



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

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER
HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
HAREKET KORKUSUNUN ÖZ BAKIM
GÜCÜNE ETKİSİ**

MELİS DENİZ ALTAN

**TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ NURDAN YALÇIN ATAR**

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
TEMMUZ/2024**

İTHAF

“Tez çalışmamı, hemşirelik mesleğine duyduğum derin sevgi ve saygıyla, tüm meslektaşlarıma ithaf ediyorum.”

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yürütülmesinde, benden bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen, yoluma ışık tutan, sabrı ile rehberlik eden, öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyacağım saygı değer hocam ve aynı zamanda tez danışmanım Dr.Öğr.Üyesi Nurdan YALÇIN ATAR’a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi, deneyim ve rehberlikleriyle yoluma ışık tutan Hemşirelik Ana Bilim Dalı Hemşirelik Esasları Programı hocalarım, Prof.Dr. Merdiye ŞENDİR, Doç.Dr. Demet İNANGİL, Dr. Öğr. Üyesi Semra AÇIKSÖZ ve derslerime giren tüm hocalarıma,

Çalışmama katılmayı kabul edip, tüm sorularıma cevap veren sevgili KOAH hastalarına ve görev alan değerli çalışma arkadaşlarıma,

Hayatımın her alanında benden maddi manevi desteğini asla esirgemeyen, her zaman yanımda olan ve bu günlere gelmemi sağlayan sevgili babam İbrahim ALTAN ve sevgili annem Filiz ALTAN’a

Her zorlandığımda sabrı ve sevgisiyle beni cesaretlendiren, koşulsuz destek olan, maddi manevi yardımlarını esirgemeyen en büyük destekçim değerli Evren PEHLİVAN’a

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

Melis Deniz ALTAN

İÇİNDEKİLER

İTHAF	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI TANIMI	3
2.2. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI EPİDEMİYOLOJİSİ VE PREVELANSI	3
2.3. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI PATOLOJİ, PATOGENEZ VE PATO FİZYOLOJİSİ	4
2.3.1. Patoloji	4
2.3.2. Patogenez.....	4
2.3.3. Patofizyoloji.....	4
2.4. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI TANI VE DEĞERLENDİRMESİ.....	5
2.4.1. Fiziki Bulgular ve Belirtiler.....	5
2.4.2. Solunum Fonksiyon Testi.....	6
2.4.3. Alevlenme Evrelerinin Değerlendirilmesi.....	6
2.4.4. Komorbiditelerin Değerlendirilmesi	7
2.4.5. Birleşik Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Değerlendirmesi	7
2.5. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI TEDAVİSİ	8
2.5.1. Farmakolojik Tedavi	8
2.5.2. Non-Farmakolojik Tedavi	8
2.6. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI'NDA HEMŞİRELİK BAKIMI.....	9
2.6.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Tanılanması.....	9
2.6.2. Roper, Logan ve Tierney'in Yaşam Aktivitelerine Temellenen Hemşirelik Modeli Doğrultusunda Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireyin Tanılanması	10
2.6.3. Hemşirelik Tanısı – Planlama.....	13
2.6.4. Uygulama	15

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TASARIMI	16
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI	16
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	16
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ.....	17
3.4.1. Örneklem Dahil Edilme Kriterleri	17
3.4.2. Örneklemden Dışlanma Kriterleri	17
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI	17
3.5.1. Araştırmada İzlenen Yol	17
3.5.2. Veri Toplama Araçları	18
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	19
3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU	20
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	20
4. BULGULAR.....	22
4.1. BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK VE HASTALIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	22
4.2. BİREYLERİN HAREKET KORKUSUNA İLİŞKİN BULGULAR.....	24
4.3. BİREYLERİN ÖZ BAKIM GÜÇLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	29
4.4. BİREYLERİN HAREKET KORKUSU VE ÖZ BAKIM GÜCÜ ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA	36
5.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK VE HASTALIK ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI	36
5.2. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN HAREKET KORKUSUNA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	39
5.3. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN ÖZ BAKIM GÜCÜNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	42
5.4. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN HAREKET KORKUSU İLE ÖZ BAKIM GÜCÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI	45
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	46
KAYNAKLAR	48
EKLER	57

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Modified Medical Research Council Dispne Skalası- mMRC.	6
Tablo 3.1: Ölçek puanlarının Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri.....	19
Tablo 4.1: Bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (N=117).....	22
Tablo 4.2: Bireylerin hastalık özelliklerinin dağılımı (N=117)	23
Tablo 4.3: Bireylerin hareket korkusuna yönelik Nefes Darlığı İnançları Anketi toplam puan ortalamaları (N=117).....	24
Tablo 4.4: Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre Nefes Darlığı İnançları Anketi toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=117).....	25
Tablo 4.5: Bireylerin hastalık özelliklerine göre Nefes Darlığı İnançları Anketi toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=117).....	27
Tablo 4.6: Bireylerin Öz bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalamaları (N=117)	29
Tablo 4.7: Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının karşılaştırılması (N=117).....	29
Tablo 4.8: Bireylerin hastalık özelliklerine göre Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması (N=117)	32
Tablo 4.9: Yaş, Beden Kitle İndeksi, hastalık süresi, Nefes Darlığı İnançları Anketi ve Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki	34
Tablo 4.10: Nefes Darlığı İnançları Anketi ve Öz Bakım Gücü Ölçeği arasındaki ilişki.....	35
Tablo 4.11: Nefes Darlığı İnançları Anketi puan ortalamalarının Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması üzerine etkisi	35

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Birleşik Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Değerlendirmesi.7



SİMGELER VE KISALTMALAR

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
ÖBGÖ	: Öz Bakım Gücü Ölçeği
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CAT	: COPD Assessment Test
FEV1	: Forced Expiratory Volume in 1 second
FRC	: Functional Residual Capacity
FVC	: Forced Vital Capacity
GOLD	: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
mMRC	: Modified Medical Research Council Dispne Skalası
NANDA-I	: NANDA-International
NIC	: Nursing Interventions Classification
NDİA	: Nefes Darlığı İnançları Anketi
NOC	: Nursing Outcomes Classification
PR	: Pulmoner Rehabilitasyon
SFT	: Solunum Fonksiyon Testi
V/Q	: Ventilation/Perfusion

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE HAREKET KORKUSUNUN ÖZ BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ

ÖZET

Amaç: Bu tez çalışmasının amacı, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde gelişen hareket korkusunun, bireylerin öz bakım gücü üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, bir devlet hastanesinde , Ekim 2022 ile Şubat 2023 tarihleri arasında hastanede yatarak tedavi gören 117 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan birey ile yürütülmüştür. Veriler, "Kişisel Bilgi Formu," dispne nedeniyle gelişen hareket korkusunu değerlendirmeye yönelik "Nefes Darlığı İnançları Anketi" ve "Öz Bakım Gücü Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Veri analizinde ki-Kare, Fisher exact testleri, t-testi, ANOVA, pearson korelasyon analizi ve lineer regresyon analizinden yararlanılmıştır.

