eğer SpO<sub>2</sub> değeri %92'nin altında ise arteriyel kan gazı analizi önerilmektedir (42). Arteriyel kan gazı sonucunda PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg ve/veya PaCO<sub>2</sub> > 50 mmHg olarak saptanırsa, solunum yetmezliği tanısı konur (61).

#### **3.6.6. Elektrokardiyografi ve ekokardiyografi**

Pulmoner hipertansiyonun tanısında ilk basamak olarak elektrokardiyografi (EKG) kullanılabilir; EKG, sağ ventrikül hipertrofisi ve sağ aks deviasyonu gibi dolaylı bulgular sağlayabilir (66). Ekokardiyografi ise, pulmoner hipertansiyon bulgularını doğrulamak ve sağ ventrikül fonksiyonlarını değerlendirmek amacıyla; ayrıca obstrüktif uyku apne sendromu ya da kronik solunum yetmezliği olan hastalarda tanısal destek olarak uygulanmaktadır (61). Ancak KOAH'lı hastalarda hiperinflasyon ve göğüs boşluğundaki solunum basıncındaki büyük dalgalanmalar nedeniyle ekokardiyografinin kullanımı sınırlı olabilir (66).

### **3.6.7. Balgam incelemesi**

Mukus incelemesi, akciğer hastalık varlığının ve belirleyici tanısından ve havayolu inflamasyonun incelenmesinde ve belirlenmesindeki genel olarak kullanılan bir yöntemdir. Balgam örneklemesinin hava yolu inflamasyonunu belirlemede etkili ve önemli olduğu anlaşıldıktan sonra KOAH tanısı, tedavi ve tedavi etkilerinin gözlemlenmesi ve izlenmesi gibi konularında belirlenmesinin genel olarak kullanılmaya başlanmıştır (67).

### **3.6.8. Egzersiz testleri ve fiziksel aktivitenin değerlendirilmesi**

Yürüme çalışmaları, akciğer sorunu olan kişilerde fonksiyonel düzey ve kapasitenin, hastalığının gidişatını ve tedavinin etkinliğini değerlendirmek için geliştirilmiş testlerdir (68). Bunun için 12 dakika yürüme testi, 6 dakika yürüme testi, artan hızda yürüme mekik testi ve kardiyopulmoner egzersiz testleri kullanılır. Bu testler egzersiz kapasitesi, ölüm riski ve nefes darlığı şiddetinin belirlenmesinde etkilidir (41).

## **3.7. KOAH'ta Tedavi ve Bakım**

Son yıllarda KOAH'ın patogenezinin daha iyi anlaşılması ve hastalıkla ilgili bilgilerin artması, KOAH tedavisini daha etkili hâle getirmiştir. Ayrıca, erken tanı ve uygun tedavi ile hastalığın seyrinin olumlu yönde değiştirilebilmesi, hekimlerin KOAH'a bakış açısını da olumlu şekilde etkilemiştir (61). KOAH tedavisinin hedefleri hastaneye yatışları indirmek, alevlenme kısımlarını indirmek ve önüne geçmek dispneyi indirmek, yaşam kalitesinin geliştirmek, hastalığın büyümesini azaltmak ve mortaliteyi indirmektir (69).

### **3.7.1. Risk Faktörlerinin Azaltılması**

*Sigaranın Bıraktırılması;* Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisinde ve çeşitli ilaç tedavileri kullanılmaktadır (6). Ancak sigarayı bırakmak için tek başına farmakolojik tedavi yeterli değildir. Bu konuda sosyal çevrenin etkisi de gayet önemlidir. Gerekli yasal düzenlemeler ile sosyal çevre sigaradan arındırılmalıdır (70).

*Maruziyetten Kaçınma;* Ev ve işyerlerinde solunum fonksiyonlarının kaybına neden olan havadaki solunabilir gaz, toz ve duman gibi maddelerin konsantrasyonlarının azaltılması veya solunmasının engellenmesi solunum fonksiyonlarının kaybolmasını önleyebilir. Bunun için; Ev ve işyerlerinde meydana gelen sebeplerini düzgün bir şekilde takip edilmeli, işyerlerinde çalışanların solunum semptom ve bulguları

değerlendirilmeli, çalışanların, yöneticilerin ve hekimlerin eğitimleri sağlanmalı ve devam ettirilmeli, kişilerin sigarayı tüketmemeleri sağlanmalıdır (61).

### 3.7.2. Stabil KOAH tedavisi

Stabil KOAH tedavisi, farmakolojik olmayan ve farmakolojik tedaviden oluşur.

#### 3.7.2.1. Farmakolojik tedavi

KOAH'ta belirtileri engellemek ve kontrol altına almak, alevlenmenin sıklık ve şiddetini azalmak, sağlık durumunun iyileştirmek için tedavi yapılması önemlidir (71).

**Bronkodilatörler:** KOAH tedavisinde yaygın olarak kullanılan bronkodilatör ilaçlar,  $\beta_2$  agonistleri, antikolinergikler ve metilksantinleri içerir. Tercih, ilaçların mevcudiyetine ve hastanın yanıtında bağlıdır. İnhalasyon tedavisi verilirken inhaler teknik eğitimi vererek etkili tedavi uygulanmasına özen gösterilmelidir (71).

**Oral Kortikosteroidler:** Oral kortikosteroidler genellikle alevlenmeleri tedavi etmek için sınırlı bir süre kullanılır; sınırlı faydalar ve yüksek yan etki riski nedeniyle stabil KOAH'ta mümkünse kaçınılmalıdır. Oral kortikosteroidlerin kesilmesini kolaylaştırmak için inhale kortikosteroidleri önerilmektedir (71).

**Antibiyotikler:** KOAH'lı kişiye hava yolu enfeksiyonu bulguları eşlik ederse tedaviye antibiyotikler eklenmesi gerekebilir (25).

**Mukolitik ve Antioksidan İlaçlar:** Balgamlı bazı hastalar mukolitiklerden fayda görse de, genellikle faydalar minimaldir (71). Antioksidanların sürekli kullanımında alevlenmelerde azalma iddia edilmektedir. (42).

**Aşılama:** KOAH dahil olmak üzere kronik akciğer rahatsızlıkları olan kişiler için influenza ve pnömokok aşuları önerilmektedir. İnfluenza aşısı solunum yolu alevlenmelerinin sayısını önemli ölçüde azaltır ve KOAH'lı tüm hastalara yıllık olarak uygulanması önerilmektedir (71).

#### 3.7.2.2. Nonfarmakolojik tedavi

Farmakolojik olmayan tedaviler, KOAH tedavisinde önemli yer tutarak hızla gelişmektedir. Tamamlayıcı tedaviler, özellikle hastalığın daha komplike hale geldiği, fonksiyon kaybı, yaşam kalitesinde azalma ve psikolojik bozuklukların eşlik ettiği kısımlarda dahada önem kazanır (72).

**Eğitim ve Özyönetim:** Tüm sağlık profesyonelleri, hastaların öz yönetim becerileri kazanmalarına yardımcı olmalıdır. Özyönetim, beslenme ve sigara gibi

davranışsal risk faktörleriyle baş etmenin yanında, hastalılı belirtileri ve semptomlarıyla baş etme sürecinde hasta takibini, tedavi sürecini, düzenli hasta-hemşire iletişimini, tedavi sürecini ve hastalığa bağlı psikososyal sorunlarla baş etmeyi kapsamalıdır (6). Eğitim, yaşam kalitesini iyileştirmek için hastanın bireysel ihtiyaçlarına ve çevresine, hasta ve bakım verenlerin sosyal ve zihinsel becerilerine göre şekillendirilmelidir (48). Bir eğitim programı; sigarayı bırakma, KOAH ile ilgili temel bilgiler ve hastalığın patofizyolojisi, tedaviye genel yaklaşım, öz bakım becerileri, sürekli veya artırılmış fiziksel aktivite, yeterli uyku ve sağlıklı beslenme, yorgunlukla başa çıkma, düzenli solunum egzersizleri, ne zaman hastaneye başvuru yapılacağı, düzenli sağlık kontrolleri ve iletişim becerilerini içermelidir (42).

***Fiziksel Aktivite:*** KOAH hastalarında günlük aktivitenin azalmasıyla yaşam kalitesi düşer, hastaneye yatışlar ve hastalığa bağlı ölümler artar. Fiziksel aktiviteyi artırmak için davranış hedefli yaklaşımlar uygulanmalı ve hastalar bunlara yönlendirilmelidir (6).

***Pulmoner Rehabilitasyon (PR):*** PR, engelliliği azaltmayı ve hastanın yaşamını iyileştirmeyi amaçlayan, egzersiz eğitimi, eğitim ve psikolojik desteği içeren kanıtta dayalı çok disiplinli bir girişimdir (72). Bu tanımdan PR' nin hasta değerlendirilmesi, beden eğitimi, periferik güçlendirmeler, uğraşı terapisi, kendi kendine yönetim eğitimi, beslenme müdahalesi ve psiko sosyal desteği içeren iyi yapılandırılmış bir tedavi yaklaşımı olduğu sonucuna varılabilir (73). Ayrıca PR, hastaneye yatış ve hastanede kalış sayısını azaltır, alevlenmelerde hızlı mobilizasyon sağlar (74).

***Oksijen Tedavisi:*** Oksijen tedavisinin amacı dokuların yeterli oksijenlenmesini sağlamaktır. Kısa süreli oksijen tedavisi, özellikle hastaneye yatış gerektiren alevlenmeler için tedavi planlarının önemli bileşenidir. Uzun dönem oksijen tedavisi ise potansiyel olarak solunum yetmezliğine neden olan pulmoner olmayan (anjina veya serebrovasküler gibi) olaylarda da sıklıkla sağlanmaktadır (75).

***Noninvaziv Mekanik Ventilasyon (NIMV):*** NIMV'nin KOAH'lı akut atak hastalarında destekleyici tedavisinde NIMV çok önemlidir ve öncelikle yapılmalıdır (76). Sürekli Pozitif Havayolu Basıncının (CPAP) veya İki Düzeyli Pozitif Havayolu Basıncının (BIPAP) iki versiyonu vardır. BPAP modu genellikle tercih edilen kısımdır

ve bu kısımda inspiratuar basınç (IPAP) ve ekspiratuar basınç (EPAP) ayarları yapılabilir. CPAP ile güzel nefes alabilen kişide uygulanır (76, 77).

*Beslenme Desteği:* KOAH tanılı bireylerde düşük vücut kitle endeksi sıklıkla görülmekte olup hastaların büyük bir kısmında da yağsız kas dokuların ciddi düzeylerde düştüğü gözlemlenmektedir. Yetersiz beslenme KOAH'ın alevlenmesine ve hastaneye yatışların artmasına neden olabileceğinden, beslenme değerlendirmesi, beslenme desteği ve yönetiminin tanıdan itibaren yapılması zorunludur. KOAH'lı bireylerde kötü beslenmenin mortalitede artışa da neden olduğu belirtilmektedir (78, 79).

*Yaşam sonu ve palyatif bakım:* Palyatif hizmetinde amaç, kişilerin psikososyal, fiziksel ve ruhsal belirtilerinin detaylı bir şekilde değerlendirilmesi ve tedavisi yoluyla ailelerinin ve hastaların acılarını hafifletmektir (6).

### **3.7.3. Alevlenmelerin tedavisi**

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının akut alevlenmeleri, KOAH'ın stabil döneminde bir dizi solunum semptomunun alevlenmesidir. Bu durum KOAH'ın seyirinde tehlikeli bir aşamadır. Kötüleşmesi ve sıklığı hastaların yaşam kalitesini ciddi şekilde etkiler ve hayatta kalma sürelerini kısaltır. Akut alevlenmeler, enfeksiyon, tütün dumanı soluma, hava kirliliği, komorbiditeler, yetersiz oksijen, önceki kötüleşme öyküsü, hücre anormallikleri, immünoglobulin G eksikliği, genetik, beslenme durumu, olumsuz duygulanımı ve mevsimsel sıcaklık değişiklikleri gibi birçok faktöre bağlı olarak ortaya çıkar ve gelişir (80). KOAH alevlenmesi geçiren hastalarda tedaviye hızlı bir şekilde başlanması önemlidir. İlk basamak olarak oksijen tedavisi uygulanmalı; ardından alevlenmenin yaşamı tehdit edip etmediği, semptomların şiddeti, arteriyel kan gazları, göğüs radyografisi ve gerekirse ek laboratuvar testleri ile durum değerlendirilmeli ve bu doğrultuda tedavi planı oluşturulmalıdır (81).

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

KOAH hastaların aktivitelere katılımlarını gerçekleştirmelerini engelleyerek fiziksel zayıflığa neden olur. Hemşire, hasta bakımında, hastanın karşılayamadığı ihtiyaçlarının karşılanmasında ve kendi ihtiyaçlarının karşılanmasında kişilere yardımcı olmalıdır (30). KOAH'ta hemşirelik bakımında önemli olan solunum fonksiyonlarını korumak, komplikasyonları önlemek, semptom kontrolünü ele almak, hastalığın yayılmasını yavaşlatmak, tedaviyi benimsetmek ve yaşam standardını

artırmak; hasta yakınlarını bilinçlendirmek, ailenin bakımda rol almasını sağlamaktır (82). Hastaların hemşirelik bakımında; Hava yolu açıklığının sağlanması, sigara içiliyorsa sigaranın bırakılmasının desteklenmesi, aktivite intoleransı ve anksiyetenin azaltılması, ilaç kullanım ve yan etkilerinin, beslenme ihtiyacı için nasıl besin alması gerektiği, uykunun düzenlenmesi gereken durumlarda hemşirelik uygulamaları yapılmalıdır (82).

### **3.9. Hastalığını Algılama**

Sağlığın sürdürülmesine, hastalıkların önlenmesine, tedaviye uyum sağlanmasına ve hasta eğitimine yönelik etkili müdahalelerin planlanması ve uygulanmasında sağlık ve hastalık kavramlarına ilişkin algıların ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesinin önemi her geçen gün artmaktadır (83). Bireylere hastalık teşhisi konulduğunda, çoğunlukla durumları hakkında bir inanç şekli geliştirirler. Geliştirilen bu inanç şekli, hastalıkla mücadele etme davranışlarının belirleyicisidir (84). Aynı hastalığa bireylerin tepskisi bilgi birikimlerinden, deneyimlerinden, manevi ve maddi değerlerinden, inançlarından ve kişisel ihtiyaçlarından dolayı farklı olabilmektedir (83, 85). Hastanın hastalıkla ilgili düşünceleri ve yorumlarını, hastalığı algılama ve değerlendirmelerini, gösterdiği tepkiler, hasta kişinin hastalıkla baş etme şeklini, psikolojik sıkıntıların gelişimini ve günlük yaşam kalite ve aktivitesini etkileyen bir faktördür (86). Hastalığı anlama, bireylerin mevcut hastalık sırasındaki deneyimlerini, hastalık sürecini, inançlarını, maddi ve manevi değerlerini, baş etme yöntemlerini ve psikopatolojisini doğrudan etkileyen bir kavramdır (15, 16). Geliştirilen bu hastalık oluşumları, kişinin hastalığa karşı duygusal tepkilerini ve aldığı tedaviye bağlılığını, uyumunu doğrudan etkiler (24, 84). Hastalığa ilişkin olumlu algıların psikolojik iyi oluş ile ilişkili olduğu ve kişilerin çalışma hayatına daha erken döndüğü bildirilmiştir. Olumsuz algılar ise daha fazla sakatlığa, daha yavaş iyileşmeye ve gelecekte çalışma hayatına dönüşün gecikmesine neden olmaktadır. Sağlık çalışanları, politikacı kişiler ve toplumun inançlarının da hissedilen engellerin azaltılmasında ve tedavinin kolaylaştırılmasında çok önemli rol oynamaktadır (88).