Bulgular: Hareket korkusuna yönelik Nefes Darlığı İnançları Anketi toplam puan ortalaması $41,24 \pm 6,515$ (Min=21; Maks=52), Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması $47,34 \pm 28,95$ (Min=4; Maks=112)'dir. Yaş, eğitim, çalışma durumu, meslek, hastalık süresi, sağlık algısı, hastaneye yatış sayısı gibi sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre ölçek puanlarında farklılıklar belirlenmiştir ($p < 0.05$). Öz Bakım Gücü Ölçeği ile Nefes Darlığı İnançları Anketi toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r = -0.515$, $p = 0,000$). Öz bakım gücü ile nefes darlığı nedeniyle gelişen hareket korkusu arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F = 41,564$; $p = 0,000$). Regresyon analizi sonucuna göre, nefes darlığı nedeniyle gelişen hareket korkusu öz bakım gücü üzerindeki toplam varyansın %25.9'unu açıklamaktadır ($R^2 = 0,259$). Nefes darlığı nedeniyle gelişen hareket korkusu öz bakım gücünü azaltmaktadır ($\beta = -0,515$).

Sonuç: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde hareket korkusunun, öz bakım gücünü olumsuz etkilediği saptanmıştır. Hemşirelik bakım planlarında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde hareket korkusunu azaltmaya yönelik girişimlere yer verilmeli, öz bakım uygulamaları hareket korkusu göz önünde bulundurularak planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hareket Korkusu, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), Nefes Darlığı İnancı, Öz Bakım Gücü.



THE IMPACT OF FEAR OF MOVEMENT ON SELF-CARE AGENCY IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

ABSTRACT

Aim: This thesis aimed to investigate the impact of movement fear developed in individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) on their self-care ability, employing descriptive and correlational methods.

Materials and Methods: This research was conducted with 117 individuals diagnosed with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) who were hospitalized at a state hospital between October 2022 and February 2023. Data were collected using a "Personal Information Form," the "Dyspnea Beliefs Questionnaire" to measure movement fear related to dyspnea, and the "Self-Care Ability Scale." Data analysis employed tests such as Chi-square, Fisher's exact test, Pearson correlation analysis, t-test, ANOVA, and linear regression.

Results: The average total score of the Dyspnea Beliefs Questionnaire is 41.248 ± 6.515 (Min=21; Max=52), while the Self-Care Capacity Scale averages 47.342 ± 28.955 (Min=4; Max=112). Scale scores varied with demographic and clinical factors like age, education, employment status, occupation, disease duration, health perception, and hospitalization frequency. A moderate negative correlation was found between the Self-Care Capacity Scale and the Dyspnea Beliefs Questionnaire ($r = -0.515$, $p = 0.000$). Regression analysis, which explored the relationship between movement fear due to dyspnea and self-care capacity, was significant ($F = 41.564$; $p = 0.000$). Movement fear due to dyspnea accounts for 25.9% of the variance in self-care capacity ($R^2 = 0.259$) and decreases it ($\beta = -0.515$).

Conclusion: It has been determined that movement fear in individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) adversely affects their self-care ability. Nursing care plans for patients diagnosed with COPD should include interventions aimed at reducing movement fear, and self-care practices should be planned considering the presence of movement fear.

Key Words: Breathlessness Beliefs, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Fear of Movement, Self-Care Agency.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), hava yollarında ve akciğerlerde zararlı partiküller veya gazlara karşı uzun süreli inflamatuvar yanıtla ilişkilendirilen bir rahatsızlıktır. Bu hastalık, sürekli öksürük, nefes darlığı, eforla artan nefes darlığı ve balgam üretimi gibi belirtilerle kendini gösterir ve aynı zamanda kalıcı hava akımı kısıtlamasıyla karakterizedir (1,2). Güncel veriler incelendiğinde, KOAH dünyada dördüncü, Türkiye'de ise üçüncü mortalite nedenidir (3).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim Grubu (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease- GOLD), KOAH tanı ve tedavisine yönelik rehberler geliştirmektedir. Bu rehberler, hastaların KOAH'ı değerlendirmelerine yardımcı olmak için spirometri testi sonuçları, Değiştirilmiş İngiliz Tıbbi Araştırma Konseyi Anketi (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale- mMRC) ve KOAH Değerlendirme Testi (COPD Assessment Test-CAT) sonuçlarına dayanmaktadır. Bu değerlendirmeler, hastaları dört farklı gruba ayırmaktadır: "A grubu" düşük risk ve az semptom, "B grubu" düşük risk ve fazla semptom, "C grubu" yüksek risk ve az semptom, "D grubu" ise yüksek risk ve fazla semptom olarak sınıflandırmaktadır. Bu sınıflandırma, bireylerin KOAH'a yönelik risk seviyesini ve semptom şiddetini belirlemekte ve tedavi planlamasına katkı sağlamaktadır (3). Güncel rehberlerde belirtildiği üzere KOAH değerlendirme parametrelerinden mMRC' ye göre 2. evreden sonra hastaların dispne şikayetleri ve bireylerin fiziksel aktiviteleri sırasındaki oksijen ihtiyaçları artmaktadır. Hastalar bu durumu tolere edebilmek için minimum düzeyde hareket etmeye çalışmaktadır. Böylece oluşabilecek komplikasyonların önüne geçmeyi ya da gelişebilecek semptomun şiddetini azaltmayı hedeflemektedirler. Bireylerin ağrı veya yaralanma sonrasında, aynı sorunun tekrarlanma korkusuyla fiziksel aktivitelerden kaçınması, "Hareket Korkusu" veya "Kinezyofobi" olarak adlandırılmaktadır. Dispne algısı da hareket korkusunu etkileyen diğer etkenlerle (ağrı vb.) benzer rol oynamaktadır ve KOAH olan bireylerde dispne nedeniyle hareket korkusu oluşmaktadır (4,5,6). Bu durum, fonksiyonel yetersizliklere, bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek için yardıma ihtiyaç duymasına yol açmaktadır (6). Bireyin kendi sağlığını sürdürmek, geliştirmek ve korumak için aktiviteleri yapabilme yeteneği öz bakım olarak adlandırılmaktadır (7). KOAH'ın etkili bir şekilde yönetilmesinde, bireyin öz bakım

becerilerini geliştirmesi büyük önem taşımaktadır (8). KOAH olan bireylerde öz bakım gücü yüksek olduğunda, yaşam kaliteleri artmakta, dispne ve tekrarlı hastaneye yatışları azalmaktadır (7).

Literatürde KOAH olan bireylerde öz bakım gücünü değerlendiren birçok çalışma bulunmaktadır (8-12). Demirel'in (2014) alışmasında, dispne ve KOAH şiddeti arttıkça, öz bakım gücü puanlarının azaldığı ve fonksiyonel performans skorlarının düştöğü belirlenmiştir (9). Ünsal ve ark. (2005) tarafından yapılan bir çalışmada, KOAH olan bireylerin %63,2'sinin yüksek düzeyde olmak üzere tüm hastaların günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (13).

Hareket korkusu literatürde daha çok ortopedi, fizyoterapi alanlarındaki hasta gruplarında araştırılmış olup (13-17), KOAH olan bireylerde hareket korkusunun araştırıldığı iki adet çalışmaya rastlanılmıştır (18,19). Vardar ve ark. (2019), orta/ağır KOAH olan bireylerin hareket korkusu yaşadığını ve ağrı, yorgunluk şiddeti, dispne seviyesi ve komorbiditelerin bu durum üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir (18). Saka ve ark. (2021), KOAH olan bireylerin hareket korkusunu azaltmada inspiratuar kas eğitiminin etkili olduğunu belirtmiştir (19).

Literatürde birçok hasta grubunda öz bakım gücü, hareket korkusu ve bunları etkileyen faktörler ile ilişkileri incelenmiştir (4,18,20-22). Hareket korkusu ve öz bakım gücü arasındaki ilişkinin ise yalnızca böbrek nakli geçiren hastalarda incelendiği görölmüştür. Bu alışma ile hareket korkusunun düşük öz bakımı olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (23). Ancak literatürde KOAH olan bireylerde hareket korkusunun öz bakım gücü üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu alışma KOAH'da önemli bir yeri olan hareket korkusunun bireylerin öz bakım gücüne etkisini araştırmak amacıyla planlanmıştır. Bu yönüyle çalışmanın özėün olup literatüre katkı sağlayacağı, KOAH olan bireylerin öz bakım gücünün arttırılmasına yönelik girişimlerde hareket korkusunun azaltılmasına da yer verilerek katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI TANIMI

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, hava yollarında ve akciğerlerde zararlı partiküller veya gazlara uzun süre maruz kalmanın neden olduğu inflamatuvar yanıtla ilişkilendirilen bir hastalıktır. KOAH, sürekli öksürük, nefes darlığı, eforla artan nefes darlığı ve balgam üretimi gibi belirtilerle kendini gösterir ve aynı zamanda kalıcı hava akımı kısıtlamasıyla karakterizedir (1,2).

2.2. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI EPİDEMİYOLOJİSİ VE PREVELANSI

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, dünya genelinde ciddi bir ölüm ve hastalık nedenidir (24). KOAH'ın tanınmasında kullanılan farklı yaklaşımlar sebebiyle KOAH yükünü tahmin etmenin oldukça zor olduğu bildirilmektedir (25). Bununla birlikte KOAH hastalık yükü ve mortalitesinin yıllar içinde arttığı, ilerleyen yıllarda da hem hastalık yükünün hem de prevalansının daha da artacağı bildirilmektedir (26).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim Grubu (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease-GOLD) 2020 raporuna göre, dünya genelinde KOAH'ın yaygınlığı %11,7 olarak kaydedilmiştir. Bu rapora göre, KOAH'a bağlı kayıtlara geçen ölüm vakalarının yaklaşık üç milyon olduğu ve bu ölümlerin %90'ının düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği ifade edilmektedir (28). DSÖ, 2021'de dünyada ölümlerin en sık üçüncü nedeninin KOAH olduğunu belirtmektedir (26). Türkiye'deki Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 raporuna göre, solunum sistemi hastalıkları ülke genelindeki ölümlerin %13'ünü oluşturarak üçüncü sırada yer almaktadır. Bu hastalıklar arasında KOAH, %5'lik bir oranla önemli bir paya sahiptir (27).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim Grubu 2022 raporuna göre, 40 yaş ve üzeri bireylerde KOAH'a bağlı ölümlerin 2060 yılına kadar 5.4 milyona ulaşabileceği ön görülmektedir (28).

2.3. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI PATOLOJİ, PATOGENEZ VE PATOFİZYOLOJİSİ

2.3.1. Patoloji

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda akciğer dokusunda, hava yollarında ve pulmoner damarlarda patolojik değişiklikler gözlemlenmektedir (29). Bununla birlikte mukus bezi hiperplazisi ve mukus üretiminde artış, kronik inflamasyon, düz kas hiperplazisi, epitelyal değişiklikler ve fibrozis olarak sıralanabilmektedir (30,31). Hastalık boyunca kronik inflamasyon ile birlikte, amfizem ile sonuçlan parankimal doku yıkımı gözlenmektedir. Kronik inflamasyon süreci, sistemik inflamasyona neden olarak KOAH'a bağlı eş zamanlı hastalıkların gelişimine yol açmaktadır (32).

2.3.2. Patogenez

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda inflamatuvar yanıtı cevap olarak gelişen onarım döngüsünün sürekli tekrarlanması akciğer dokusunda geri dönüşümsüz ve kalıcı hasarına neden olmaktadır. Sonuç olarak, artan mukus hipersekresyonu, hava akımı kısıtlaması, hava yollarında daralma ve kronik inflamasyon süreci fibrozis gelişimine neden olmaktadır (33,34). İnflamasyon süreci, ayrıca oksidan/antioksidan dengesi ve proteaz/antiproteaz dengesinin bozulmasına yol açarak patojenik süreci etkileyebilmektedir. Antiproteaz dengesi, inflamatuvar tepki ile ilişkilendirilmiş olsa da, genetik faktörler, örneğin alfa-1 antitripsin eksikliği gibi, antiproteaz aktivitesinin azalmasına yol açarak bu süreci etkilemektedir (35).

2.3.3. Patofizyoloji

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'ndaki kronik inflamasyon sürecinde, artan mukus salgısının artması, mediyatörlerin salınması, fibrozis gelişmesi, akciğer parankim dokusunda harabiyet oluşması gibi fizyopatolojik değişiklikler gözlenmektedir (35,36). Submukozal bezlerdeki genişlemeye bağlı olarak mukus üretiminin artmasıyla, yüksek vizkoziteye sahip olan mukus atılımı zorlaşır. Bu durum KOAH hastalarında kronik prodüktif öksürük ve balgam şikayetlerine sebep olmaktadır (37).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın erken aşamalarında Zorlu Vital Kapasite (Forced Vital Capacity-FVC) muhafaza edilirken, hastalığın ilerlemesiyle birlikte artan

rezidüel volüm ve artan Fonksiyonel Rezidüel Kapasite (Functional Residual Capacity-FRC) gözlenmektedir. Fibrozise bağlı olarak akciğerlerde itici güç azalarak, solunum fonksiyon testlerinde 1. Saniyedeki Zorlanmış Ekspiratuvar Hacim (Forced Expiratory Volume in 1 second-FEV1) ve FEV1/FVC değerlerinde düşme gözlenir (38). Periferik hava yolu obstrüksiyonu sebebiyle ventilasyonun azalması, genişleyen alveollerin mekanik basınç uygulaması ve damar duvarında meydana gelen yıkımlar, Ventilasyon/Perfüzyon Oranı (Ventilation/Perfusion-V/Q) parametresinde dengesizliğe ve bunun sonucunda da hipoksemiye neden olmaktadır (39). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın ilerleyen evrelerinde görülen pulmoner hipertansiyon, KOAH'ın en önemli komplikasyonlarından biri olarak bildirilmektedir (39). Uyku, egzersiz ve hastalığın alevlenme dönemi sırasında pulmoner hipertansiyon ilerleyerek, kor pulmonale ve kötü prognoz gelişmesine neden olabilmektedir (38,40)

2.4. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI TANI VE DEĞERLENDİRMESİ

Hastaların uzun süreli öksürük, balgam çıkarma ve nefes darlığı gibi şikayetleri varsa, KOAH açısından değerlendirilmelidir (41). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda Solunum Fonksiyon Testi (SFT)'nde FEV1/FVC oranının %70'ten düşük olması tanıyı kesinleştirmektedir. Bu test hastalığın tanısının konmasının yanı sıra şiddetinin belirlenmesi açısından da kullanılabilmektedir (28). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın derecesinin değerlendirilmesi SFT ölçümlerindeki değerler, hastaneye yatma öyküsü, alevlenme öyküsü ve semptomların bileşik değerlendirilmesi ile gerçekleştirilir (42,43).