#### **3.9.1. Hastalık algısının bileşenleri**

Hastalardan kaynaklı, hastalık kimliği, nedensel inançlar, zamansal inançlar, kontrol ve tedavi hakkındaki inançlar ve sonuçlar olmak üzere beş hastalık algısı bileşeni vardır. Bunlar;

*Hastalığın Kimliği:* Hastalığın birey ve toplum tarafından nasıl algılandığı ile ilgilidir (89). Hastalık kimliği bileşenin gerekli kısmı, hasta kişinin hastalığın sebep olduğu semptomlara ilişkin görüşünün, mevcut durumun tedavisini sağlayan sağlık personelin durumundan çok farklı olabilmesidir (84).

*Nedensel İnanışlar:* Mevcut hastalık durumunun nedeni olduğuna inanılan durumlarla ilişkilidir (89). Günümüzde sık görülen hastalık sebepleri, modern yaşamın stresi veya kirliliği gibi düşünülen zararlı yönlerini belirtmektedir. Nedensel inançlar görülen bazı hastalıklar için önem arz etmektedir; çünkü hasta kişilerin buldukları durumu veya tedavilerini rasyonel bir şekilde düzenlemeleri için yaptıkları değişiklikleri ve tedavi türlerini etkileyebilir. Örnek verirsek, kalp krizi geçiren bir hasta, hastalığına sigara ve zararlı besinler gibi zararlı sağlık alışkanlıklarından oluştuğunu düşünürse, bu davranışlarını değiştirme şansı oldukça yükselir (90).

*Zamansal İnanışlar:* Kişinin hastalık halinin seyrine ilişkin algısını ifade eder (89). Hasta kişiler genellikle akut kronik değişen durumlar hakkında geçici inançlar benimserler. Geçici inançların uyuşturucu alımıyla önemli ilişkileri vardır. Akut hastalık paternleri olan hastaların ilaçlarını ve diğer tedavileri kronik paternleri olan hastalardan daha erken bırakma olasılığı daha fazladır (90).

*Kontrol ve Tedavi ile İlgili İnanışlar:* Kontrol ve tedaviye ilişkin inançlar, kişisel kontrol hakkındaki inançları, hastalığı kontrol etmeye yönelik kişisel yetenekleri ve hastalığın tedavisinde veya yönetiminde tedavinin etkinliğine ilişkin inançları yansıtır (89). Zamansal ve nedensel inançlar, hastalık durumu veyahut tedavisi hakkındaki durumlardan yakın ilişkilidir. Genellikle bu inanç, hastalığın kendini kontrol etmeye ne kadar eğilimli olduğu ve tedaviyle beraber iyi kontrol altına alınabileceğinden oluşur (84).

*Sonuçlar:* Hastalık algısının son bileşeni, hasta kişinin hastalığıyla ilişkilendirdiği durumlardır. Bireyin, durumunun veya hastalığının yaşamları ve davranışları üzerindeki etkileri kişi üzerindeki sonuçları doğurur (89).

### 3.10. KOAH ve Öfke

KOAH tanılı bireyler, hastalıkla baş etme sürecinde; tedavi sürecinin belirsizliği, nefes darlığına bağlı günlük aktivitelerde zorlanma, bağımlı yaşama zorlanma gibi nedenlerle yoğun stres altında kalabilmekte olup bu durum öfkenin ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır.

#### 3.10.1. Öfke kavramı

TDK'ya göre öfke; engel, yaralanma veya korkutma karşısında gösterilen saldırgan tepki, hiddet, kızgınlık, gazap anlamına gelmektedir (91). Başka bir tanıma göre ise öfke, insanların dışarıdan gelen bir şey veya birisi tarafından önemli bir kişisel hedefe ulaşmalarının engellenmesi veya kendilerine zarar verildiğini algıladıkları zaman ortaya çıkan temel bir duygudur (92). Genellikle bir tehdit veya saldırıya tepki olarak gelişen öfke duygusu (93) tüm insanlar tarafından deneyimlenen yaygın bir duygudur (94). Doğal ve sağlıklı olan bu duygu (95) insanoğlunun sahip olduğu en ilkel savunma mekanizmalarından biri olarak kabul edilmektedir (94). Kişiyi rahatsız eden bir duygu olan öfke (96) beraberinde getirdiği davranışların birey ve toplum için sorunlar yaratması nedeniyle istenmeyen bir durumdur (97).

Öfke duygusu, hafif tahrişten yoğun öfkeye kadar değişebilen bir aralıkta deneyimlenir (98). Bu aralıkta deneyimlenen öfke duygusu, bireyin sınırlarını karşı tarafa ifade etmesinden, şiddet ve saldırganlık boyutlarına ulaşabilmektedir (99). Öfke, kontrolsüz, aşırı yoğun ya da uygunsuz şekillerde dışa vurulduğunda bireyin sosyal ilişkilerini, psikolojik sağlığını ve genel işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilecek bir sorun hâline gelebilir (100). Öfke iki türe ayrılabilir: anlık durumlarda deneyimlenebilen durumluk öfke ve mizaç eğilimi olan sürekli öfke (101). *Sürekli öfke*, bireyin öfkeyi daha sık, yoğun ve daha uzun süreli deneyimleme eğilimini yansıtan bir kişilik boyutudur (102). *Durumluk öfke*, otonom sinir sisteminin aktivasyonu ile ilişkili hafif tahrişlik veya yoğun öfke olarak tanımlanmaktadır (103).

#### 3.10.2. Öfke uyaranları

Öfke, incinmenin, hak ihlallerinin, ihtiyaçların veya isteklerin gerektiği gibi karşılanmadığının veya işlerin istenilen gibi gitmediğinin önemli bir işaretidir (104). Bunun her zaman bir nedeni vardır ve bu nedene dikkat edilmelidir (104). Öfkenin nedenlerini açıklamak, doğasının karmaşıklığı göz önüne alındığında basit değildir (105). Öfke duygusunun ortaya çıkmasında içsel ve dışsal uyaranlar etkilidir (94, 106).

Öfkenin içsel uyarıları hem bilişsel hem de duygusal bir yapıya sahiptir (107) ve içsel uyarılar gerçekliğin gerçek dışı olarak algılanmasından kaynaklanabilir (94). Çatışma çözümü konusunda deneyimli bir uzman olan Loo'ya göre, öfke gibi içsel uyarılara neden olan dört tür düşünce yapısı vardır. Bunlar; (94, 106).

*1.Duygusal akıl yürütme:* Duygusal olarak akıl yürüten insanlar, kendilerine söylenen masum şeylerden bile sıklıkla rahatsız olurlar çünkü sıklıkla normal olayları ve diğer insanların söylediklerini kendi ihtiyaçlarına ve hedeflerine yönelik doğrudan tehditler olarak yanlış yorumlarlar. Bunları kendilerine yönelik saldırılar olarak algırlar.

*2.Düşük hayal kırıklığı toleransı:* Hayal kırıklığına karşı düşük tolerans, normal şeylerin bile tehdit olarak algılanmasına neden olur. Herkesin hayatının bir noktasında hayal kırıklığına karşı düşük tolerans deneyimlemesi kaçınılmazdır.

*3.Mantıksız beklentiler:* Bazı durumlarda, kişi durumun tam doğasını bilmeden gereksiz taleplerde bulunur. Bu noktada, işlerin istediği gibi gitmemesi veya başkalarının belirli bir şekilde davranmasını sağlayamamaları, kişinin öfkelenmesine ve hayal kırıklığına karşı toleransının azalmasına neden olur.

*4.İnsan değerlendirmesi:* Bu tür düşünce, diğer insanlara karşı aşağılayıcı etiketler kullanılmasını tetikler. Bu tür düşünce, insanların diğer insanlara kızmasını kolaylaştırır.

Öfkeyi tetikleyen dışsal olaylar şunlar olabilir; araya giren ve kışkırtıcı olaylar (örn. trafikte beklemek); başkalarının davranışları (örn. eleştirel, saygısız yorumlar); nesnelere (örn. çalışmayan bir bilgisayar); ve kişinin kendi davranışları ve özellikleri (örn. kaba bir yorum yapmak veya önemli bir toplantıyı kaçırmak) (107). Bazı durumlarda, öfkenin uyarısı yeni bir şey değil, yaşamda veya koşullarda daha genel bir şey veya kişiyi hala rahatsız eden geçmiş bir deneyimdir (96). Örneğin, bir kişi tekrarlayan bir şekilde geçmişteki kötü muameleyi, adaletsizliği veya tacizi düşündüğünde öfkesi artabilir (107). Böyle bir durumda, kişi çok küçük şeyler için aniden öfkelenmiş gibi görünebilir, ancak öfkenin gerçek nedeni daha eski ve yavaş ilerleyen bir durumdur (96).

### 3.10.3. Öfkenin kuramsal boyutu

Öfkeyi daha iyi anlamak için öfkenin temellerini bilmek çok önemlidir (108). Öfke duygusuna yönelik yaklaşımların 1900'lerin ortalarında başladığı görülmektedir (109). Öfkeye yönelik çeşitli teorik yaklaşımlar aşağıda özetlenmiştir.

*1.Psikanalitik Yaklaşım:* Psikanalitik yaklaşımda öfke duygusu saldırganlığın bir boyutu olarak ele alınmaktadır (109). Psikanalitik yaklaşımda saldırganlık davranışsal bir durumdan ziyade içgüdüsel bir dürtü veya dürtünün bir türevi olarak kabul edilmektedir (112). Ayrıca bu yaklaşımda öfke duygusunun işlevi daha çok katarsis (serbest bırakma) kavramı bağlamında açıklanmakta ve öfkenin ifade edilmesinin bireyde biriken enerjinin yarattığı gerginliğin azalmasına yol açacağı belirtilmektedir (109). Kişinin öfkesini ifade etmesi bilinçaltında var olan derin bir çatışmaya işaret ediyor olabilir (99).

*2.Bilişsel Davranışçı Yaklaşım:* Bu yaklaşıma göre, kişiyi öfkeliendiren durumlar, kişinin bu durumlara yüklediği anlamlarla ilişkilidir (99). Çoğunlukla fizyolojik, bilişsel, davranışsal ve duygusal yapının ortak bir sonucu olarak değerlendirilen öfke duygusu, bilişsel yaklaşımda kontrol edilmesi gereken bir duygu olarak tanımlanmaktadır (109). Bu yaklaşım, kişinin öfkeye neden olan durumu nasıl algıladığını anlamaya ve bu algıyı değiştirmeye yönelik stratejiler geliştirerek öfke ile başa çıkılabileceğini öne sürmektedir (99).

*3.Davranışçı Yaklaşım:* Bu yaklaşım, bazı mantıksız inançların, yani kurallara tahammülsüzlük, hayal kırıklığı ve tahammülsüz düşüncelerin öfkeye yol açtığını varsayar. Mantıksız inançların ve öfkenin pozitif korelasyonlu olduğu ve birlikte saldırganlığa yol açabileceği varsayılır (110).

*4.Sosyal Öğrenme Kuramı:* Bu yaklaşıma göre, kişi çevresinde gözlemlediği davranışları taklit ederek öğrenir (109). Bu noktadan yola çıkan Bandura, sosyal öğrenme kuramında saldırgan davranışın gözlem yoluyla öğrenildiğini vurgulamıştır. Bireyin gözlemlediği veya öğrendiği öfkeli davranışın ortaya çıkmasında, bireyin kendine ilişkin algısı, içinde bulunduğu durum ve diğer çevresel faktörler önemlidir (109). Bandura'ya göre saldırganlığın ve öfkeyle harekete geçilmesinin önemli bir kaynağı ailede modelleme ve pekiştirme (111).

*5.Varoluşçu-İnsancıl Yaklaşım:* Bu yaklaşımın öncülerinden Fritz Perls'e göre, kişi öfke de dahil olmak üzere tüm duygularının sonucu olarak ortaya çıkan durumların

sorumluluğunu almalıdır (99, 109). Bu yaklaşıma göre kişi aslında öfkeli ancak başkalarının kendisine yönelik eleştirel tutumlarını kabul etme sorumluluğunu almadığı için bu öfkeyi başkalarına yansıtır (99, 109).

*6.Engellenme Saldırganlık Kuramı:* Psikanalitik yaklaşıma dayanan bu yaklaşıma göre (109) kontrol edilemeyen öfke ve saldırganlığın temelinde engellenmişlik duygusu yatmaktadır (99).

#### **3.10.4. Öfke belirtileri**

Öfke, fiziksel, duygusal ve bilişsel bileşenlere sahip içsel bir deneyimdir. Ve bu deneyim aynı zamanda öfkeyi tetikleyen durumlara karşı davranışsal tepkileri de ortaya çıkarır (107).

*Fiziksel belirtiler:* Öfke durumunda sempatik sinir sistemi aktive olur (113). adrenalin ve noradrenalin düzeylerinde bir miktar artış görülür (106). Özellikle adrenalin salınımının artmasına bağlı olarak sıcak basması veya soğukluk hissi, ellerin titremesi, kan basıncının artması nedeniyle soluk veya kırmızı yüz, damarların belirginleşmesi, tüylerin diken diken olması (94), kaslarda gerginlik (94, 114), kalp atış hızında artış (96), solunum hızında artış, terleme (94, 96), kas seğirmesi ve mide bulantısı (96), kaş çatma, diş gıcırdatma, ağız kuruluğu, kontrol kaybı (99) gibi fiziksel belirtiler görülebilir (96). Bu fiziksel semptomlar kendiliğinden ortaya çıkabilir (99).

*Duygusal belirtiler:* Öfke hissedilmeden önce birincil bir duygu hissedilir ve bu birincil duygular çok yoğunlaştığında öfke ikincil bir duygu olarak ortaya çıkar (94). Birincil duygu korku, kızgınlık, saygısızlık, sıkışmış veya ezilmiş hissetme (94), üzüntü, çaresizlik, pişmanlık, kaygı, kıskançlık, hayal kırıklığı ve suçluluk olarak deneyimlenebilir (115). Ayrıca öfke bir kişinin acıyı fark etmesini engelleyebilir, onları daha güçlü ve hatta yenilmez hissettirebilir (96).

*Bilişsel belirtiler:* Kişinin geçmişte yaşadığı bazı zorlayıcı deneyimler, onlarda belirli kalıplar oluşturmalarına ve yeni deneyimleri nasıl yorumladıklarını etkilemesine neden olur. Örneğin, şiddet olaylarının yaşandığı bir ortamda büyüyen biri için öfke diğer duygulardan daha sık tetiklenebilir. Bunun nedeni, kişinin kendisi, diğer insanlar ve dış dünya hakkında geliştirdiği inançlar ve yorumlardır (115). Kişinin bu anlamda içinde bulunduğu koşulları olumsuz değerlendirmesi öfkeyi karakterize eder (114). Ayrıca, kişi öfkeli olduğunda düşünceleri hızlanabilir (95). ve öfke duygusu kişinin düşünmeden harekete geçmesine neden olabilir (96).

*Davranışsal belirtiler:* Öfkeli bir kişi, davranışsal olarak bir tür fiziksel veya sözlü saldırganlığa eğilimlidir (114). Davranışsal belirtiler, kişinin etrafındaki diğer kişiler tarafından gözlemlenen davranışları içerir (örneğin yumruk sıkma, ileri geri yürüme, kapıyı çarpma veya sesini yükseltme) (100).