2.4.1. Fiziki Bulgular ve Belirtiler

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın temel belirtileri dispne, uzun süreli öksürük ve balgam çıkarmadır (44). Fiziki bulgular erken dönemde normal seyrederken, alevlenme dönemi ve hastalık şiddeti arttıkça, nefes alırken ıslık sesi, göğüste sıkışma hissi, büzük dudak ile soluma, interkostal çekilmeler, siyanoz ve kor pulmonare gelişen hastalarda periferde ödemler, hepatomegali ve juguler venlerde dolgunluk gözlenebilir (42,43).

Belirtileri standardize etmek amacıyla dünya genelinde geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış KOAH Değerlendirme Testi kullanılmaktadır. Her bir sorusu 5 puan

değerinde olan, sekiz ifadeden oluşan bir ölçektir. Toplam puan aralığı 0 ile 40 arasındadır ve 0 puan en iyi sağlık durumunu, 40 puan ise en kötü sağlık durumunu temsil etmektedir. Kabul edilen eşik değeri 10'dur (45,46).

Nefes darlığına bağlı olarak KOAH olan bireylerde aktivite intoleransı gözlenmektedir (47,48). Dispnenin hangi fiziksel aktivite düzeyinde hissedildiğini ölçmek üzere mMRC kullanılmaktadır (49). Skala beş maddeden oluşmaktadır (Tablo 2.1).

Tablo 2.1: Modified Medical Research Council Dispne Skalası- mMRC (3)

DERECE	TANIM
Evre 0	Sadece ağır egzersiz esnasında nefesim daralıyor.
Evre 1	Sadece düz yolda hızlı yürüdüğümde ya da hafif yokuş çıkarken nefesim daralıyor.
Evre 2	Nefes darlığım nedeniyle düz yolda kendi yaşıtlarıma göre daha yavaş yürümek ya da ara ara durup dinlenmek zorunda kalıyorum.
Evre 3	Düz yolda 100 metre ya da birkaç dakika yürüdükten sonra nefesim daralıyor ve duruyorum..
Evre 4	Nefes darlığım yüzünden evden çıkamıyorum veya giyinip soyunurken dahi nefesim daralıyor.

2.4.2. Solunum Fonksiyon Testi

Solunum Fonksiyon Testi, kesin tanının konulmasında kullanılan objektif bir tanı yöntemidir. Bronkodilatör (salbutamol) uygulandıktan 15 dakika sonra, ölçüm yapan cihaza kişinin yaşı boyu, kilosu ve ırkı girilerek sonuç elde edilmektedir. Ölçülen FEV1/FVC değerinin %70'in altında olması kesin tanıyı koydurur. Hastalığın şiddetinin belirlenmesinde de kullanılmaktadır (50,51).

2.4.3. Alevlenme Evrelerinin Değerlendirilmesi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın alevlenmesi, hastanın solunum yollarıyla ilişkili belirtilerinin, günlük normal belirtilerinin dışın çıkarak ilaç tedavisi gerektirecek ölçüde şiddetlenmesi olarak tanımlanmaktadır (52).

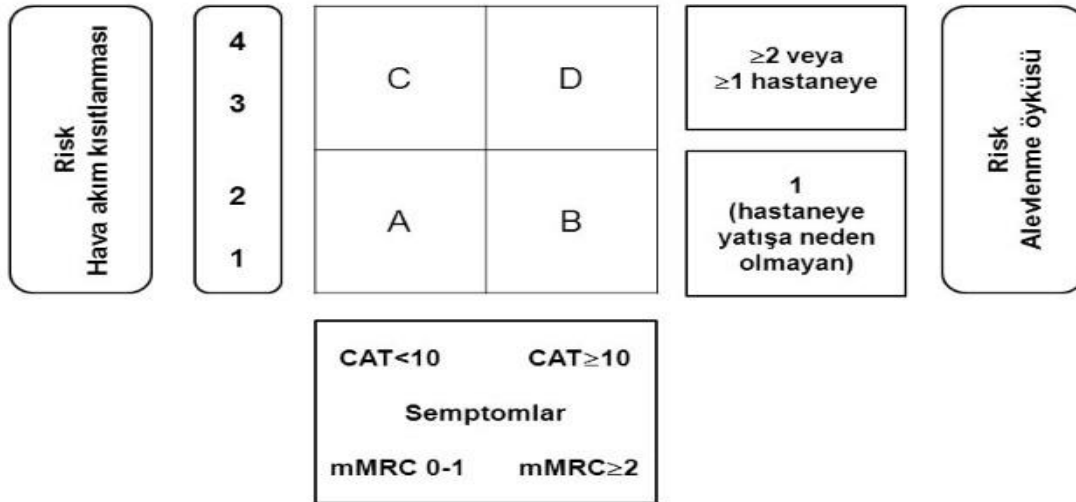
Alevlenme riski geçmiş yıldaki alevlenme öyküsüne ya da spirometrik ölçüme göre yapılmaktadır. Risk belirlenirken öncelikle GOLD evresine göre değerlendirildiğinde, Evre 1 ve 2 düşük risk seviyesinde kabul edilirken, 3. ve 4. evrelerle birlikte yılda bir veya daha fazla alevlenme yaşanması, yüksek riskle ilişkilendirilmektedir (53).

2.4.4. Komorbiditelerin Değerlendirilmesi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, akciğer içi ve sistemik inflamasyonlarla ilişkili olarak çeşitli hücresel değişikliklere neden olur. Genellikle ileri yaşlarda ortaya çıkan KOAH, bir dizi komorbiditeyle ilişkilidir. Bu komorbiditeler arasında kardiyovasküler hastalıklar öne çıkmaktadır (54).

2.4.5. Birleşik Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Değerlendirmesi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim Grubu, KOAH'ın evrelendirmesinde birleşik değerlendirme yaklaşımı önermektedir (Şekil 2.1).



Şekil 2.1: Birleşik KOAH Değerlendirmesi (3)

Bu yaklaşımda, hastanın değerlendirilmesi spirometrik ölçümlerdeki değerler, hastaneye yatma öyküsü, alevlenme öyküsü ve semptomlar birleşik değerlendirilmektedir. mMRC ve CAT skala değeri ile hastanın semptomatik sınıflandırması ve GOLD sınıflandırması yapılmakta ya da alevlenme öyküsüne göre risk sınıflandırması yapılarak hastanın Birleşik KOAH Değerlendirmesi yapılmaktadır (55).

"A grubu" olarak adlandırılan bu kategorideki hastalar, GOLD evre 1 veya evre 2'de bulunurlar. Yılda 0-1 kez alevlenme yaşarlar ve bu nedenle hastane yatışı gerektirmezler; mMRC skalasında derecesi 0-1 veya CAT skorları 10'un altındadır.

"B grubu" olarak sınıflandırılan hastalar, GOLD evre 1 veya evre 2'de bulunur. Yılda 0-1 kez alevlenme yaşarlar ve bu nedenle hastane yatışına ihtiyaç duymazlar; mMRC derecesi 2 veya daha fazla, veya CAT skoru 10 veya daha fazla olarak değerlendirilir.

"C grubu" olarak adlandırılan hastalar, GOLD evre 2 veya evre 3'te bulunur. Yılda iki veya daha fazla kez alevlenme yaşarlar ve bu nedenle hastane yatışına en az bir kez ihtiyaç duyarlar; mMRC derecesi 0-1 veya CAT skoru 10'un altındadır.

"D grubu" olarak adlandırılan hastalar, GOLD evre 2 veya evre 3'te bulunur. Yılda iki veya daha fazla kez alevlenme yaşarlar ve bu nedenle yıl içinde en az bir kez hastaneye yatış gerektirirler; mMRC derecesi 2 veya daha fazla, veya CAT skoru 10 veya daha fazla olarak değerlendirilir (55).

2.5. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI TEDAVİSİ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın tedavisinin amacı, hastalığın ilerlemesini engellemek, alevlenmelerin ve belirtilerin görülme sıklığını azaltmak, hastalığı tedavi etmek, yaşam kalitesini ve egzersiz kapasitesini arttırmak, mortaliteyi azaltmaktır. KOAH tedavisi farmakolojik ve non-farmakolojik olarak ikiye ayrılmaktadır (56).

2.5.1. Farmakolojik Tedavi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın farmakolojik tedavisinde, bronkodilatörler, antibiyotikler, kortikosteroidler, öksürük ilaçları ve antioksidanlar kullanılmaktadır. Bunlara ek olarak oksijen tedavisi, cerrahi/bronkoskopik girişimler de tedavi yollarındandır. Hastaların korunmasında grip ve pnömokok aşısı da uygulanmaktadır. Hava akımındaki azalma, belirtilerin ve alevlenmenin şiddeti her hastada farklı olacağı için tedavi planı bireyselleştirilmelidir (28).

2.5.2. Non-Farmakolojik Tedavi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim Grubu, 2020 raporunda, KOAH'ın non-farmakolojik tedavisi olarak hasta eğitimi ve kendi kendine

yönetim, pulmoner rehabilitasyon (PR), fiziksel aktivite, beslenme, aşılama, oksijen tedavisi, evde non invaziv ventilasyon ve cerrahi müdahaleler önerilmiştir (28).

2.6. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI'NDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin hemşirelik bakımı, fiziksel semptomlar (dispne, öksürük, iştahsızlık, güçsüzlük, yorgunluk) ile birlikte psikolojik semptomların (deliryum, anksiyete, depresyon) yönetimini içeren bütüncül bir yaklaşım gerektirir (57). Tanılama, hemşirelik tanısı, planlama, uygulama ve değerlendirme adımlarından oluşan hemşirelik süreci, KOAH olan bireylerin gereksinimlerine yönelik bireyselleştirilmiş ve kapsamlı bir bakımın sağlanmasında sistemli bir yaklaşım sunar. Hemşirelik süreci doğrultusunda bakım planlanırken, hemşirelik modelleri ve kuramları kullanılarak hasta tanılanır ve uygun NANDA-Uluslararası (NANDA-I) hemşirelik tanıları belirlenir. Bu doğrultuda ulaşılmak istenen hedefler Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması (Nursing Outcomes Classification-NOC) ile saptanır ve Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (Nursing Interventions Classification-NIC) ile uygun hemşirelik girişimleri belirlenir ve uygulanır. Hemşirelik sürecinin değerlendirme aşaması ise NOC ve NIC Hemşirelik sınıflama sistemleri aracılığıyla oluşturulan amaç/beklenen hasta sonuçları ve planlanan girişimler doğrultusunda gerçekleştirilir. Böylece, KOAH olan bireylere bireyselleştirilmiş ve holistik bir hemşirelik bakım sunmanın yanı sıra bilimsel temellere dayanan bir yaklaşım sağlanır (58-62).

2.6.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Tanılanması

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin tanılama süreci, hemşirelik bakımının önemli bir aşamasıdır. Sağlık öyküsü alınırken hastanın önceki sağlık sorunları, sigara içme alışkanlığı, maruz kaldığı çevresel risk faktörleri ve semptomları değerlendirilir. Fiziksel muayene sırasında solunum hızı, nefes alma güçlüğü, göğüs deformiteleri ve dışsal belirtiler gözlemlenir. Solunum fonksiyon testleri (örneğin, spirometri) ile akciğer fonksiyonları değerlendirilir ve laboratuvar testleri ile kan gazı analizleri yapılır. Son olarak, görüntüleme testleri (röntgen, BT taramaları) ile akciğer yapısal değişiklikleri incelenir. Bu veriler ışığında kapsamlı ve sistematik bir tanılama, bireyselleştirilmiş ve holistik bir bakım için Roper, Logan ve Tierney'in Yaşam Aktivitelerine Temellenen Hemşirelik Modeli uygun bir temel oluşturur (13,63,41)

2.6.2. Roper, Logan ve Tierney'in Yaşam Aktivitelerine Temellenen Hemşirelik Modeli Doğrultusunda Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireyin Tanılanması

Roper, Logan ve Tierney'in Yaşam Aktivitelerine Temellenen Hemşirelik Modeli 1970 yılında Edinburg Üniversitesi'nde geliştirilmiştir. Bu model, hemşirelerin bireylere, ailelere ve topluma bakım hizmeti sunarken sistematik bir yaklaşım benimsemelerine ve bakım kalitesini artırmalarına yardımcı olur (64,65). Yaşam süresi, yaşam aktiviteleri, yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler, bağımlılık/bağımsızlık durumu ve bireysellik olmak üzere beş temel başlık altında organize edilmiş bir yaklaşımı temsil eder (66-68).

Roper, Logan ve Tierney'in Yaşam Aktivitelerine Temellenen Hemşirelik Modeli, holistik bir perspektifle bireyleri değerlendirerek yaşam kalitesini artırmayı ve günlük yaşamlarındaki bağımsızlıklarını desteklemeyi hedefler. Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, iletişim, solunum, beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyinme, beden sıcaklığının kontrolü, hareket, çalışma ve eğlenme, cinselliği ifade etme, uyku gibi 11 yaşamsal aktiviteyi ve ölüm süreçlerini kapsamlı bir şekilde ele alan 12 bileşenden oluşmaktadır (69). Kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımda, modellerin kullanımı, bireysel ihtiyaçların ve yaşam koşullarının dikkate alınmasına önemli katkılarda bulunur (70). KOAH gibi bireyin günlük yaşamını her yönüyle etkileyerek, bağımsızlığını ve yaşam kalitesini azaltan kronik hastalıkların yönetiminde sistemli, kapsamlı, etkili ve bireyselleştirilmiş bir yaklaşım için Roper, Logan ve Tierney'in Yaşam Aktivitelerine Temellenen Hemşirelik Modeli kullanılabilir (71-73).

2.6.2.1 Yaşam Süresi: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, yaşamın farklı evrelerinde maruz kalınan risk faktörleriyle ilişkilidir. Doğum öncesi dönemde, annenin sigara kullanımı ve diğer çevresel riskler, bebeklerin düşük akciğer kapasitesiyle doğmasına neden olabilir. Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde sigara dumanına maruz kalmak, akciğer gelişimini olumsuz etkileyerek KOAH belirtilerinin erken yaşlarda ortaya çıkma riskini artırabilir. Erişkinlik döneminde aktif veya pasif sigara içimi, akciğer fonksiyonlarının hızla azalmasına ve KOAH'ın ilerlemesine katkıda bulunur. Yaşlılıkta ise KOAH'a bağlı solunum zorlukları yaşam kalitesini düşürebilir, günlük aktivitelerde kısıtlamalara sebep olabilir ve bağımsızlığı azaltabilir. Bu bağlamda, KOAH tedavisinde yaşam sürecine odaklanan ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının sağlanması büyük önem taşır (74,79).