### **3.10.5. Öfke ifade tarzları**

Öfke ifade tarzları, kişinin öfkeyle başa çıkma biçimi olan davranışsal boyutu ifade eder (116). Öfke ifade tarzları üç türe ayrılabilir: öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrolü (98, 116). *İçe dönük öfke*, yani öfkenin bastırılması; kişinin öfkesini bastırması ve kendine yöneltmesi anlamına gelir (98). Bunun yanında öfkenin kendisinin, öfkeyi tetikleyen durumla ilgili düşüncelerin ya da anıların inkar edilmesi de öfke bastırma davranışına örnektir (116). Öfkenin sürekli bastırılması durumunda kişide öfke patlamaları, fizyolojik, psikolojik, psikosomatik bozukluklar ya da kendine zarar verme davranışları görülebilir (99). *Dışa dönük öfke* ise fiziksel bir eylem, eleştiri, hakaret ya da sözlü tacizi içeren, başka bir kişiye ya da nesneye yönelik öfkenin saldırgan bir şekilde ifade edilmesidir (116). Öfke anında elbiselerini yırtmak ya da başını duvarlara vurmaya gibi davranışlar da öfkeye örnek olarak verilebilir (99). Öfke yönetimi, çatışma çözümü için bir stratejidir (116) öfkeyi yönetme ve kontrol etmeyi ifade eder (98). Öfke yönetimi, diğer kişinin haklarına ve duygularına saygı duyarak, saldırgan olmayan kelimeler kullanarak öfkeyi kontrol etme ve öfkeyi ifade etme çabası olarak tanımlanır (116). Öfke içe dönük olumsuz davranışsal ifadeler ve öfke dışa dönükken, öfke yönetimi uygun bir tepkidir (116). Öfke ifade tarzı, öfkenin bir kişinin düşüncelerini ve planlarını ne kadar bozduğuna, nasıl tepki vermeyi öğrendiklerine ve ayrıca ne yapmayı seçtiklerine bağlıdır (96). Öfke uyandıran durumlarda, insanlar benzersiz başa çıkma ve öfke ifade tarzları geliştirirler. Uyarlanabilir ve etkili başa çıkma ve ifade tarzları geliştiren bireylerin, öfke uyandıran durumları çözme olasılığı daha yüksektir (117). Ancak, insanlar öfkeyle başa çıkmak, öfkeyi daha olumlu kullanmak ve potansiyel olarak zararlı etkilerini fark edip önlemek için daha iyi stratejiler öğrenme yeteneğine sahiptir (96).

### **3.10.6. Öfke ile başa çıkma yöntemleri**

Öfke duygusunu tanımanın yanı sıra, onunla etkili bir şekilde başa çıkmak, öfkenin tırmanmasını durduran beceriler ve stratejiler geliştirmeyi gerektirir (100). Öfkeyle baş etmenin anahtarı, öfkelendiğinizde kendi duygusal ve fiziksel tepkilerinizi

tanımak, bunları azaltmak ve daha sonra kendiniz için sağlıklı olan ve başkalarına zarar vermeyen bir şekilde nasıl yanıt vereceğinizi öğrenmektir (97).

Öfkeyle başa çıkma stratejileri, kişinin öfke kontrolü ele geçirdiğinde ve kişi dürtüsel veya zarar verici davranışlarda bulunduğu anda onu yönetmesine yardımcı olan tekniklerden oluşur (96). Bu tekniklerden bazıları, harekete geçmeden önce durup düşünmenize yardımcı olmayı amaçlarken, diğerleri öfkeyle birlikte gelen adrenalin akışını kullanmayı ve dolayısıyla dağıtmayı amaçlar (96).

Öfkeyle başa çıkma yöntemleri, ihtiyaç duyan kişilere etraflarındaki kişilerin biyopsikososyal sağlıkları için potansiyel riskler hakkında bilgi vermek için yeterli bilgi ve başa çıkma becerileri sağlanan sosyopsikolojik ve davranış bilimlerinin önemli bir alanıdır (118). Öfkeyle başa çıkmak için kullanılan çeşitli yöntemler vardır (99). Buradaki temel fikir, birçok farklı stratejiyi deneyerek kişi için en iyi öfkeyle başa çıkma yöntemini bulmaktır (100). Öfkeyle başa çıkmak için kullanılan yöntemler aşağıda açıklanmıştır.

*Fiziksel aktivite:* Yürüyüşe çıkmak, spor salonunda egzersiz yapmak veya bir spora katılmak, öfkeyle zihinsel ve fiziksel olarak başa çıkmanıza yardımcı olabilir. Fiziksel aktivite, bir kişi öfkelendiğinde artan adrenalin seviyelerini azaltır (96) ve öfkeye neden olabilecek stresi en aza indirerek uzun vadede daha az öfkeli hissetmenize yardımcı olur (96).

*Gevşeme:* Derin nefes alma, rahatlatıcı yerler hayal etme (96, 97), nefes egzersizleri, meditasyon, hipnoz ve sakinleştirici bir kelimeyi tekrarlama (96) gibi araçlar öfke hissini yatıştırmaya yardımcı olabilir (97). Derin nefes almak vücut sistemini yavaşlatır ve kontrol edilemeyen duygu ve düşünceleri kontrol etmeye yardımcı olur (99). Bir kişi öfkelendiğinde otomatik olarak daha fazla nefes alır ve işin püf noktası nefes aldığından daha fazla nefes vermektir, bu öfkeli kişiyi sakinleştirir (96). Burundan hızlı bir nefes alıp ardından ağızdan yavaşça nefes vermek öfkenin yoğunluğunu ve fiziksel semptomlarını yavaşlatır (99). Nefes alırken “Rahatla” veya “Sakin ol” gibi ifadeler kullanmak, hafızadan veya hayal gücünden rahatlatıcı bir deneyim hayal etmek ve nazik, yavaş yoga benzeri egzersizler kasları gevşetmeye ve daha sakin hissetmenize yardımcı olabilir (97).

*Mizah kullanma:* Kişinin hayatta sürekli ciddi olma çabası ve her şeyi ciddiye alması gerginlik ve öfke duygularına neden olabilir (99). Bu noktada öfkeyi azaltmada büyük

rol oynayan mizahı kullanmak (96), öfkenin tam tersi bir aktivitedir (97). Kişiyi öfkeliendiren olaylara mizahi bir bakış açısıyla yaklaşmak hem kendisini hem de karşı tarafı rahatlatır (99). Ancak her bireyin mizah anlayışı farklı olduğu için (99), karşıdaki kişi hala öfkeliyse incitici olabilecek alaycılıktan veya yanlış yorumlanabilecek hakaretlerden kaçınmak gerekir (96).

*Sayma:* Saymak, kişiye öfkeliendikten sonra sakinleşmek için zaman tanır, böylece kişi daha net düşünebilir ve düşünmeden hareket etme dürtüsünden kaçınabilir (96).

*Çevreyi değiştirme:* Bu yöntem, öfkeyi tetikleyen durumu değiştirmek için molalar vermek, stresli durumlarda kişisel zamanı ayarlamak, birkaç dakika sessiz kalmak, öfke uyandıran durumları önlemek için bazı kurallar koymak ve daha iyi başa çıkma yöntemleri için kendini kontrol etmekle ilgilidir (97). Kişinin kendisini öfkeliendiren bir durum veya olaya karşı önerilen diğer teknikleri denedikten sonra sonuç alamadığı durumlarda, içinde bulunduğu ortamı veya çevreyi değiştirmek için bu tekniği kullanması yararlı olabilir (99).

*Etkili iletişim kurma:* İletişim becerileri, başkalarına karşı öfkeyi tetikleyen başlıca faktörlerden biridir (97). Karşı tarafı etkili bir şekilde dinlemek, empati kurmak ve daha az konuşmak öfkenin yoğunluğunu azaltır (99).

*Doğru zamanlama:* Bir duruma öfkeyle tepki vermeden önce durun ve ne olduğunu ve daha olumlu nasıl yanıt verebileceğinizi düşünün. Birkaç dakikalık sessiz zaman, çözümler bulmaya daha hazır hissetmenize yardımcı olabilir (96). İletişimde doğru zamanlama birçok çatışmayı ve öfkeli davranışı önleyebilir (99).

*Problem çözme:* Öfke, bir şeyin çözülmesi gerektiği anlamına gelir (96). Problem çözmeyi kullanmak, öfkeye neden olan sorunları, olayın neden öfkeyi tetiklediğini ve sorunun kaynaklarını analiz etmede yardımcı olabilir (99). Üzücü veya yanlış olana odaklanmak yerine, çözümlere odaklanmak gerekir (96). Çeşitli tipte problem çözme becerileri gereklidir çünkü bu sorunlar genellikle hayal kırıklığına ve öfkeye neden olur (97).

*Bilişsel davranışçı yaklaşım:* Bilişsel davranışçı yaklaşım, bireylerin algılanan tehditlere veya kışkırtmalara karşı bilişsel, davranışsal ve fizyolojik tepkilerini belirlemelerine ve yönetmelerine yardımcı olmayı amaçlayan bir öfkeyle başa çıkma yaklaşımıdır. Bu yöntemde, kişinin öz farkındalığı artırılır ve kişi öfke tetikleyicileri, öfke deneyimi, öfke ifadesi ve sonuçları konusunda daha bilinçli hale getirilir (107).

Ayrıca, kişinin durumuna daha fazla veya farklı alternatifler düşünmesinin önündeki engelleri görmesine yardımcı olunur. Danışanın bu sorunlara ilişkin farkındalığı arttıkça, başa çıkma becerileri gelişir (107). Amerikan Psikoloji Derneği (APA), öfkeyle başa çıkmak için bir dizi yöntem sunmuştur; bunlar arasında duyguların patlayıcı ifadelerinden kaçınmak, gevşeme tekniklerini kullanmak, bilişsel yeniden yapılandırma, iletişim becerileri geliştirmek, çevreyi değiştirmek, mizah kullanmak, öfkeyi tetikleyen faktörlerden kaçınmak, ortaya çıkan sorunları çözmek için alternatif yollar bulmak ve doğru sorun çözme stratejilerini kullanmak yer almaktadır. Bu yöntemlerin hepsi genel stratejilerdir ve APA genellikle orta ila şiddetli öfke deneyimleri için profesyonel danışmanlık almayı önermiştir (118).

### **3.10.7. Öfke ile başa çıkmada hemşirenin rolü**

Öfkeyle başa çıkma, bir toplum ruh sağlığı hizmetidir. Hemşirenin rolü, öfke yaşayan bireyin bakımına yapılandırılmış bir yaklaşım uygulamaktır. Birey, artan talepler, sinirlilik, kaş çatma, yüz kızarıklığı, elleri esnetme veya yumrukları sıkma ve açma ve konuşma hızı ve sesinde artış/yavaşlama yaşayabilir. Bireydeki bu tipik değişiklikler ele alınmalıdır (119). Bu noktada, hemşirenin etkili bir tanı koymasına ve harekete geçmesi çok önemlidir (113). Bireyin ilk ve devam eden değerlendirmesi, sorunlar saldırganlığa dönüşmeden önce ortaya çıkarabilir. Bu tür bir değerlendirme aynı zamanda doğrudan uygun hemşirelik tanısına ve müdahalesine yol açar (119). Öfke ve saldırganlık birincil sorunlar olduğunda, öfkenin yoğunluğunu azaltmak birincil hemşirelik müdahalesidir. Hastaların ve personelin güvenliğini sağlamak için izolasyon, kısıtlama veya gerginliği azaltmak için farmakolojik yöntemler gerekli olabilir (119). Hastanın düşüncelerini, ruh halini, fiziksel tepkilerini, davranışlarını ve çevresel uyaranları anlamasına yardımcı olan bilişsel ve davranışsal müdahaleler bir sonraki adımdır. Bireyin kontrol kaybı yaşayabileceği durumlarda egzersiz, yürüyüş, nefes egzersizleri, okuma, çizim, film izleme, sosyal çevre ile iletişim kurma, müzik dinleme, dua etme ve meditasyon gibi çeşitli gerçekçi ve kişiselleştirilmiş teknikler önerilebilir (113). Hasta öfkesiyle başa çıkmak hemşireler için zorlu bir görevdir. Öfke hemşireye yöneltildiğinde, etkili hemşirelik müdahalesi daha da zorlaşır (119, 120). Hemşireler sağlık hizmeti sunarken öfke gibi olumsuz duygular da yaşayabilirler. Bu öfkenin uygunsuz bir şekilde ifade edilmesi fiziksel ve fizyolojik refahı olumsuz

etkileyebilir ve kaliteli hasta bakımı sağlanmasını engelleyebilir (98). Ayrıca hemşireler, ağır iş yükleri ve bakımlarını alan bireylerin çeşitli duygusal talepleri nedeniyle yüksek stres yaşarlar (101). Sürekli ve tekrarlayan stres öfkeye yol açabilir. Öfke, stresli durumlarda bireyi korumak için savunma mekanizmalarını harekete geçiren doğal bir duygudur (116). Bu anlamda klinik ortamların öfke patlamalarının ve agresif davranış/eylemlerin görülebileceği alanlar olduğu söylenebilir. Bu eylemlerin oranını azaltmanın en iyi yolu sağlık personelinin bu konuda eğitilmesidir (118).



## **4. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **4.1. Araştırmanın Amacı ve Türü**

Bu Araştırmanın amacı Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tanılı hastalarda hastalık algısı ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

### **4.2. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **4.2.1. Karıştırıcı/Kontrol değişkenler**

Çalışmanın karıştırıcı/kontrol değişkenlerini yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, çocuk sayısı, meslek, çalışma durumu, aile yapısı, ekonomik durum algısı, sosyal güvence varlığı ve ailede KOAH öyküsü, hastane yatışı, yatışların toplam sayısı, yatış süresi, sosyal destek durumu, öfke kontrolü için destek öyküsü, ne kadar süredir aldığı ve öfke kontrolü için alınan desteğe yanıtı olarak belirlendi.

#### **4.2.2. Bağımsız değişkenler**

Bu çalışmanın bağımsız değişkenleri; hastaların Hastalık Algısı Ölçeği'nden aldığı puanlar olarak belirlendi.

#### **4.2.3. Bağımlı değişkenler**

Bu çalışmanın bağımlı değişkenleri; hastaların Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzları Ölçeği'nden (SÖÖTÖ) aldığı puanlar olarak belirlendi.

### **4.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Çalışma 10 Ekim 2023- 11 Temmuz 2025 tarihleri arasında Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi Göğüs Yoğun Bakım Servisi, Genel Yoğun Bakım Servisi ve göğüs servisi olmak üzere 3 klinikte, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ise Göğüs Hastalıkları 1 Servisi ve Göğüs Hastalıkları 2 Servisinde yapıldı. Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi Göğüs Yoğun Bakım Servisi 5 yataklı olup aylık ortalama 14 KOAH hastası tedavi görmekte ve mesai saatlerinde 2 hemşire, 1 klinik destek personeli ve 1 doktor olmak üzere 4 personel görev almaktadır. Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi Genel Yoğun Bakım Servisinde 12 yatak olup aylık ortalama 10 KOAH hastası tedavi görmekte ve mesai saatlerinde 6 hemşire 2 klinik destek personeli ve 1 anestezi uzmanı olmak üzere 9 personel görev almaktadır. Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde 16

yataklı olup aylık ortalama 20 KOAH hastası tedavi görmekte ve mesai saatlerinde 3 hemşire ve 5 doktor olmak üzere 8 personel görev almaktadır. Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ise Göğüs Hastalıkları 1 Servisi 20 yataklı olup aylık ortalama 30 KOAH hastası tedavi görmekte ve mesai saatlerinde 5 hemşire 4 doktor olmak üzere 9 personel, Göğüs Hastalıkları 2 Servisinde de 20 yatak bulunmakta olup aylık ortalama 10 KOAH hastası tedavi görmekte ve 5 hemşire ve 4 doktor görev almaktadır. Bu hastanelerin Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım, Genel Yoğun Bakım ve Göğüs Servislerinde Poliklinik ve Acil Servislerden hasta yatışı yapılmaktadır. Bu hastanelerin seçilmesinde araştırmacının KOAH tanılı bireylere erişebilmesi ve ekibin iş birliği göz önünde bulundurulmuştur.

#### **4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Bu çalışmanın evrenini, 10 Ekim 2023- 11 Temmuz 2025 tarihleri arasında Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi ile Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bulunan bireyler oluşturmaktadır. Göğüs Hastalıkları Poliklinikleri, Göğüs Hastalıkları Klinikleri ve Genel Yoğun Bakım Servisleri'ne başvuran ve yatan KOAH tanılı hastalar oluşturdu. Bu çalışmada amaçlı örneklem yöntemi kullanıldı.

##### **4.4.1. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri**

- 18 yaş ve üzeri olan,
- KOAH tanısı konulmuş olan,
- İşitme, anlama ve görme sorunları olmayan
- İletişime açık olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul edenlerdir.