2.6.2.2. Yaşam Aktiviteleri: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ile bireylerin yaşamsal aktiviteleri ve ölüm sürecine ilişkin ortaya çıkan değişimler hemşire tarafından değerlendirilerek uygun girişimler planlanmalıdır.

Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi: Hastanın oksijen ihtiyacı değerlendirilir ve uygun oksijen cihazları kullanılır. Hava yolları açık tutularak solunum rahatlatılır. Düşme riskini azaltmak için hastanın yatak çevresi düzenlenir ve enfeksiyon kontrol önlemleri alınır (80).

İletişim: Dispne nedeniyle iletişim zorlukları yaşayan bireyler için uygun iletişim yöntemleri belirlenir ve kullanılır. Ayrıca anksiyete seviyeleri göz önünde bulundurularak bireylerin duygusal durumları anlaşılır ve desteklenir (81,82).

Solunum: Solunum sıkıntısı olan bireylerde solunum aktiviteleri düzenli olarak değerlendirilir ve desteklenir. Pozisyonlama, oksijen tedavisi yönetimi, solunum egzersizleri gibi yöntemlerle solunum kolaylaştırılır (83,84).

Beslenme: Solunum güçlüğü yaşayan bireyler için beslenme aktiviteleri özel önem taşır. Beslenme eğitimi ve semptomlara uygun diyet planları ile bireylerin sağlıklı beslenmeleri teşvik edilir (85,86).

Hareket: Solunum sıkıntısı, aktivite intoleransına ve hareket korkusuna yol açabilir; bu durum, KOAH olan bireylerin fiziksel aktiviteleri kısıtlamalarına neden olabilir ve dolayısıyla günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyebilir. Bu bağlamda, bireylerin hareket kapasiteleri ayrıntılı bir şekilde değerlendirilir ve tolerans seviyelerine uygun hareket programları oluşturulur. Aynı zamanda, güvenli mobilizasyon teknikleri ve egzersiz yöntemleri eğitimi verilir (87).

Kişisel temizlik ve giyinme: Solunum sıkıntısı nedeniyle gelişen fiziksel kısıtlamalar bireylerin öz bakımını olumsuz etkileyebilmektedir. Hemşireler, bireylerin kişisel temizlik ve giyinme ihtiyaçlarını belirler ve uygun yardımı sağlar (87,88).

Beden sıcaklığının kontrolü: Bireylerin termoregülasyonu için odaların sıcaklığı düzenlenir, sıvı alımı izlenir ve sıcaklık değişimlerine karşı koruma sağlanır (71,89).

Uyku: Dispne nedeniyle uyku problemleri sık görülür. Hemşireler, bireylerin uyku düzenini izler, solunum problemlerini takip eder ve uyku pozisyonları konusunda destek sağlar (90-92).

Çalışma ve eğlenme: Aktivite intoleransı ve fiziksel kısıtlamalar nedeniyle bireylerin yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenebilir. Hemşireler, işle ilgili gereksinimleri değerlendirir, sosyal etkileşimi teşvik eder ve enerji yönetimi konusunda eğitim verir (93-95).

Cinselliğin ifade edilmesi: Solunum güçlüğü cinsel aktiviteyi etkileyebilir. Hemşireler, cinsel sağlık konularında bilgilendirme sağlar ve bireylerin cinsel sağlık sorunlarını ifade etmelerini teşvik eder (96-98).

Boşaltım: Solunum güçlüğü idrar ve dışkılama işlevlerini etkileyebilir. Hemşireler, bireylerin boşaltım fonksiyonlarını düzenli tutmak için önlemler alır ve uygun müdahalelerde bulunur (99,100).

Ölüm: Hemşireler, bireylerin yaşam sonu dönemlerinde palyatif bakım uygulayarak semptomları kontrol altına alır, duygusal ve ruhsal ihtiyaçları ele alır ve insanca bir ölüm deneyimi yaşamalarını sağlar (101,102).

2.6.2.3. Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler: Yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler, biyofizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, çevresel ve politiko-ekonomik olmak üzere beş ana grupta toplanmaktadır. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde dispne, öksürük, iştahsızlık, güçsüzlük, yorgunluk gibi biyofizyolojik; deliryum, anksiyete, depresyon gibi psikolojik; bireyin toplumsal ilişkileri, kültürel değerleri, yaşadığı sosyal çevre gibi sosyokültürel; bireyin yaşadığı fiziksel çevre koşulları, doğal kaynaklar gibi çevresel; bireyin siyasi ve ekonomik durumu, sağlık hizmetlerine erişimi gibi politiko-ekonomik faktörler yaşam aktivitelerini etkileyebilmektedir (57,103-107).

2.6.2.4. Bağımlılık- Bağımsızlık Dizgesi: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin bağımlılık-bağımsızlık dizgesinde yaşanan değişiklikleri anlamak, hastaların yaşam aktivitelerini sürdürme düzeylerini değerlendirmek açısından kritiktir. Dispne ve yorgunluk gibi semptomlar, hastaların fiziksel aktivitelerinde kısıtlamalara neden olabilmektedir. Bu durum, bireylerin bağımsızlık düzeyinde azalmaya ve bağımlılık düzeyinde artışa yol açabilmektedir. Hastalar, normalde kolayca gerçekleştirebilecekleri günlük aktivitelerde zorlanabilir ve solunum fonksiyonlarında yaşanan bozulma, hastalığın ilerleyişiyle birlikte artabilmektedir. Sağlık profesyonelleri, bu değişiklikleri değerlendirerek hastalara uygun destek ve bakım sağlamalıdır. Bu,

bireylerin günlük yaşam aktivitelerini daha etkili bir şekilde sürdürmelerine ve bağımsızlıklarını korumalarına yardımcı olabilir (79,103,108).

2.6.2.5. Yaşamda Bireysellik: Roper, Logan ve Tierney'in Yaşam Aktivitelerine Temellenen Hemşirelik Modeli, yaşamsal aktivitelerin ve çeşitli faktörlerin bireyin refahı üzerindeki etkisine odaklanarak yaşamdaki bireyselliği vurgulamaktadır. Bu doğrultuda KOAH olan bireylerin hemşirelik bakımı planlanırken kendilerine özgü ihtiyaçları ve yetenekleri dikkate alınmalıdır (68,109). Her bireyin yaşam süreci, hastalık süreci ve hastalığı algılayışı bireyseldir. Hemşirelik, problem çözme sürecinin her aşamasında bireyin özgünlüğünü dikkate almalıdır (70, 110).

2.6.3. Hemşirelik Tanısı – Planlama

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin hemşirelik tanıları bireye özgü olarak değişebilir. Ancak KOAH olan bireylerin NANDA-I sınıflamasına göre sıklıkla karşılaşılabilecek hemşirelik tanısı; "Aktivite İntoleransı"dır. Ayrıca, aktivite intoleransı ve yorgunluk gibi durumlar, öz bakım uygulamalarında eksikliklere neden olabilir. NANDA-I sınıflamasında öz bakım eksiklerine bağlı tanılar 4.Alan: Aktivite/Dinlenme ve Sınıf 5: Öz bakım içerisinde yer alır ve öz bakım aktivitelerinin birkaçında birlikte gelişen yetersizlikler “Öz Bakım Eksikliği Sendromu” olarak tanımlanır.