##### **4.4.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri**

- DSM-V'e göre herhangi bir ağır psikiyatrik bozukluk tanısı konulan,
- Daha önce herhangi bir öfke kontrol terapi desteği alan,

#### **4.5. Veri Toplama Araçları**

Çalışmada verilerin toplanma sürecinde; literatür incelenerek, araştırmacıların geliştirmiş olduğu Katılımcı Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği ve Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzları Ölçeği (SÖÖTÖ) kullanıldı.

#### 4.5.1. Katılımcı bilgi formu

Bu form araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen, bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durum, aile tipi, ekonomik durum gibi kişisel ve ailede koah hastalığı öyküsü, hastane yatışı, yatışların toplam sayısı, yatış süresi, sosyal destek durumu, öfke kontrolü için destek öyküsü, ne kadar süredir aldığı ve öfke kontrolü için alınan desteğe yanıtı gibi hastalığa özgü bilgileri içeren toplam 18 sorudan oluşan bir formdur (EK-1).

#### 4.5.2. Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği

Spielberger ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilen ölçek, 1994 yılında Özer tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (121). Ergen ve yetişkin bireyler üzerinde uygulanabilen bu ölçek, “Sürekli Öfke” ve “Öfke İfade Tarzı” olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Sürekli öfke alt ölçeğinde 10 madde, öfke ifade tarzı alt ölçeğinde ise 24 madde yer almaktadır. Tüm maddeler aynı yönde düzenlenmiş olup, ölçek 4’lü Likert tipi ile puanlanmaktadır: “Hemen Hiçbir Zaman” (1), “Bazen” (2), “Çoğu Zaman” (3) ve “Hemen Her Zaman” (4). Sürekli öfke düzeyi ile öfke ifade tarzları ayrı ayrı değerlendirilmekte; ilk 10 madde Sürekli Öfke düzeyini ölçmekte ve bu alt ölçekten 10 ile 40 arasında puan alınabilmektedir. Ölçeğin 24 maddesi ise Öfke İfade Tarzını ölçmekte ve “içe yönelik öfke” (13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31. maddeleri), “dışa yönelik öfke” (12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33. maddeleri) ve “öfke kontrolü” (11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34. maddeleri) olarak 3 bölümden oluşmaktadır. Her bölüm 8 madde içermektedir. Bu ölçekteki sekiz maddelik her boyuttan 8-32 arasında puan elde edilmektedir. Ölçekten toplam bir puan elde edilemeyip her bir alt ölçek için ayrı bir puan elde edilmektedir. Sürekli Öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puan, sürekli öfke düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Dışa yönelik öfke bölümünden alınan yüksek puan öfkenin kolayca ifade ediliyor olduğunu, İçe yönelik öfke bölümünden alınan yüksek puan öfkenin bastırılmış olduğunu, Öfke kontrolü bölümünden alınan yüksek puan ise öfkenin kontrol edilebildiğini göstermektedir. Cronbach’s  $\alpha$  değeri Sürekli Öfke ölçeği için .67 ile .82 arasında değişmektedir. Öfke İfade Tarzı ölçeği için ise “öfke kontrolü” boyutu için .80 ile .86, “öfke dışa vurumu” boyutu için .72 ile .83 ve “öfke içe vurumu” boyutu için .60 ile .73 arasında değişmektedir (121). Bu çalışmada SÖÖİTÖ toplam puan için Cronbach alfa katsayısı

0.55, sürekli öfke alt ölçeği için 0.71, öfke ifade tarzları alt ölçeği için 0.32 bulundu (EK-3).

#### **4.5.3. Hastalık algısı ölçeği**

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ), ilk olarak 1996 yılında Weinman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek, kanserden kalp hastalıklarına, kronik akciğer hastalıklarından diyabete kadar birçok hastalık türünde kullanılmaktadır. 2002 yılında Moss-Morris ve arkadaşları, ölçeğin bazı boyutlarında geliştirilmesi gereken alanları tespit etmiş ve ölçeği yeniden düzenleyerek güncellemişlerdir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında HAÖ'nin birinci boyutunun iç tutarlılığı Kuder Ricardson ve korelasyon katsayıları ile değerlendirildiğinde iç tutarlılık katsayısı 0.89 olarak saptanmıştır. İkinci boyutun iç tutarlılık güvenilirliğini belirlemek için Cronbach Alfa değeri test edildiğinde 0.69-0.77 arasında değiştiği ve yeterli düzeyde olduğu bulunmuştur (85). Ölçek; "hastalık belirtileri", "hastalık algısı" ve "hastalık nedenleri" olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Hastalık belirtileri bölümünde, 14 belirti bulunmaktadır ve katılımcılardan bu belirtileri iki aşamada değerlendirmesi istenmektedir. Katılımcılardan ilk aşamada "hastalık süresince bu belirtileri yaşayıp yaşamadıklarına", ikinci aşamada ise, "bu belirtilerin hastalıkları ile ilgili olup olmadığına" dair soruları evet/hayır biçiminde yanıtlamaları istenmektedir. Hastalık belirtileri kısmında hastanın ikinci aşamada vermiş olduğu evet cevaplarının sayısı toplam puanı belirtmektedir. Hastalık algısı bölümü, 38 maddeden oluşan beşli likert tipi bir değerlendirmedir. Bu bölümde "Süre (Akut/Kronik)", "Süre (Döngüsel)", "Sonuçlar", "Kişisel Kontrol", "Tedavi Kontrolü", "Hastalık Tutarlılığı" ve "Duygusal Temsiller" şeklinde 7 alt ölçek boyutu bulunmaktadır. Bu alt ölçeklerden; Ölçekte yer alan 1, 2, 3, 4, 5 ve 18. maddeler süreyi (akut/kronik) alt boyutunu temsil etmektedir. Hastaların hastalık süresi ile alakalı ne düşündüğünü ifade eder. Bu alt boyutta yüksek puan alınması, hastalığın kronik olduğunun düşünüldüğünü göstermektedir. Süre (döngüsel) alt boyutunu 29, 30, 31 ve 32. maddeler temsil etmektedir. Bu alt boyuttan yüksek puan alınması hastalığın dönemlere göre ortaya çıktığını düşünüldüğünü göstermektedir. Sonuçlar alt boyutunu 6, 7, 8, 9, 10 ve 11. maddeler temsil etmektedir. Sonuçlar alt ölçeği, bireylerin hastalıklarının şiddeti ile bu hastalığın fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevsellik üzerindeki olası etkilerine ilişkin inançlarını değerlendirmektedir. Bu boyuttan elde edilen yüksek puanlar, bireyin hastalığının

ciddi sonuçlara yol açabileceğini düşündüğünü göstermektedir. Kişisel kontrol alt boyutu; 12, 13, 14, 15, 16 ve 17. maddelerle ölçülmekte olup, bireyin hastalığın süreci, seyri ve tedavisi üzerindeki kontrol algısını yansıtmaktadır. Bu boyuttan yüksek puan alınması, bireyin hastalığını ve tedavi sürecini kontrol edebildiğine dair olumlu bir inanç taşıdığını göstermektedir. Tedavi kontrol alt boyutu ise 19, 20, 21, 22 ve 23. maddelerle temsil edilmekte ve bireylerin uygulanan tedavinin etkili olduğuna yönelik inançlarını yansıtmaktadır. Alınan puanın yüksek olması bireyin hastalığın tedavi ile kontrol altında tutulabileceğini, tedavi edilebileceğini düşündüğünü göstermektedir. Hastalığı anlayabilme boyutunu 24, 25, 26, 27 ve 28. Maddeler temsil etmektedir. Bu boyuttaki sorularla hastaların hastalığı ne kadar anlayabildiğini ölçmektedir. Duygusal temsiller boyutu 33, 34, 35, 36, 37 ve 38. maddeler ile ölçülmektedir. Duygusal temsil boyutu kişinin hastalığı ile ilgili neler hissettiğini araştırmaktadır. Ölçekte yer alan 1, 4, 8, 15, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 27 ve 36. maddeler ters, geri kalan maddeler ise düz kodlanan maddelerdir (122). Bunun yanında nedenler bölümü, 5'li likert, 4 alt ölçekli 18 maddeden oluşmaktadır: psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık ve kaza veya şansır. Nedenler bölümünün sonunda, niteliksel değerlendirme için kişiden kendi hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir (85). Bu çalışmada HAÖ belirtiler alt ölçeği toplam puanı için Kuder Richardson katsayısını 0.11; hastalık algısı alt ölçeği için Cronbach alfa katsayısı 0.52, nedenler alt ölçeği Cronbach alfa katsayısı ise 0.13 bulundu (EK- 2).

#### **4.6. Verilerin Toplanması**

Araştırmada verilerin toplanmasında Katılımcı Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği ve Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzları Ölçeği (SÖÖTÖ) kullanılmıştır. Veriler, 10 Ekim 2023 - 11 Temmuz 2025 tarihleri arasında KOAH tanısı konmuş hastalara Göğüs Hastalıkları Poliklinikleri, Göğüs Hastalıkları Klinik Servisleri ve Genel Yoğun Bakım Üniteleri aracılığıyla ulaştırılmasıyla elde edilmiştir. Veriler, hemşire olarak görev yapan araştırmacı tarafından nöbet dışı günlerde yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Her bir bireysel görüşme yaklaşık 20–30 dakika sürmüştür; anket ve ölçeklerdeki sorular, katılımcılar tarafından doğrudan yanıtlanmıştır. Ancak, araştırmacıdan destek isteyen bireyler için sorular araştırmacı tarafından okunmuş, yanıtlar doğrultusunda işaretlemeler gerçekleştirilmiştir.

#### **4.7. Verilerin Analizi**

Araştırma verileri SPSS 25.00 programında analiz edildi. Tanımlayıcı verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Ölçek puanlarının ve sayısal değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği Kurtosis ve Skewness (-1.96/ 1.96) ile incelendi. HAÖ alt ölçekleri normal dağılım gösterirken, hastaneye toplam yatış sayısı ile SÖÖİTÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının normal dağılım göstermediği belirlendi. Bu nedenle sayısal değişkenler ile ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki ve ölçekler arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi. Ölçeklerin sosyodemografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında, gruptaki kişi sayısının  $n < 30$  olması nedeniyle ikili değişkenler için nonparametrik testlerden Mann Whitney U, üçlü değişkenler için Kruskal Wallis testi kullanıldı. HAÖ algı ve nedenler alt ölçeği ile, SÖÖİTÖ toplam ve alt puan ölçekleri iç tutarlılığının incelenmesinde Cronbach's  $\alpha$  katsayısı, HAÖ belirtiler alt ölçeği dikhotom olması nedeniyle iç tutarlılığının incelenmesinde Kuder Richardson 20 analizi kullanıldı. Tüm bulgular  $p < 0.05$  anlamlılık düzeyinde incelendi.

#### **4.8. Araştırmanın Etik Yönü**

Bu çalışmada Helsinki Bildirgesi ilkelerine sadık kalınmıştır. Etik izin, Dicle Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan alınmıştır (06.10.2023 tarihli, 217 sayılı karar) (EK-4). Ayrıca, Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli yasal izin temin edilmiştir (17.01.2024 tarihli, E-90410089-799-234254034 sayılı belge) (EK-5). Kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliğini sağlayan araştırmacılardan e-posta yoluyla gerekli izinler alınmıştır (EK-6). Çalışmaya katılacak bireylere önce araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, ardından Helsinki Deklarasyonu ilkeleri doğrultusunda hazırlanan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu kullanılarak hem sözlü hem de yazılı onamları alınmıştır. Yazılı onam vermeyen katılımcılardan yalnızca sözlü onam alınarak gönüllülük esasına dayalı katılım sağlanmıştır. (EK- 6).

#### **4.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri**

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlardan ilki, katılımcıların bir kısmının öz bildirim temelli ölçekleri çeşitli nedenlerle araştırmacının yardımıyla doldurmuş olmalarıdır. Bu çalışmanın ikinci sınırlılığı örneklem hedefine ulaşılması adına hem yoğun bakım servislerinden hem de klinim servislerinden hastaların

çalışmaya dahil edilmesidir. Bununla birlikte, çalışmanın güçlü yönü, konuyla ilgili literatürde yer alan sınırlı sayıdaki araştırmadan biri olmasıdır.



## 5. BULGULAR

Tablo 4. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (n= 101)

Özellikler	Ortalama (SS)	Minimum-Maksimum
<b>Yaş</b>	61,20 (9,78)	35-85
<b>Cinsiyet</b>	<b>n (%)</b>	
Kadın	17 (16,8)	
Erkek	84 (83,2)	
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	85 (84,2)	
Bekar	16 (15,8)	
<b>Çocuk Sayısı</b>	5,22 (2,18)	0-11
<b>Eğitim</b>		
Okuryazar değil	15 (14,9)	
Okuryazar	28 (27,7)	
İlköğretim	40 (39,6)	
Lise ve üzeri	15 (14,9)	
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	18 (17,8)	
Çalışmıyor	83 (82,2)	
<b>Gelir Düzeyi</b>		
İyi	6 (5,9)	
Orta	37 (36,6)	
Kötü	58 (57,4)	
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	81 (80,2)	
Yok	20 (19,8)	
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>	<b>n (%)</b>	
Yalnız	6 (5,9)	
Eş ve/veya Çocuklar/Ebeveyn	81 (80,2)	
Diğer/diğer bir yakını ile	14 (13,9)	
<b>Ailede KOAH öyküsü</b>		
Var	74 (73,3)	
Yok	27 (26,7)	
<b>Evre</b>		
Evre 1	6 (5,9)	
Evre 2	23 (22,8)	
Evre 3	53 (52,5)	
Evre 4	19 (18,8)	
<b>Toplam Yatış Sayısı</b>	6,00 (5,06)	1-34
<b>Yatış Süresi</b>	6,03 (2,67)	1-15

<b>Sosyal Destek Varlığı*</b>		
Yok	31 (30,7)	
Aile Üyeleri	68 (67,3)	
Arkadaş	38 (37,6)	
<b>Öfke Kontrolü İçin Destek Alma</b>		
Var	-	
Yok	101 (100)	

**SS: Standart Sapma**

**\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.**

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik değişkenleri Tablo 1 'de verildi. Hastaların yaş ortalaması 61,20 (9,78), %83,7'si erkek ve %84,2'si evliydi. Ortalama 5,22 (2,18) çocuğu olan hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde %39,6'sının ilköğretim mezunu olduğu belirlendi. Hastaların %82,2'sinin gelir getiren bir işte çalışmadığı, bunların %33,7'sinin emekli olduğu bulundu. Çalışan hastaların meslekleri incelendiğinde sırasıyla serbest meslek icra ettiği, kamu çalışanı olduğu ya da ticaret ile ilgilendikleri belirlendi. Ekonomik durumlarını hastaların %57,4'ünün kötü algıladığı, %80,2'sinin sosyal güvencesi olduğu, %80,2'sinin eş ve/veya çocukları ya da ebeveynleri ile birlikte yaşadığı saptandı. Hastaların %73,3'ünün ailesinde KOAH öyküsü olduğu, %52,5'inin KOAH evresinin evre 3 olduğu belirlendi. Hastaların %91,1'inin daha önce hastaneye yattıkları, ortalama hastaneye yatış sayısının 6,00 (5,06) ve yatış süresi 6,03 (2,67) gün. olduğu bulundu. Hastaların sosyal destek kaynakları incelendiğinde %30,7'si sosyal desteği olmadığını ifade ederken, %67,3'ü ailelerinin ve %37,6'sının arkadaşlarının sosyal destek olduklarını belirttiler. Öfke kontrolü incelendiğinde hastaların tamamının öfke kontrolü olmadığı, ancak bu konu ile ilgili hiç destek almadıkları saptandı.

**Tablo 5.** Katılımcıların Hastalık Algısı Ölçeği ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Puan Ortalamaları

<b>Ölçekler</b>		
<b>Hastalık Algısı Ölçeği</b>	<b>Ortalama (SS)</b>	<b>Minimum-Maksimum</b>
Hastalık Belirtileri	42,42 (3,71)	33-50
Hastalık Algısı	122,58 (9,50)	102-154
Hastalık Nedenleri	56,09 (3,64)	46-65
<b>Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği</b>	71,40 (4,61)	53-82
Sürekli Öfke Alt Ölçeği	18,58 (2,89)	10-26
Öfke İfade Tarzı Ölçeği	52.82 (3.15)	37-59

Hastaların ölçek ve alt ölçek puanları Tablo 2’de gösterildi. Ölçek puanlarından Sürekli Öfke İfade ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının normal dağılım göstermediği belirlendi.

**Tablo 6.** Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre HAÖ Puanlarının Dağılımı

Özellikler	Ortalama (SS)	Belirtiler	Algı	Nedenler
<b>Yaş</b>	61,20 (9,78)	r: 0,15 p: 0,11	r: 0,64 p: 0,52	r: 0,09 p: 0,33
<b>Cinsiyet</b>	<b>n (%)</b>			
Kadın	17 (16,8)	Z: -0,30	Z: -0,57	Z: -1,55
Erkek	84 (83,2)	p: 0,76	p: 0,56	p: 0,12
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	85 (84,2)	Z: -1,01	Z: -1,37	Z: -0,34
Bekar	16 (15,8)	p: 0,31	p: 0,17	p: 0,72
<b>Çocuk Sayısı</b>	5,22 (2,18)	<b>r: 0,23*</b> <b>p: 0,02</b>	r: 0,09 p: 0,32	r: 0,45 p: 0,65
<b>Eğitim</b>				
Okuryazar değil <sup>1</sup>	15 (14,9)	X <sup>2</sup> : 3,15	X <sup>2</sup> : 0,26	X <sup>2</sup> : 5,19
Okuryazar <sup>2</sup>	28 (27,7)	p: 0,07	p: 0,60	p: 0,02
İlköğretim <sup>3</sup>	40 (39,6)			3>1
Lise ve üzeri <sup>4</sup>	15 (14,9)			
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	18 (17,8)	Z: -0,30	Z: -0,30	Z: -0,30
Çalışmıyor	83 (82,2)	p: 0,76	p: 0,76	p: 0,76
<b>Gelir Düzeyi</b>				
İyi	6 (5,9)	X <sup>2</sup> : 5,81	X <sup>2</sup> : 1,25	X <sup>2</sup> : 0,59
Orta	37 (36,6)	p: 0,05	p: 0,53	p: 0,74
Kötü	58 (57,4)			
<b>Sosyal Güvence</b>				
Var	81 (80,2)	Z: -0,17	Z: -1,86	Z: -0,68
Yok	20 (19,8)	p: 0,86	p: 0,06	p: 0,49
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>	<b>n (%)</b>			
Yalnız	6 (5,9)	X <sup>2</sup> : 1,90	X <sup>2</sup> : 0,50	X <sup>2</sup> : 3,56
Eş ve/veya Çocuklar/Ebeveyn	81 (80,2)	p: 0,16	p: 0,47	p: 0,05
Diğer/diğer bir yakını ile	14 (13,9)			
<b>Ailede KOAH öyküsü</b>				
Var	74 (73,3)	<b>Z:-2,39</b>	Z: -1,64	Z: -1,34
Yok	27 (26,7)	<b>p: 0,01</b> <b>1&gt;2</b>	p: 0,10	p: 0,17
<b>Evre</b>				
Evre 1	6 (5,9)	X <sup>2</sup> : 3,09	X <sup>2</sup> : 2,37	X <sup>2</sup> : 7,52
Evre 2	23 (22,8)	p: 0,37	p: 0,49	p: 0,05
Evre 3	53 (52,5)			
Evre 4	19 (18,8)			

<b>Toplam Yatış Sayısı</b>	6,00 (5,06)	<b>r: 0,20*</b> <b>p: 0,04</b>	r: 0,01 p: 0,92	<b>r: 0,19*</b> <b>p: 0,04</b>
<b>Yatış Süresi</b>	6,03 (2,67)	r: 0,01 p: 0,88	r: 0,06 p: 0,54	r: 0,06 p: 0,54
<b>Sosyal Destek Varlığı*</b>	<b>n (%)</b>			
Yok	31 (30,7)	Z: 1,84	Z: 1,52	Z: 0,42
Var	70 (69,3)	p: 0,17	p: 0,21	p: 0,51

**SS: Standart Sapma**

**Z: Mann Whitney U testi**

**X<sup>2</sup>: Kruskal Wallis**

**\*Korelasyon p: 0,05 düzeyinde anlamlıdır.**

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre HAÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 3'te verildi. Hastaların sosyodemografik özellikleri bakımından HAÖ alt ölçekleri karşılaştırıldığında, belirtiler alt ölçeği ve çocuk sayısı ile belirtiler alt ölçeği ve toplam yatış sayısı arasında pozitif ve çok zayıf istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı. Ailede KOAH öyküsü olanların olmayanlara göre belirtiler alt ölçek puanları anlamlı şekilde yüksekti. Algı alt ölçeği puan ortalamasının değişkenlere göre anlamlı şekilde değişmediği belirlendi. Nedenler alt ölçeği puan ortalamasının eğitim düzeyine göre değiştiği, ilköğretim mezunu olanların okuryazar olmayanlara göre nedenler alt ölçeği toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı. Ayrıca toplam yatış sayısı ile nedenler alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ve zayıf korelasyon saptandı.

**Tablo 7.** Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile SÖÖİTÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler	Ortalama (SS)	SÖÖİTÖ	SÖ	ÖİT
<b>Yaş</b>	61,20 (9,78)	r: -0,02 p: 0,77	r: -0,06 p: 0,55	r: -0,09 p: 0,36
<b>Cinsiyet</b>	<b>n (%)</b>			
Kadın	17 (16,8)	Z: -0,19	Z: -0,03	Z: -0,48
Erkek	84 (83,2)	p: 0,84	p: 0,97	p: 0,62
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	85 (84,2)	Z: -0,02	Z: -0,83	Z: -0,25
Bekar	16 (15,8)	p: 0,97	p: 0,40	p: 0,80
<b>Çocuk Sayısı</b>	5,22 (2,18)	r: 0,01 p: 0,98	r: -0,09 p: 0,35	r: -0,06 p: 0,53
<b>Eğitim</b>				
Okuryazar değil <sup>1</sup>	15 (14,9)	X <sup>2</sup> : 0,77	X <sup>2</sup> : 1,80	X <sup>2</sup> : 0,75
Okuryazar <sup>2</sup>	28 (27,7)	p: 0,7	p: 0,17	p: 0,38
İlköğretim <sup>3</sup>	40 (39,6)			
Lise ve üzeri <sup>4</sup>	15 (14,9)			
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	18 (17,8)	Z: -0,22	Z: -0,94	Z: -0,04
Çalışmıyor	83 (82,2)	p: 0,98	p: 0,34	p: 0,96
<b>Gelir Düzeyi</b>				
İyi	6 (5,9)	X <sup>2</sup> : 0,38	X <sup>2</sup> : 0,03	X <sup>2</sup> : 0,13
Orta	37 (36,6)	p: 0,82	p: 0,99	p: 0,93
Kötü	58 (57,4)			
<b>Sosyal Güvence</b>				
Var	81 (80,2)	Z: -0,59	Z: -0,55	Z: -0,96
Yok	20 (19,8)	p: 0,54	p: 0,57	p: 0,33
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>	<b>n (%)</b>			
Yalnız <sup>1</sup>	6 (5,9)	X <sup>2</sup> : 3,81	<b>X<sup>2</sup>:4,75</b>	X <sup>2</sup> : 1,63
Eş ve/veya Çocuklar/Ebeveyn <sup>2</sup>	81 (80,2)	p: 0,05	<b>p: 0,02</b>	p: 0,20
Diğer/diğer bir yakını ile <sup>3</sup>	14 (13,9)		<b>3&gt;1</b>	
<b>Ailede KOAH öyküsü</b>				
Var	74 (73,3)	Z: -1,02	Z: -0,75	Z: -1,71
Yok	27 (26,7)	p: 0,30	p: 0,45	p: 0,08
<b>Evre</b>				
Evre 1	6 (5,9)	X <sup>2</sup> : 1,80	X <sup>2</sup> : 5,44	X <sup>2</sup> : 2,59
Evre 2	23 (22,8)	p: 0,61	p: 0,14	p: 0,45
Evre 3	53 (52,5)			
Evre 4	19 (18,8)			

<b>Toplam Yatış Sayısı</b>	6,00 (5,06)	r: 0,00 p: 0,99	r: -0,02 p: 0,80	r: -0,11 p: 0,25
<b>Yatış Süresi</b>	6,03 (2,67)	r: 0,07 p: 0,48	r: 0,15 p: 0,13	r: -0,05 p: 0,60
<b>Sosyal Destek Varlığı*</b>	<b>n (%)</b>			
Yok <sup>1</sup>	31 (30,7)	Z: 2,48	<b>Z: 3,86</b>	Z: 0,00
Var <sup>2</sup>	70 (69,3)	p: 0,11	<b>p: 0,04</b> <b>1&gt;2</b>	p: 0,93

**SS: Standart Sapma**

**Z: Mann Whitney U testi**

**X<sup>2</sup>: Kruskal Wallis**

**\*Korelasyon p: 0,05 düzeyinde anlamlıdır.**

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile SÖÖİTÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4'te verildi. SÖÖİTÖ toplam puan ve öfke ifade tarzları ölçeği toplam puan ortalamasının değişkenlere göre anlamlı şekilde değişmediği, sürekli öfke alt ölçeğinin birlikte yaşanan kişiler ve sosyal destek değişkenlerine göre anlamlı şekilde değiştiği belirlendi. Buna göre diğer yakınları ile yaşayanların eş ve/veya çocuk/ebeveynleri ile yaşayanlara göre sürekli öfke puan ortalamalarının istatistiksel anlamlı şekilde daha yüksek olduğu; sosyal desteği olmayanların olanlara göre sürekli öfke puan ortalamalarının istatistiksel olarak yüksek olduğu bulundu.

**Tablo 8.** Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği Alt Ölçekleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği	Sürekli Öfke Alt Ölçeği	Öfke İfade Tarzı Alt Ölçeği
<b>Hastalık Algısı Ölçeği</b>			
Hastalık Belirtileri	<b>r: -0,25*</b> <b>p: 0,01</b>	<b>r: -0,19*</b> <b>p: 0,04</b>	<b>r:-0,28**</b> <b>p: 0,004</b>
Hastalık Algısı	r: -0,03 p: 0,69	r: 0,04 p: 0,62	r: -0,02 p: 0,81
Hastalık Nedenleri	r: 0,13 p: 0,17	<b>r: 0,22</b> <b>p: 0,02</b>	r: -0,03 p: 0,75

\*Korelasyon p:0.05 düzeyinde anlamlıdır.

\*\*Korelasyon p:0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Yapılan Spearman korelasyon analizleri sonucunda, hastaların Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) ile Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzları Ölçeği (SÖÖİTÖ) toplam ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. SÖÖİTÖ toplam puanı ile HAÖ'nün "belirtiler" alt boyutu arasında, sürekli öfke alt boyutu ile "belirtiler" alt boyutu arasında ve öfke ifade tarzı alt boyutu ile yine "belirtiler" alt boyutu arasında negatif yönlü ve çok zayıf düzeyde anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Ayrıca, HAÖ'nün "hastalık nedenleri" alt boyutu ile sürekli öfke alt boyutu arasında pozitif yönlü ve çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Diğer ölçek ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. (Tablo 7).

## 6. TARTIŞMA

Bu çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 61.20'dir (9,78). Bu bulgu, literatürde KOAH'ın genellikle orta yaş ve üzeri bireylerde görülmekte olup diğer çalışmalar ile uyumludur (123, 124).

Katılımcıların çoğunluğu erkek ve evli olduğu görülmekte olup bu durum KOAH ile ilgili diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (123, 125). Eğitim durumuna bakıldığında, katılımcıların çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Meslek grupları açısından ise katılımcıların çoğunluğu emekli veya ev hanımıdır. Bu dağılım, bazı çalışmalardan farklılık göstermektedir (126). Bu farkın, çalışmanın yapıldığı bölgenin kültürel ve sosyoekonomik yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada, hastaların çoğunluğunun çalışmadığı belirlenmiştir. Bu bulgu, literatür ile paralellik göstermektedir (127, 128). Ayrıca, hastaların büyük bir kısmının maddi durumunun kötü olduğu saptanmıştır. Bu durum, bazı çalışmalarla farklılık göstermektedir. Örneğin, Çetiner'in çalışmasında gelir-gider dengesi eşit olanların oranı %53,8 iken (129), Paltacı'nın çalışmasında gelir durumu "iyi" olanların oranı %56,4'tür (130).

Katılımcıların çoğunun çekirdek aile yapısında yaşadığı görülmüştür. Bu bulgu, Demir Gökmen ve Fırat (2022) ile Paltacı'nın (2019) çalışmalarındaki sonuçlarla da örtüşmektedir. Bu çalışmada 101 kişi üzerinden elde edilen verilere göre, ailede KOAH görülme oranı %73,3'tür. Paltacı'nın çalışmasında ise bu oran %50,3 olarak rapor edilmiştir (130).

Bu çalışmadaki hastaların %52,5'i KOAH evresi 3'te yer almaktadır. Altun ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %55'i evre 2'de, Demir Gökmen ve Fırat'ın çalışmasında ise %46,6'sı evre 3'tedir (128, 131). Bu farklılıklar, çalışmanın yapıldığı hastane ve bölgeden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların çoğunluğunun geçmişte hastaneye yatışının olduğu görülmüştür. Paltacı'nın çalışmasında bu oran %70,3 olarak belirtilmiştir (130). Bu durum bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Hastaneye yatış sayısı açısından da literatür ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Paltacı'nın çalışmasında ortalama yatış sayısı 5-6 iken, Şeker'in çalışmasında kontrol grubunda ortalama 7,29 müdahale grubunda ise 7,12'dir (132). Bu çalışmada ise ortalama yatış sayısı 6 olarak bulunmuştur.

Son olarak, Şeker'in çalışmasında son klinik yatıştan geçen süre kontrol grubunda ortalama 8,28 gün, müdahale grubunda ise 8,81 gün iken (132), bu çalışmada ise bu süre ortalama 6,03 gün olarak belirlenmiştir.

KOAH'ın oluşumunda hem genetik yatkınlık hem de çevresel faktörlerin (özellikle sigara dumanı, hava kirliliği ve mesleki maruziyetler) etkileşim içinde olduğu bilinmektedir (133). Genetik yapı, bireyin çevresel etkenlere verdiği yanıtı belirleyerek hastalık gelişiminde önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Genetik ve çevresel faktörlerin etkileşiminin akciğer dokusunda hasara neden olduğunu ve bu hasarın akciğerin normal gelişimsel süreçlerini ve yaşlanma mekanizmalarını bozarak KOAH patofizyolojisine katkı sağladığını belirtilmektedir (134, 135).

KOAH alevlenmelerinde görülen inflamatuvar yanıtın bazı genetik faktörlerle bağlantılı olduğu, bu genetik özelliklerin bireyin bağışıklık sisteminin inflamasyona verdiği yanıtı şekillendirdiği bildirilmektedir (134). Bu çalışmada da ailesinde KOAH öyküsü olan bireylerin, ailesinde KOAH bulunmayanlara göre daha fazla belirti gösterdikleri saptanmıştır. Bu bulgu, KOAH'ın genetik geçişle ilişkili olabileceğini desteklemektedir. Nitekim aile öyküsü, KOAH için bilinen bir risk faktörüdür ve bu bireylerde akciğer fonksiyon rezervinin daha düşük olabileceği, inflamatuvar yanıtların daha yoğun seyredebileceği belirtilmektedir (133, 134).