Hemşirelik Tanısı: “Aktivite İntoleransı”

Tanım: Akciğer alveolleri ve vasküler sistem arasındaki gaz (oksijen ve karbondioksit) geçişinde mevcut ya da potansiyel bir azalma olan bireydeki durumdur (62,82).

Tanımlayıcı Özellikler: Aktif dispne/solunum çabasında artma, aktivite sırasında: yorgunluk, halsizlik, dispne, göğüs ağrısı, baş dönmesi.

Beklenen Hasta sonuçları: Hastanın aktiviteye toleransının artması, yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi ve solunum egzersizlerini gerçekleştirebilmesi hedeflenmektedir.

Risk Durumunda Uygulanabilecek Hemşirelik Girişimleri- NIC:

Alan 3. Davranışsal Sınıf: Davranış Terapisi

NIC: Aktivite Terapisi (Kod: 4310)

- Solunum kaslarını güçlendiren programlara veya dayanıklılık eğitimine başlanır ve hastanın solunum performansı artırılır.
- Ventilasyon/perfüzyon dengesini geliştirmek amacıyla hastaya özel pozisyonlar verilir ve solunum gücünü azaltılmaya çalışılır.
- Derin solunum, dönme ve öksürme gibi aktiviteleri yavaş bir şekilde yapması için hastaya cesaretlendirilir ve solunum kapasitesi artırılmaya çalışılır.
- Hastayı destekleyerek, alışagelmış ve en çok sevdiği boş zaman aktivitelerinin kişisel anlamını keşfetmesi için uğraşılır ve ruhsal sağlığı güçlendirilmeye çalışılır.
- Fiziksel, psikolojik ve sosyal yeteneklere uygun aktiviteleri ve hedefleri seçmesi için hastaya rehberlik edilir ve bireyin bütünlüğü desteklenir.
- Gerektiği kadar fiziksel aktivitelere (ambulasyon, taşıma, dönme, kişisel bakım) yardım edilir ve hastanın bağımsızlığı desteklenir. Fiziksel egzersiz sırasında oksijen alımını arttırmak için uygun solunum teknikleri öğretilir ve hastanın egzersiz verimliliği optimize edilmeye çalışılır.
- Egzersiz yapmada hastayı desteklemek için yardımcı aletler (baston, yürüteç, yastıklar vb.) tedarik edilir ve güvenli bir egzersiz ortamı oluşturulur. Bireyin çabası için olumlu geri bildirim yapılır, bu da motivasyonu artırarak uygulama güçlendirilir (62,82).

Hemşirelik Tanısı: Öz Bakım Eksikliği Sendromu

Tanım: Motor fonksiyonlarında veya bilişsel fonksiyonlarda bir bozulma nedeniyle kendine bakım verme aktivitelerinden beşini de (beslenme, banyo-hijyen, giyinme-kuşanma, tuvalet-tuvaleti kullanma, enstrümental bakım) yerine getirme yeterliliği azalan bir bireydeki durum (62,82).

Tanımlayıcı Özellikler: Kişisel hijyen gereksinimlerinin ihmal edilmesi, banyo yapmama veya saç taramama, yetersiz veya dengesiz beslenme alışkanlıkları, ev temizliği ve düzeninde sorunlar, sağlık izlemi ve tedaviye uymama, doktor randevularına gitmeme veya ilaçları düzenli kullanmama, giysi seçiminde sorunlar, uygun giysilerin

seçilememesi veya giysilerin düzgün giyilememesi, toplumsal izolasyon, dışarı çıkmama veya sosyal etkinliklere katılmama.

Beklenen Hasta Sonuçları: Hasta öz bakım aktivitelerini hatırlatılmadan yardımsız yapabilmesi. Hastanın temiz görünümde olması ve öz bakım aktivitelerine gereken özeni göstermesi.

Risk Durumunda Uygulanabilecek Hemşirelik Girişimleri- NIC:

Alan 4. Temel: Fizyolojik Sınıf: Öz Bakımı Kolaylaştırma

NIC: Öz bakım yardımı (Kod:1800)

- Öz bakım alışkanlıklarını desteklerken, hastanın kültürel arka planı göz önünde bulundurulur.
- Öz bakım aktivitelerini teşvik ederken, hastanın yaş faktörü dikkate alınır.
- Hastanın bağımsız öz bakım yetenekleri gözlemlenir ve değerlendirilir.
- Hasta, kendi yetenek seviyesine uygun olarak günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmeye teşvik edilir.

2.6.4. Uygulama

Bu aşamada hastanın durumu ve hemşirelik tanıları değerlendirildikten sonra planlanan hemşirelik girişimleri uygulanmaya başlanır (62,82).

2.6.5. Değerlendirme

Bu aşamada hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı kontrol edilir. Hemşire, KOAH olan bireylerin solunum durumunu ve girişimlerin etkinliğini izler. Eğer sorun devam ediyorsa sürecin aşamaları yeniden değerlendirilir ve gerekirse plan revize edilir (62,82).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TASARIMI

Araştırma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde hareket korkusunun öz bakım gücüne etkisini araştırmak amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde hareket korkusu nasıldır?
- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde öz bakım gücü nasıldır?
- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde hareket korkusu ve öz bakım gücü arasındaki ilişki nasıldır?

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma Ekim 2022- Şubat 2023 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin göğüs hastalıkları ve dahiliye kliniklerinde tedavi edilen, KOAH tanısıyla tedavi edilen ve dahil etme kriterlerine uyan 117 birey ile gerçekleştirilmiştir. Göğüs hastalıkları ve dahiliye servisi 30 yataklı olup, hastanenin dördüncü katında yer almaktadır.

Araştırmanın evrenini, Ekim 2022- Şubat 2023 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin göğüs hastalıkları ve dahiliye kliniğinde bulunan KOAH olan bireyler oluşturmuştur. Araştırmaya alınacak kişi sayısını belirlemek üzere güç (power) analizi yapılmıştır. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü Cohen (1988) tarafından belirlenen çoklu regresyon analizine göre orta düzeyde 0.15 alınmıştır. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0.15 etki büyüklüğünde 107 kişiye ulaşılması gerektiği belirlenmiştir. (df=2; F=3,086) (111). Eksik veriler olabileceği göz önünde bulundurularak yaklaşık %10 daha fazla alınarak 117 KOAH olan birey ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

3.4.1. Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş üstü,
- Sözel iletişim kurmayı engelleyebilecek herhangi bir görsel, işitsel, algısal sorunu olmayan,
- Değiştirilmiş İngiliz Tıbbi Araştırma Konseyi Anketi (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale- mMRC)'ne göre en az 2. evrede bulunan,
- Solunum fonksiyon testi (SFT) sonuçlarına göre FEV₁/FVC oranı < %70 olan,
- KOAH olan bireyler örnekleme dahil edilmiştir.

3.4.2. Örneklemden Dışlanma Kriterleri

- Akut KOAH alevlenme döneminde olmak,
- Veri toplama aracını eksik doldurmaktır.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Ekim 2022- Şubat 2023 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin göğüs hastalıkları ve dahiliye kliniklerinde tedavi edilen, KOAH olan ve dahil etme kriterlerini karşılayan 117 birey ile yüz yüze gerçekleştirilmiştir.