Bu çalışmada katılımcıların toplam yatış sayısı arttıkça "nedenler" alt ölçeği puanlarının da yükseldiği görülmüştür. Bu durum, hastaların hastaneye yatış deneyimleri arttıkça, hastalıklarıyla ilgili nedenleri daha çok sorgulamaya başladıklarını düşündürmektedir. Hastane yatışları, sadece tedavi süreçlerini değil, aynı zamanda hasta ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi de artırmaktadır. Özellikle KOAH gibi kronik hastalıklarda, her yatış döneminde hastaların hemşireler, hekimler ve diğer sağlık personelleriyle yaptığı etkileşimler, hastalığın etiyojisi hakkında bilgi edinme fırsatları yaratmaktadır (135). Her yatış, hastaya bir öğrenme fırsatı sunmakta; eğitim, danışmanlık ve bilgilendirme uygulamaları aracılığıyla hastalık hakkında bilişsel farkındalığın gelişmesine katkı sağlamaktadır. Bu süreçte hastalar sigara kullanımı, çevresel faktörler, genetik yatkınlık ve yaşam tarzı gibi nedenler üzerinde daha fazla düşünme eğiliminde olabilirler (136).

Bu çalışmada, ilköğretim mezunu olan katılımcıların, okuryazar olmayanlara göre "nedenler" alt ölçeği puanlarının daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, bireylerin

eğitim düzeyinin hastalığın nedenlerine dair farkındalığını artırabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı, bireylerde kronik hastalıklara ilişkin bilgi eksikliği, tetkik sonuçlarını anlama güçlüğü, tedaviye uyumsuzluk, verilen eğitimi kavrayamama ve takip randevularını izleyememe gibi sorunlara yol açmaktadır (137). Özellikle KOAH gibi kompleks ve yönetimi uzun süre gerektiren hastalıklarda, bireyin sağlık bilgilerine ulaşma, bu bilgileri anlama ile kullanabilme kapasitesi ve sağlık okur yazarlığı bireylerin yaşam kalitesini etkilediği görülmektedir (138). Weerahandi ve arkadaşlarının (2018) alışmasında da, eğitim düzeyi düşük bireylerin hastalıklarının anlama becerilerinin sınırlı olduğu vurgulanmıştır. Bu, bireyin sadece hastalık hakkında bilgi edinmesini değil, aynı zamanda sağlık sistemi içinde etkin bir şekilde yer almasını da zorlaştırmaktadır. Benzer şekilde ifti (2015), Rheault ile arkadaşlarının (2019) ve Yüce ile Muz'un yaptıkları çalışmalarda da okuryazar olmayan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır (137, 139, 140).

Bu çalışmada, eşi, çocuğu veya ebeveynleri dışındaki akrabalarıyla yaşayan KOAH hastalarında sürekli öfke düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, sosyal destek sistemlerinin kronik hastalıkların psikolojik sonuçları üzerindeki etkisini vurgulayan önceki araştırmalarla paralellik göstermektedir. Güçlü aile destek sistemleri daha iyi duygusal uyum ve daha düşük öfke seviyeleri ile ilişkilendirilmiştir (141, 142). Sosyal izolasyon ve sosyal rollerden memnuniyetsizlik ise adaletsizlik ve öfke duygularına sebebiyet verebildiği bildirilmektedir (143). Sosyal desteğin olmaması, KOAH gibi kronik hastalıklarla başa çıkmayı zorlaştırabilir; bu da bireylerde çaresizlik, yalnızlık ve öfke gibi olumsuz duyguların artmasına neden olabilir (144). Yakın aile bireylerinden alınan duygusal destek, yalnızca fiziksel bakım açısından değil, aynı zamanda duygusal düzenleme açısından da önemli bir koruyucu faktördür. Bir çalışmada sosyal destek eksikliğinin kronik hastalıklarda hastalık yükünün artırdığı belirtilmekte olup, yalnızlık ve sosyal destek eksikliğinin öfke, depresyon ile pozitif yönde ilişkili olduğu ve pozitif düşünce yapısı, işlevsellik gibi faktörler ile negatif yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir (145).

Bu alışmada, KOAH hastalarında semptomların artmasıyla birlikte sürekli öfke düzeylerinin ve öfke ifade etme tarzlarının azaldığı bulunmuştur. Belirtilerin şiddetlenmesiyle birlikte bireyin yaşam kalitesi önemli ölçüde bozulmakta, nefes

darlığı, ağrı, yorgunluk gibi fiziksel şikayetlerin baskın hale gelmesi, dikkat ve enerjinin bu semptomlarla başa çıkmaya yönelmesine neden olmaktadır. Aynı zamanda Özellikle nefes darlığı, göğüs ağrısı ve halsizlik gibi KOAH'a özgü semptomlar bireylerde kaygı ve depresyonu tetikleyebilir (146). Bu tür duyguların baskın hale gelmesi, öfke gibi emosyonların bastırılmasına ya da geri çekilmesine neden olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, katılımcıların hastalık nedenleri puan ortalaması arttıkça sürekli öfke puan ortalaması da artmaktadır. Bu bulgu, bireylerin hastalıklarının nedenlerini daha fazla sorguladıkça veya nedenlere dair farkındalıkları arttıkça, sürekli öfke düzeylerinin de hafif düzeyde artış gösterdiği şeklinde yorumlanabilir. Bu durum, bireylerin hastalığın nedenlerine ilişkin düşüncelerinin çoğu zaman suçluluk, pişmanlık, çaresizlik ya da başkalarını suçlama gibi duygularla iç içe geçmesinden kaynaklanıyor olabilir. Özellikle sigara kullanımına bağlı gelişen KOAH olgularında, hastalar kendi davranışlarını ya da çevresel faktörleri hastalığın nedeni olarak değerlendirdiklerinde bu durum öfkeye yol açabilir (145). Örneğin, geçmişteki sigara alışkanlığına, iş ortamındaki toz-gaz maruziyetine ya da yeterince önlem alınmamasına yönelik düşünceler, bireyde sürekli bir öfke halinin gelişmesine neden olabilir. Yapılan bir çalışmada bireylerin adaletsizlik duygularıyla birlikte özellikle önlenebilir durumlar karşısında yaşadıkları kronik ağrının öfke düzeyini artırabileceği görülmüştür (147).

Bu araştırmanın bulguları, KOAH tanılı hastalarda hastalık algısının öfke ifade tarzlarıyla anlamlı bir ilişki içinde olduğunu ortaya koymakta; hastalık algısının olumsuz olduğu bireylerde öfke kontrolünün daha güç, yapıcı öfke ifadesinin ise daha düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu durum, KOAH gibi kronik hastalıkların yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda psikososyal boyutlarının da dikkate alınması gerektiğini, hemşirelik bakımında hastalık algısını olumlu yönde geliştirecek ve öfke yönetimini destekleyecek bütüncül yaklaşımların önemini vurgulamaktadır (148). Bulgular, literatürde benzer yöndeki çalışmalarla uyumlu olup, ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde psikososyal müdahalelerin, KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu artırmada kritik bir rol oynadığını desteklemektedir (149,150). Elde edilen sonuçlar, KOAH'lı bireylerin tedavi sürecinde yalnızca fiziksel belirtilerinin değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal durumlarının da dikkate

alınmasının önemini ortaya koymaktadır. Hastalık algısının olumsuz olması, öfke kontrolünü güçleştirebilmekte ve yapıcı öfke ifadesini sınırlayabilmektedir. Bu nedenle hemşirelik bakımında, hastalık algısını güçlendirmeye ve öfke yönetimini desteklemeye yönelik girişimlere ağırlık verilmesi önerilmektedir. Psikososyal destek programlarının düzenli bakım süreçlerine dâhil edilmesi, bu bireylerin yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu artırabilir. Ayrıca farklı sosyokültürel ortamlarda yapılacak benzer çalışmalar, bulguların genellenebilirliğini güçlendirerek klinik uygulamalara yön verebilir.



## 7. SONUÇ

### 7.1. Sonuçlar

KOAH tanılı hastalarda hastalık algısı ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkinin inceleyen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır;

- Katılımcıların yaş ortalamalarının 61,20 (9,78) olduğu,
- Katılımcılardan %83,7'sinin erkek ve %84,2'sinin evli, %82,2'sinin gelir getiren bir işte çalışmadığı, bunların %33,'sinin emekli olduğu, ortalama çocuk sayılarının 5,22 (2,18), %39,6'sının ilköğretim mezunu, Çalışan hastaların sırasıyla serbest meslek icra ettiği, kamu çalışanı ya da ticaret ile ilgilendikleri, ekonomik durumlarını %57,4'ünün kötü algıladığı, %80,2'sinin sosyal güvencesi olduğu, %50,2'sinin eş ve/veya çocukları ya da ebeveynleri ile yaşadığı,
- Katılımcıların %73,3'ünün ailesinde KOAH öyküsü olduğu, %52,5'inin KOAH evresinin evre 3 olduğu, %91,1'inin daha önce hastaneye yattıkları, ortalama hastaneye yatış sayısının 6,00 (5,06), şu anki yatış süresinin 6,03 (2,67) gün olduğu,
- Katılımcıların %30,7'si sosyal desteğinin olmadığı, olanların ise %67,3'ü ailelerinin ve %37,6'sının arkadaşlarının sosyal destek sağladığı, öfke kontrolü ile ilgili hiç destek almadıkları,
- Katılımcıların Hastalık Belirtileri alt ölçeği toplam puan ortalamasının 42,42 (3,71), Hastalık Algısı alt ölçeği toplam puan ortalamasının 12,58 (9,50), Hastalık Nedenleri toplam alt ölçeği puan ortalamasının 56,09 (3,64), Sürekli Öfke Alt Ölçeği toplam puan ortalamasının 18.58 (2.89), Öfke İfade Tarzı Ölçeği toplam puan ortalamasının 52.82 (3.15) olduğu,
- Katılımcıların belirtiler alt ölçeği toplam puan ortalamalarının ve toplam yatış sayısı arasında pozitif ve çok zayıf istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu,
- Katılımcıların ailelerinde KOAH öyküsü olanların olmayanlara göre belirtiler alt ölçek puanları anlamlı şekilde yüksek olduğu,
- Katılımcıların toplam yatış sayısı ile nedenler alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ve zayıf korelasyon olduğu,

- Katılımcılardan ilköğretim mezunu olanların okuryazar olmayanlara göre nedenler alt ölçeği toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu,
- Katılımcılardan diğer yakınları ile yaşayanların eş ve/veya çocuk/ebeveynleri ile yaşayanlara göre sürekli öfke alt ölçeği toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu,
- Katılımcılardan sosyal desteği olmayanların olanlara göre sürekli öfke alt ölçeği toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak yüksek olduğu,
- Katılımcıların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği toplam puan ortalamaları ile belirtiler alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında negatif ve çok zayıf; sürekli öfke alt ölçeği toplam puan ortalamaları ile belirtiler alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında negatif ve çok zayıf; öfke ifade etme tarzı alt ölçeği toplam puan ortalamaları ile belirtiler alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında negatif ve çok zayıf istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu,
- Katılımcıların hastalık nedenleri alt ölçeği toplam puan ortalamaları ve sürekli öfke alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında pozitif ve çok zayıf dereceli istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulundu.

## 7.2. Öneriler

Bu çalışma sonucunda ortaya çıkan bulgular doğrultusunda;

- Hastalık algısı ile öfke düzeyi, öfke ifade tarzları, tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve işlevsellik düzeyleri arasındaki ilişkilerin daha net ortaya konulabilmesi için farklı illerde ve sağlık kuruluşlarında, daha geniş ve çeşitli demografik özelliklere sahip örneklem gruplarıyla araştırmalar yapılmalı
- Hastaların hastalık algılarındaki ve öfke yönetimindeki değişimlerin zaman içindeki seyrini gözlemek amacıyla boylamsal (longitudinal) araştırmalar planlanmalı, bu değişimlerin hastaneye yatış sıklığına ve tedaviye uyuma etkisi araştırılmalı
- KOAH tanılı bireyler için özel olarak geliştirilmiş öfke kontrolü, stresle başa çıkma ve hastalık algısını yeniden yapılandırma temelli grup terapileri veya bireysel danışmanlık programları geliştirilmeli

- Psikiyatri hemşirelerinin KOAH hastalarında hastalık algısını doğru değerlendirebilmesi ve uygun psikososyal müdahaleleri uygulayabilmesi için sürekli mesleki eğitim programları düzenlenmeli
- Hastalıkla baş etmede önemli rol oynayan aile üyeleri ve sosyal çevreye yönelik farkındalık artırıcı seminer ve bilgilendirme oturumları yapılmalı, destek sistemleri güçlendirilmeli
- Sağlık Bakanlığı ve ilgili kurumlar, kronik hastalıklarda psikososyal boyutun önemini dikkate alarak, öfke kontrolü ve hastalık algısına yönelik değerlendirme ve müdahale süreçlerini ulusal sağlık protokollerine dâhil etmeleri önerilmektedir.



## 8. KAYNAKLAR

1. Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013; 1(1): 57-72.
2. Kılıçkaya C. KOAH'lı Hastalarda Hastalık Algısının Yalnızlık ve Stresle Başetme Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, 2013, Erzurum (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ).
3. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017). Ankara, 2014.
4. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara, 2013.
5. World Health Organization. Chronic respiratory diseases. <https://www.who.int/respiratory/en/> Erişim tarihi: 10 Haziran 2025.
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2018 Report). <https://goldcopd.org> Erişim tarihi: 10 Haziran 2025.
7. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/> Erişim tarihi: 10 Haziran 2025.
8. Türk Toraks Derneği. Türk Toraks Derneği'nin GOLD Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Raporuna Bakışı. İstanbul, 2017.
9. American Thoracic Society. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Research questions in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 2015; 191(7): 4-27.
10. Verduri A, Carter B, Laraman J, Rice C, Clini E, Maskell NA, ve ark. Frailty and its influence on mortality and morbidity in COPD: A systematic review and meta-analysis. *Intern Emerg Med.* 2023; 18(8): 2423–34.
11. Mahboub BH, Vats MG, Al Zaabi A, İkbāl MN, Safwat T, Al-Acı F, et al. Joint statement for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease for Gulf Cooperation Council countries and Middle East–North Africa region, 2017. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2017; 12: 2869-90.
12. von Leupoldt A, Fritzsche A, Trueba AF, Meuret AE, Ritz T. Behavioral medicine approaches to chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Behav Med.* 2012; 44(1): 52-65.
13. Hatipoğlu U. Chronic obstructive pulmonary disease: More than meets the eye. *Ann Thorac Med.* 2018; 13(1): 1-6.
14. Yang M, Li Y, Jiang Y, Guo S, He JQ, Sin DD. Combination therapy with long-acting bronchodilators and the risk of major adverse cardiovascular events in patients with COPD: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J.* 2023; 61(2): 2200302.

15. Borge CR, Moum T, Lein MP, Austegard EL, Wahl AK. Illness perception in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Scand J Psychol.* 2014; 55(5): 456-63.
16. Bağçıvan G, Tanrıver E, Kılıç B. Kronik kalp damar hastalığı olan bireylerin hastalık algısının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2018; 21(2): 89-96.
17. Kavak F, Aktürk Ü. Diyabet hastalarında hastalık algısının anksiyete ve depresyon belirtileri üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2019; (4): 740-7.
18. Ovcharenko S, Galetskayte Y, Romanov D, Petelin D, Volel B. Identification of different profiles of illness perception in COPD patients: Results of cluster analysis. *Open Respir Med J.* 2022; 16: e187430642112141.
19. Vaske I, Kenn K, Keil DC, Rief W, Stenzel NM. Illness perceptions and coping with disease in chronic obstructive pulmonary disease: effects on health-related quality of life. *J Health Psychol.* 2017; 22(12): 1570-81.
20. Tiemensma J, Gaab E, Voorhaar M, Asijee G, Kaptein AA. Illness perceptions and coping determine quality of life in COPD patients. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2016; 11: 2001-2007.
21. Vogelmeier CF, Román-Rodríguez M, Singh D, Han MK, Rodríguez-Roisin R, Ferguson GT. Goals of COPD treatment: Focus on symptoms and exacerbations. *Respir Med.* 2020; 166: 105938.
22. Camus-García E, González-González AI, Heijmans M, Niño de Guzmán E, Valli C, Beltran J, et al. Self-management interventions for adults living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): the development of a core outcome set for COMPARE-EU project. *PLoS One.* 2021; 16(3): e0247522.
23. Kahnert K, Jörres RA, Behr J, Welte T. The diagnosis and treatment of COPD and its comorbidities. *Dtsch Arztebl Int.* 2023; 120(25): 434-44.
24. Yorulmaz H, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G. Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi.* 2013; 2: 367-87.
25. Agustí A, Vogelmeier C, Faner R. COPD 2020: changes and challenges. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol.* 2020; 319(5): L879-83
26. Başyigit İ. KOAH tanımı ve klinik özellikleri. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni.* 2010; 1(2): 102-4.
27. Lareau SC, Fahy B, Meek P, Wang A. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Am J Respir Crit Care Med.* 2019; 199(1): P1-2.
28. World Health Organization. Chronic respiratory diseases; COPD: Definition. <https://www.who.int/respiratory/copd/definition/en/>. Erişim tarihi: 1 Mayıs 2025.
29. Silverman EK. Genetics of COPD. *Annu Rev Physiol.* 2020; 82(1): 413-31.

30. Çevik Akyl R. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Bakımı. İçinde: Durna Z, editör. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012, s: 75-93.
31. Uysal A. KOAH'ın tanı, sınıflama ve izleminde solunum fonksiyon testlerinin yeri. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2013; 1(1): 20-3.
32. Curtis JL. Understanding COPD etiology, pathophysiology, and definition. Respir Care. 2023; 68(7): 859-70.
33. Lopez-Campos JL, Marquez-Martin E, Soriano JB. The role of air pollution in COPD and implications for therapy. Expert Rev Respir Med. 2016; 10(8): 849-59.
34. Mebrahtom G, Hailay A, Mariye T, Haile TG, Girmay G, Zereabruk K, ve ark. Chronic obstructive pulmonary disease in East Africa: a systematic review and meta-analysis. Int Health. 2024; 16(5): 499-511.
35. Guyton AC, Hall JE. Solunum. İçinde: Çağlayan Yeğen B, çeviri editörü. Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji. 12. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2013, s: 465-522.
36. Türk Toraks Derneği. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. Turk Toraks Derg. 2010; 11(1).
37. Abul Y, Özlü T. Türkiye'de KOAH epidemiyolojisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2013; 1(1): 7-12.
38. Varmaghani M, Dehghani M, Heidari E, Sharifi F, Moghaddam SS, Farzadfar F. Global prevalence of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. East Mediterr Health J. 2019; 25(1): 47-57.
39. Kocabaş A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni. 2010; 1(2): 105-113.
40. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>. Erişim tarihi: 1 Mayıs 2025.
41. Türk Toraks Derneği. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu. İstanbul; 2014.
42. Türk Toraks Derneği. Türk Toraks Derneği'nin GOLD Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Raporuna Bakışı. İstanbul; 2017.
43. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2025. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709> 1 Mayıs 2025.
44. Tel Aydın H, Tok Yıldız F, Karagözoğlu Ş, Özden D. Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: fenomenolojik çalışma. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2012; 20(3): 177-83.
45. Mannino DM, Buist AS. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. Lancet. 2007; 370(9589): 765-73.

46. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Ankara; 2014.
47. Raheison C, Girodet PO. Epidemiology of COPD. *Eur Respir Rev.* 2009; 18(114): 213–21.
48. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007; 176(6): 532–55.
49. Ko FWS, Hui DSC. Air pollution and chronic obstructive pulmonary disease. *Respirology.* 2012; 17: 395–401.
50. Öcal S, Topeli A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında güncel bilgiler. *İç Hastalıkları Dergisi.* 2014; 21: 97-109.
51. Miravittles M, Worth H, Soler-Cataluna JJ, Price D, De Benedetto F, Roche N, et al. Observational study to characterise 24-hour COPD symptoms and their relationship with patient-reported outcomes: results from the ASSESS study. *Respir Res.* 2014; 15(1): 122.
52. Miravittles M, Ribera A. Understanding the impact of symptoms on the burden of COPD. *Respir Res.* 2017; 18: 67.
53. Başyigit İ. KOAH tanımı ve klinik özellikleri. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni.* 2010; 1(2): 102-4.
54. Morelot-Panzini C, Gilet H, Aguilaniu B, Devillier P, Didier A, Perez T, et al. Real-life assessment of the multidimensional nature of dyspnoea in COPD outpatients. *Eur Respir J.* 2016; 47: 1668-79.
55. Madison JM, Irwin RS. Chronic cough and COPD. *Chest.* 2020; 157(6): 1399–400.
56. Kılıç Z, Özçelik H. Management of the frequently observed symptoms in advanced stage chronic obstructive pulmonary disease patients. *J Chest Dis Crit Care.* 2014; 1(2): 85-91.
57. Ischaki E, Litsiou E, Saltagianni V, Nikoloutsou I, Tsoutsou A, Asimakos A, et al. The importance of early COPD diagnosis during a smoking cessation program. *Tob Induc Dis.* 2014; 12(1): 22.
58. Çevik Akyıl R. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Bakımı. İçinde: Durna Z, editör. *Kronik Hastalıklar ve Bakım.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012, s. 75-93.
59. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martinez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report – GOLD Executive Summary. *Am J Respir Crit Care Med.* 2017; 195(5): 557-82.
60. Coates AL, Graham BL, McFadden RG, McParland C, Moosa D, Provencher S, et al. Spirometry in primary care. *Can Respir J.* 2013; 20(1): 13-22.
61. Türk Toraks Derneği. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşma Raporu. *Türk Toraks Dergisi.* 2010; 11(1).

62. Tanabe N, Nakagawa H, Sakao S, Ohno Y, Shimizu K, Nakamura H, ve ark. Lung imaging in COPD and asthma. *Respir Investig.* 2024; 62(6): 995–1005.
63. Elbehairy AF, Marshall H, Naish JH, Wild JM, Parraga G, Horsley A, et al. Advances in COPD imaging using CT and MRI: linkage with lung physiology and clinical outcomes. *Eur Respir J.* 2024; 63(5): 2301010.
64. Zhang Y, Tu SH, Fei GH. The COPD assessment test correlates well with the computed tomography measurements in COPD patients in China. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2015; 10: 507–14.
65. Britton, D., Roeske, A., Ennis, S. K., Benditt, J. O., Quinn, C., & Graville, D. (2018). Utility of Pulse Oximetry to Detect Aspiration: An Evidence-Based Systematic Review. *Dysphagia*, 33(3), 282–292. <https://doi.org/10.1007/s00455-017-9868-1>.
66. Kıral N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve pulmoner hipertansiyon. *Solunum Dergisi.* 2010; 12(3): 101–11.
67. Chen K, Pleasants KA, Pleasants RA, Beiko T, Washburn RG, Yu Z, et al. A systematic review and meta-analysis of sputum purulence to predict bacterial infection in COPD exacerbations. *COPD.* 2020; 17(3): 311-7.
68. Höglund J, Boström C, Sundh J. Six-minute walking test and 30 seconds chair-stand-test as predictors of mortality in COPD - a cohort study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2022; 17: 2461–9.
69. Gentry S, Gentry B. Chronic obstructive pulmonary disease: diagnosis and management. *Am Fam Physician.* 2017; 95(7): 433-41.
70. Karadağ M. KOAH tedavisinde sigaranın bırakılması. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi.* 2013; 1(1): 98-104.
71. Labaki WW, Rosenberg SR. Chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med.* 2020; 173(3): ITC17–32.
72. Clini EM, Ambrosino N. Nonpharmacological treatment and relief of symptoms in COPD. *Eur Respir J.* 2008; 32: 218-28.
73. Corhay JL, Dang DN, Van Cauwenberge H, Louis R. Pulmonary rehabilitation and COPD: providing patients a good environment for optimizing therapy. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014; 9: 27–39.
74. Korkmaz Ekren P, Gürgün A. KOAH'ta pulmoner rehabilitasyon: kime, ne zaman, nasıl?. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi.* 2013; 1(1): 124-35.
75. Hess MW. Oxygen therapy in COPD. *Respir Care.* 2023; 68(7): 998–1012.
76. Uçgun İ. KOAH'da mekanik ventilasyon. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi.* 2013; 1(1): 65-79.
77. Özyılmaz E, Kaya A. Postoperatif hastada gelişen solunum yetmezliğinde noninvaziv mekanik ventilasyonun yeri. *Tüberküloz ve Toraks.* 2012; 60(2): 185-92.
78. Keogh E, Williams EM. Managing malnutrition in COPD: a review. *Respir Med.* 2021; 176: 106248.

79. Wilson N, Turner S. Targeting malnutrition in patients with COPD in the community. *Br J Nurs*. 2023; 32(21): S6–12.
80. Qian Y, Cai C, Sun M, Lv D, Zhao Y. Analyses of factors associated with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2023; 18: 2707–23.
81. Viniol C, Vogelmeier CF. Exacerbations of COPD. *Eur Respir Rev*. 2018; 27(147): 170103.
82. Bal Özkaptan B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Öz-Bakım Modeline Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Öz-Etkililik Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, 2013, Ankara (Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU).
83. Yılmaz Karabulutlu E, Karaman S. Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2015; 2(3): 271-84.
84. Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. *Clin Med*. 2006; 6(6): 536-39.
85. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarılmasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007; 8: 271-80.
86. Tu H, Gong G, Zhang S, Fu Y, Wang T, Chu Q, et al. The association between illness perception and quality of life among Chinese adults with epilepsy: the mediating role of coping style. *Epilepsy Behav*. 2022; 130: 108677.
87. Boot CRL, Heijmans M. The role of illness perceptions in labor participation of the chronically ill. *Int Arch Occup Environ Health*. 2008; 82: 13-20.
88. Giri P, Poole J, Nightingale P, Robertson A. Perceptions of illness and their impact on sickness absence. *Occup Med*. 2009; 59(8): 550–55.
89. Averous P, Charbonnier E, Lagouanelle-Simeoni MC, Prosperi D, Dany L. Illness perceptions and adherence in bipolar disorder: An exploratory study. *Compr Psychiatry*. 2018; 80: 109-15.
90. Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. *Clin Med*. 2006; 6(6): 536-39.
91. Türk Dil Kurumu. <https://sozluk.gov.tr/>. Erişim tarihi: 25 Nisan 2025.
92. Caselli G, Offredi A, Martino F, Varalli D, Ruggiero GM, Sassaroli S, et al. Metacognitive beliefs and rumination as predictors of anger: A prospective study. *Aggress Behav*. 2017; 43(5): 421-29.
93. Szasz PL, Hofmann SG, Heilman RM, Curtiss J. Effect of regulating anger and sadness on decision making. *Cogn Behav Ther*. 2016; 45(6): 479-95.
94. Hendricks L, Bore S, Aslinia D, Morriss G. The effects of anger on the brain and body. *Natl Forum J Couns Addict*. 2013; 2(1): 2-5.
95. Zohuri B, Dalili S. Understanding anger and effective anger management techniques (a short review). *Manag Stud*. 2023; 11(4): 236-44.

96. Lowth M. Anger Management. [https://www.researchgate.net/publication/330937422\\_Anger\\_Management](https://www.researchgate.net/publication/330937422_Anger_Management). 2018. Erişim tarihi: 20 Nisan 2025.
97. Pashupati M, Dev SV. Anger and its management. *J Nobel Med Coll*. 2011; 1(1): 9-14.
98. Üzar-Özçetin YS, Hiçdurmaz D. Effects of structured group counseling on anger management skills of nursing students. *J Nurs Educ*. 2017; 56(3): 174-81.
99. Kopper BA, Epperson DL. The experience and expression of anger: relationships with gender, gender role socialization, depression, and mental health functioning. *J Couns Psychol*. 1996; 43(2): 158.
100. Reilly P, Shopshire MS. Anger Management for Substance Use Disorder and Mental Health Clients: A Cognitive-behavioral Therapy Manual. US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 2019.
101. Yun K, Yoo YS. Effects of the anger management program for nurses. *Asian Nurs Res*. 2021; 15(4): 247-54.
102. Veenstra L, Bushman BJ, Koole SL. The facts on the furious: a brief review of the psychology of trait anger. *Curr Opin Psychol*. 2018; 19: 98-103.
103. Spielberger CD, Reheiser EC. Assessment of emotions: Anxiety, anger, depression, and curiosity. *Appl Psychol Health Well Being*. 2009; 1(3): 271-302.
104. Lerner HG. Öfke Dansı: Yakın İlişki Modellerini Değiştirmek İsteyen Kadınlar İçin Rehber. İstanbul: Varlık Yayınları; 2021.
105. Thontowi HB, Hakim MA, Yuniarti KW, Kim U. Causes of anger among senior high school students in Indonesia: An indigenous psychology approach. *Int J Res*. 2014; 3(2): 29-38.
106. Yadav PK, Yadav RL, Sapkota NK. Anger: Its impact on human body. *Innovare J Health Sci*. 2016; 4(5): 3-5.
107. Deffenbacher JL. Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cogn Behav Pract*. 2011; 18(2): 212-21.
108. Shahsavarani AM, Noohi S. Explaining the bases and fundamentals of anger: A literature review. *Int J Med Rev*. 2015; 1(4): 143-49.
109. Özmen A. Öfke: Kuramsal yaklaşımlar ve bireylerde öfkenin ortaya çıkmasına neden olan etmenler. *Ankara Üniv Eğit Bilim Fak Derg*. 2006; 39(1): 39-56.
110. Fives CJ, Kong G, Fuller JR, DiGiuseppe R. Anger, aggression, and irrational beliefs in adolescents. *Cognit Ther Res*. 2011; 35(3): 199-208.
111. Novaco RW. Cognitive-behavioral factors and anger in the occurrence of aggression and violence. In: Sturmey P, ed. *The Wiley Handbook of Violence and Aggression*. Hoboken: Wiley; 2017. p:1-13.

112. Partlak Günüşen N. Öfke, saldırganlık ve psikiyatri hemşireliği. *Turk Klin J Psychiatr Nurs-Spec Top.* 2016; 2(2): 36-43.
113. Gilam G, Hendler T. Deconstructing anger in the human brain. In: Schwarting RKW, Wöhr M, eds. *Social Behavior from Rodents to Humans.* Cham: Springer; 2015. p:257-73.
114. Gilam G, Hendler T: Deconstructing anger in the human brain. In *Social Behavior from Rodents to Humans* (pp. 257-273). Springer, Cham, 2015.
115. Kırıkkale Rehberlik ve Araştırma Merkezi. Öfke ve Öfke Kontrol Kitapçığı. [https://kirikkaleram.meb.k12.tr/meb\\_iys\\_dosyalar/71/01/254506/dosyalar/2024\\_10/07201026\\_ofkekontrolukitapcik.pdf](https://kirikkaleram.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/71/01/254506/dosyalar/2024_10/07201026_ofkekontrolukitapcik.pdf) Erişim tarihi: 16 Mayıs 2025.
116. Han A, Won J, Kim O, Lee SE. Anger expression types and interpersonal problems in nurses. *Asian Nurs Res.* 2015; 9(2): 146-51.
117. Lench HC. Anger management: Diagnostic differences and treatment implications. *J Soc Clin Psychol.* 2004; 23(4): 512-31.
118. Shahsavarani AM, Noohi S, Heyrati H, Mohammadi M, Mohammadi A, Sattari K. Anger management and control in social and behavioral sciences: A systematic review of literature on biopsychosocial model. *Int J Med Rev.* 2016; 3(1): 355-64.
119. Shahsavarani AM, Noohi S, Heyrati H, Mohammadi M, Mohammadi A, Sattari K. Anger management and control in social and behavioral sciences: a systematic review of literature on biopsychosocial model. *Int J Med Rev.* 2016; 3(1): 355-64.
120. Yun K, Yoo YS. Effects of the anger management program for nurses. *Asian Nurs Res.* 2021; 15(4): 247-54.
121. Ozer AK. Surekli Ofke ve Ofke Ifade Tarzi Ölçekleri ön çalışması. *Turk Psikoloji Dergisi.* 1994; 9(31): 26-35.
122. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health.* 2002; 17(1): 1-16.
123. Üstünova E, Nahcivan N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve İlişkili Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi.* 2015; 23(1): 11-22.
124. Schure MB, Borson S, Nguyen HQ, Tritschuh EH, Thielke SM, Pike KC, et al. Associations of cognition with physical functioning and health-related quality of life among COPD patients. *Respir Med.* 2016; 114: 46-52.
125. Afşar BB, Yalçınsoy M, Yakar Hİ, Bilgin S, Akkaya E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi.* 2012; 34: 260-7.
126. Günay S, Günay E, Sönmez ÖS. Koah tanılı hastalarda solunumsal maruziyetler ile hastalık arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics.* 2013; 16(3): 243-52.

127. Bal O. Koah hastalarında hastalık algısı ile sigara kullanımını arasındaki ilişki. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2023, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR).
128. Altun ÖŞ, Özer D, Parlak MF. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Uyku Kaliteleri ile Öfke Düzeylerinin Belirlenmesi. J Turk Sleep Med. 2024; 11(3): 160-68.
129. Çetiner N. Koah tanısı olanlarda semptomlara neden olan faktörlerden uzaklaşma niyeti ve semptom yükünün belirlenmesi. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2025, Tokat (Danışman: Doç. Dr. Döndü ŞANLITÜRK).
130. Paltacı Z. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin tedaviye uyum, hastalık algısı ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Nevşehir (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN, Dr. Öğr. Üyesi Pınar TEKİNSOY KARTIN).
131. Gökmen BD, Fırat M. KOAH hastalarında hastalık algısı, ölüm kaygısı ve öz bakım gücü ilişkisinin incelenmesi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022; 8(1): 57-66.
132. Şeker H. Noninvaziv mekanik ventilasyon desteği alan koah hastalarında stres topunun ağrı, kaygı ve fizyolojik parametreler üzerine etkisi. Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2025, Kars (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Gül PARLAK).
133. Cho MH, Hobbs BD, Silverman EK. Genetics of chronic obstructive pulmonary disease: understanding the pathobiology and heterogeneity of a complex disorder. Lancet Respir Med. 2022; 10(5): 485-96.
134. Kaur G, Batra S. Regulation of DNA methylation signatures on NF-κB and STAT3 pathway genes and TET activity in cigarette smoke extract-challenged cells/COPD exacerbation model in vitro. Cell Biol Toxicol. 2020; 36(5): 459–80.
135. Patel N. An update on COPD prevention, diagnosis, and management: The 2024 GOLD Report. Nurse Pract. 2024; 49(6): 29–36.
136. Mollaoğlu M, Tuncay FÖ. Bir çimento fabrikasında işçilerin KOAH risk faktörleri yönünden incelenmesi. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG). 2010; 10: 36.
137. Yüce GE, Muz G. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Kronik Hastalığa Uyum ile İlişkisinin İncelenmesi: Kesitsel Bir Çalışma. Gümüşhane Univ Sağlık Bilim Derg. 2023; 12(3): 1115-23.
138. Bektemur G, Cortuk M, Keles E, Baydili KN. Association of Health Literacy and Medication Adherence with Quality of Life in COPD Patients. P R Health Sci J. 2025; 44(2): 116–20.
139. Çiftçi İK. Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık bakım hizmetinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. Dilek KILIÇ).

140. Rheault H, Coyer F, Jones L, Bonner A. Health literacy in Indigenous people with chronic disease living in remote Australia. *BMC Health Serv Res.* 2019; 19: 1–10.
141. Thompson J. How chronic illness affects family relationships and the individual. [Yüksek lisans tezi]. University of Wisconsin-Stout; 2009. (Danışman: Dr. John KLEM).
142. Musaj L, Dema A. Psychosocial factors in chronic illness management in Western Balkans: the case of Albania, Montenegro, Kosovo, and North Macedonia. *J Balkan Stud.* 2023; 3(2): 115-29.
143. Sturgeon JA, Carriere JS, Kao MCJ, Rico TJ, Darnall BD, Mackey S. Social disruption mediates the relationship between perceived injustice and anger in chronic pain: a Collaborative Health Outcomes Information Registry Study. *Ann Behav Med.* 2016; 50(6): 802-12.
144. Burns JW, Gerhart JI, Bruehl S, Post KM, Smith DA, Porter LS, et al. Anger arousal and behavioral anger regulation in everyday life among people with chronic low back pain: relationships with spouse responses and negative affect. *Health Psychol.* 2016; 35(1): 29-40.
145. Theeke L, Carpenter RD, Mallow J, Theeke E. Gender differences in loneliness, anger, depression, self-management ability and biomarkers of chronic illness in chronically ill mid-life adults in Appalachia. *Appl Nurs Res.* 2019; 45: 55-62.
146. YYohannes AM, Murri MB, Hanania NA, Regan EA, Iyer A, Bhatt SP, et al. Depressive and anxiety symptoms in patients with COPD: a network analysis. *Respir Med.* 2022; 198: 106865.
147. Scott W, Trost Z, Bernier E, Sullivan MJL. Anger differentially mediates the relationship between perceived injustice and chronic pain outcomes. *Pain.* 2013; 154(9): 1691-8.
148. Arslan H, Kelleci M, Gölbaşı Z. Kronik hastalığı olan bireylerde hastalık algısı ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2019; 22(3):189-198.
149. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). 2023.
150. Demir Y, Yılmaz A. KOAH'lı bireylerde psikososyal uyumun değerlendirilmesi. *Göğüs Hastalıkları Dergisi.* 2021; 19(2):85-93.

## EKLER

### EK-1. Katılımcı Bilgi Formu

<b>EK- 5: KİŞİSEL BİLGİ FORMU (HASTA BİLGİ FORMU)</b>	<b>Tarih: .....</b>
<b>1. Yaşınız: .....</b>	
<b>2. Cinsiyetiniz:</b>	a-) Kadın                      b-) Erkek
<b>3. Medeni Durumunuz:</b>	a-) Evli                              b-) Bekar
<b>4. Çocuk Sayınız:.....</b>	
<b>5. Eğitim Düzeyiniz:</b>	a-) Lisans ve üstü              b-) Lise              c-) Ortaokul d-) İlkokul                      e-) Okuryazar              f-) Okuryazar değil
<b>6. Mesleğiniz: .....</b>	
<b>7. Şuanki Çalışma Durumunuz:</b>	a-) İşsiz                              b-) Çalışıyor
<b>8. Kimlerle Yaşıyorsunuz?</b>	a-) Yalnız                              b-) Eş ve çocukları ile c-) Anne-baba ile              d-) Diğer bir yakını ile      e-) Diğer.....
<b>9. Gelir Durumunuz:</b>	a-) İyi                              b-) Orta                              c-) Kötü
<b>10. Sosyal Güvenceniz:</b>	a-) Var                              b-) Yok
<b>11. Ailenizde KOAH öyküsü olan biri var mı?</b>	a-) Var                              b-) Yok                              c-) Kötü
<b>12. Daha önce de Hastaneye yatışınız oldu mu?</b>	a-) Evet                              b-) Hayır
<b>13. Yatışların Toplam Sayısı: .....</b>	
<b>14. Son Yatışından Bu Yana Geçen Süre: .....</b>	
<b>15. Sosyal Destek Durumu:</b>	a-) Yok                              b-) Aile Üyeleri              c-) Arkadaş d-) Dernek/Kurum/Vakıf              e-) Diğer
<b>16. Öfke kontrolü için destek alıyor musunuz?:</b>	a-) Evet                              b-) Hayır
<b>17. Ne Kadar Süredir Alıyorsunuz: .....</b>	
<b>18. Aldığınız Desteğe Yanıt:</b>	a-) İyi                              b-) Orta                              c-) Kötü

## EK-2. Hastalık Algısı Ölçeği

### HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

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

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

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

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

C) HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					

4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6.Ciddi bir hastalığım var					
7.Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8.Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9.Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10.Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11.Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14.Hastalığımın seyri bana bağlı					
15.Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16.Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17.Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18.Hastalığım zamanla iyileşecek					
19.Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımın iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28.Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29.Hastalığımın belirtileri günden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					

32.Hastalığımın daha iyi ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34.Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35.Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

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

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

<b>D)OLASI NEDENLER</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.Stres ya da endişe					
2.Kalıtısal (irisi)					
3.Bir mikrop ya da virüs					
4.Diyet- yemek alışkanlıklar					
5.Şans ya da kötü talih					
6.Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
7.Çevre kirliliği					
8.Kendi davranışım					
9.Benim tutumum, örneğin; yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
10.Aile problemleri					
11.Aşırı çalışma					
12.Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
13.Yaşlanma					

14.Alkol						
15.Sigara içme						
16.Kaza ya da yaralanma						
17.Kişilik özelliklerim						
18.Vücut direncimin azalması						

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

Bana göre en önemli nedenler:

1.

2.

3.

### EK-3. SÖÖTÖ (Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzları Ölçeği)

#### I. BÖLÜM

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayana seçerek üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

	Hiç		Tümüyle
1. Çabuk parlarım.	(1)	(2)	(3) (4)
2. Kızgın mizaçlıyım.	(1)	(2)	(3) (4)
3. Öfkesi burnunda bir insanım.	(1)	(2)	(3) (4)
4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	(1)	(2)	(3) (4)
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır.	(1)	(2)	(3) (4)
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	(1)	(2)	(3) (4)
7. Öfkeli olduğumda ağızma geleni söylerim.	(1)	(2)	(3) (4)
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	(1)	(2)	(3) (4)
9. Engellendiğimde içimden birilerini vurmaya gelir.	(1)	(2)	(3) (4)
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	(1)	(2)	(3) (4)

## II. BÖLÜM:

**YÖNERGE:** Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

### ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç			Tümüyle
11. Öfkemi kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Kızgınlığımı gösteririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Öfkemi içime atarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Başkalarına karşı sabırlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Somurtur ya da surat asarım.	(1)	(2)	(3)	(4)

### ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç			Tümüyle
16. İnsanlardan uzak dururum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Soğukkanlılığımı korurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. İçin için köpürürüm ama gösteremem.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç			Tümüyle
21. Davranışlarımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Başkalarıyla tartışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. İçimde, kimseye söylemediğim kinler beslerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Beni çileden çıkarana herneyse saldırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç			Tümüyle
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Kötü şeyler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç			Tümüyle
31. İçimden insanların farkettiğinden daha fazla sinirlenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Sinirlerime hakim olamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)

**EK-4. Etik Kurul Kararı**



**T.C.  
DİCLE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Hukuk Müşavirliği**



Sayı : E [REDACTED]  
Konu : İnceleme (Projenin Değerlendirilmesi)

11/10/2023

**Sayın BERAT CİNGÖZCE**

"KOAH Tanılı Hastalarda Hastalık Algısı ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı çalışmanız Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Çalışma ve Yayın Etiği Yönergesi uyarınca Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığı tarafından değerlendirilmiş olup söz konusu çalışmanın bilimsel etik açısından uygun olduğuna ilişkin Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığı kararı Üniversitemiz Rektörlük Makamını [REDACTED] ve [REDACTED] yılı Olur'u ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

[REDACTED]  
Hukuk Müşaviri V.

Ek: İlgili Belgeler(1 sayfa)



**DİCLE ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU**  
**PROJE ONAY BELGESİ FORMU (EK 4)**

Üniversitemiz Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisi olan Berat CİNGÖZCE'nin Doç. Dr. Funda GÜMÜŞ danışmanlığında "KOAH Tanımlı Hastalarda Hastalık Algısı ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı çalışması, Dicle Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Yönergesi uyarınca değerlendirilmiştir.

<b>SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU KARARI</b> (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	[REDACTED]
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar sayısı	[REDACTED]
<input checked="" type="checkbox"/> Proje etik açısından uygun bulunmuştur.	
<input type="checkbox"/> Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir. <i>Açıklama:</i>	
<input type="checkbox"/> Proje etik açısından uygun bulunmamıştır. <i>Açıklama:</i>	

Pr [REDACTED]  
BAŞKAN

Prof. Dr. [REDACTED]  
ÜYE

Prof. Dr. [REDACTED]  
ÜYE

Prof. Dr. [REDACTED]  
ÜYE

Prof. Dr. [REDACTED]  
ÜYE

Prof. Dr. [REDACTED]  
ÜYE

Prof. Dr. [REDACTED]  
ÜYE

## EK-5. Kurum İzni



T.C.  
DİYARBAKIR VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı :  
Konu :

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi :

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden; Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Berat ÇİNGÖZCE'nin Doç. Dr. Funda GÜMÜŞ danışmanlığında "KOAH Tanılı Hastalarda Hastalık Algısı ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu çalışma Müdürlüğümüz Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı bünyesindeki Bilimsel Araştırma İzin Komisyonu tarafından değerlendirilmiş olup Müdürlüğümüze bağlı Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi ile Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini arz/rica ederim.

İl Sağlık Müdürü

Ek: Başvuru Evrakları.pdf

Dağıtım:  
Dicle Üniversitesi Rektörlüğü  
T.c. Sağlık Bakanlığı  
Sbü Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Ve Araştırma  
Hastanesi Başhekimliğine  
T.c. Sağlık Bakanlığı  
Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi Başhekimliğine

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-6. Gönüllü Katılım Formu

	<b>DİCLE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU</b> <b>GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU (EK 2)</b>
---	--

Bu çalışma, Dicle üniversitesi Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği ana bilim dalında görev alan Doç.Dr. Funda GÜMÜŞ tarafından yürütülmektedir. Çalışmanın amacı buraya çalışmanın amacı yazılacak.Bu çalışmaya katılımınız 30-60 dakika kadar zamanınızı alacak ve araştırmacı tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu”, “Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ)” ve “Hastalık Algısı Ölçeği” ölçeklerini doldurmanız sizden istenecektir. Katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır ve sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi talep edilmeyecektir. Cevaplarınız gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Elde edilen bilgiler bilimsel yayınlarda kullanılacaktır.

Çalışma, kişisel rahatsızlık verecek unsurlar içermemekle beraber, sorulardan ya da herhangi bir nedenden dolayı hoşnutsuzluk hissetmeniz durumunda, uygulamadan ayrılabilirsiniz. Çalışma bitiminde, konuyla bağlantılı daha fazla bilgi almak ve sorularınız için Berat

Bu çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

### SORUMLU ARAŞTIRMACI

Adı Soyadı	Tarih	İmza
Berat CİNGÖZCE	12.12.2023	

*Bu çalışmaya özgür irademle gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman ayrılacağımı bilerek, şahsımdan sağlanan bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.*

### GÖNÜLLÜ KATILIMCI

Adı Soyadı		İmza

## ÖZGEÇMİŞ

Adı		Soyadı	
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu		Tel	
E-posta			

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Tezli Yüksek Lisans		
Tezsiz Yüksek Lisans		
Lisans		
Lise		

### İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)

### Yabancı Dil Sınav Notu

KPDS/ÜDS/YDS	YÖKDİL	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
			Sayısal		Eşit Ağırlık		Sözel	
ALES Puanı								
(Diğer) Puanı								

## ORJİNALLİK RAPORU

### KOAH Tanılı Hastalarda Hastalık Algısı ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

#### ORJİNALLİK RAPORU

% <b>19</b>	% <b>14</b>	% <b>14</b>	% <b>10</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	Submitted to Dicle University Öğrenci Ödevi	% <b>3</b>
<b>2</b>	dspace.balikesir.edu.tr İnternet Kaynağı	% <b>2</b>
<b>3</b>	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	www.toraks.org.tr İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>5</b>	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>6</b>	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>7</b>	Kara, Ayşe. "Koah'lı Hastalarda Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi", Balikesir University (Turkey), 2024 Yayın	% <b>1</b>
<b>8</b>	acikerisim.gelisim.edu.tr İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>9</b>	Submitted to Aksaray Aniversitesi Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>10</b>	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>11</b>	Submitted to Abant İzzet Baysal Universitesi Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>

yayin.ieu.edu.tr