3.5.1. Araştırmada İzlenen Yol

Araştırma, etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra, kurumda hemşire olarak görev yapmakta olan araştırmacı tarafından yürütüldü. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan örneklem grubundaki tüm KOAH olan bireylere araştırmanın amacı ve uygulama yöntemi hakkında bilgilendirme yapıldı. Sözlü ve yazılı onamları alındı (EK-1).

Daha sonra bu hastalara “Kişisel Bilgi Formu (EK-2)”, “Nefes Darlığı İnançları Anketi (NDİA) (EK-3)”, “Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) (EK-4)” 30-35 dakika içerisinde uygulandı.

Veri toplama araçları, yemek, tedavi ve ziyaret saatleri dışında 08.00- 16.00 saatleri arasında uygulanmıştır.

3.5.2. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; “Kişisel Bilgi Formu”, “Nefes Darlığı İnançları Anketi (Breathlessness Beliefs Questionnaire-NDİA)” ve “Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)” kullanılmıştır.

3.5.2.1. Kişisel Bilgi Formu: Literatür doğrultusunda hazırlanmış olup (1,3,7,10,12,32,61), sosyodemografik verilere ve KOAH hastalığına yönelik toplam 22 sorudan oluşmaktadır. Bireylerin sosyodemografik özelliklerini içeren bölümde; ‘yaş, boy, kilo, beden kitle indeksi (BKİ), cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, aile tipi, kimlerle birlikte yaşadığı, mevcut çalışma durumu, meslek, gelir durumu’ gibi verileri içeren 10 soru yer almaktadır. KOAH hastalığına yönelik verileri inceleyen bölümde ise; ‘KOAH tanı süresi, daha önce hastaneye yatmış olma durumu, son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye yatma sayısı, ilaçlarını düzenli kullanma durumu, evde/yaşadığı yerde tedaviye yardımcı cihaz kullanma durumu, evde uzun süreli oksijen tedavisi alma durumu, KOAH hakkında eğitim alma durumu, günlük yaşantısında yardıma ihtiyaç duyma durumu, günlük yaşantıda yardımcı olan kişiler, KOAH’ın yaşamını etkileme düzeyi, sağlığın değerlendirilmesi’ gibi 12 soru yer almaktadır.

3.5.2.2. Nefes Darlığı İnançları Anketi (Breathlessness Beliefs Questionnaire-NDİA): Nefes Darlığı İnançları Anketi, 11 sorudan oluşan bir ölçektir ve kişinin nefessizlik nedeniyle yaşadığı hareket korkusu ve anksiyete durumunu değerlendirmek için kullanılır.

Her soru '1 (kesinlikle katılmıyorum) - 5 (kesinlikle katılıyorum)' şeklinde değerlendirilir. Ölçekten alınabilecek puanlar 11-55 arasındadır, yüksek puan nefes darlığı nedeniyle hareket korkusu ve anksiyetenin yüksek olduğunu gösterir.

Saka ve ark (2019) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.78 olarak belirlenmiştir (112). Bu çalışmada Nefes Darlığı İnançları Anketi’nin güvenilirliği yüksek bulunmuştur (Cronbach Alpha=0,82).

3.5.2.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ): 1979 yılında Kearney ve Fleischer tarafından geliştirilen bu ölçek, bireylerin kendi kendine bakma veya öz bakım yeteneklerini belirlemek amacıyla kullanılır.

Toplamda 43 madde içerirken, Türk toplumunda yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda 35 madde olarak düzenlenmiştir. Ölçek, 5'li Likert tipi bir ölçektir ve her ifadeye 0'dan 4'e kadar puan verilir (hiç tanımlamıyor-0, pek tanımlamıyor-1, fikrim yok-2, biraz tanımlıyor-3, çok tanımlıyor-4).

Ölçeğin 8 maddesi (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31), olumsuz ifadeler içerir ve puanlama bu maddeler için ters çevrilerek yapılır. Ölçeğin minimum alabileceği puan 35 ve maksimum alabileceği puan 140'tır. Ölçekten alınan en düşük puan 35, en yüksek puan 140'tır. Ölçek puanının 82'nin altında olması düşük, 82-120 puan arasında olması orta, 120 puanın üstü olması öz bakım gücünün yüksek olduğunu ve bireyin öz bakımını yeterli ve bağımsız olarak gerçekleştirebildiğini göstermektedir.

Nahcivan ve ark. (2004) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında, Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,92 olarak saptanmıştır (113). Bu çalışmada, Öz Bakım Gücü Ölçeği'nin güvenirliği yüksek bulunmuştur (Cronbach Alfa değeri 0,97).

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir (Tablo 3.1).

Tablo 3.1: Ölçek puanlarının Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri

Ölçekler	Basıklık	Çarpıklık
Nefes Darlığı İnançları Anketi	0,463	-0,948
Öz Bakım Gücü Ölçeği	-0,617	0,860

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (114), +2.0 ile -2.0 arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir (114). Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda kategorik değişkenlerin oranları arasındaki farklar Ki-Kare ve Fisher exact testleri ile analiz edilmiştir. Hastaların ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Korelasyon katsayıları (r) 0,00-0,25 çok zayıf; 0,26-0,49 zayıf; 0,50-0,69 orta; 0,70-0,89 yüksek; 0,90-1,00 çok yüksek olarak değerlendirilmiştir (115).

Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

Etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen (d) ve Eta kare (η^2) katsayıları kullanılmıştır. Etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın önemli kabul edilecek büyük bir fark olup olmadığını göstermektedir. Cohen değeri 0.2: küçük; 0.5: orta; 0.8: büyük olarak, eta kare değeri 0.01: küçük; 0.06: orta; 0.14: büyük olarak değerlendirilmektedir (111).

3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etik Kurulundan etik kurul onayı (Tarih: 15.11.2022 no: 13343) ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır (EK-5, EK-6).

Kullanılan ölçeklerin yazarlarından ölçek izinleri alınmıştır (EK-7). Ayrıca araştırmaya katılan bireylerden araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirilmiş onamları sözlü ve yazılı olarak alınmıştır (EK-1).

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma, sadece bir devlet hastanesinde yatarak tedavi gören KOAH olan bireyler ile yapılmıştır. Bu nedenle, sonuçlar KOAH olan bireylerin tamamına genellenemez.

Ayrıca, bu araştırma, belirli bir zaman diliminde veri toplamaya odaklanmıştır. Bu nedenle, hareket korkusunun öz bakım gücü üzerindeki etkisini zaman içinde nasıl

değiştiğini veya neden-sonuç ilişkilerini kesin olarak belirlemenin zor olması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Çalışmada, Nefes Darlığı İnançları Anketi ve Öz Bakım Gücü Ölçeği gibi değerlendirme araçları kullanılması araştırmanın güçlü yönüdür.



4. BULGULAR

Bu bölümde, KOAH olan bireylerde hareket korkusunun bireylerin öz bakım gücüne etkisini araştırmak amacıyla gerçekleştirilen araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri yapılarak tablolar halinde aşağıda belirtilen dört başlıkta sunuldu.

- Bireylerin sosyodemografik ve hastalık özelliklerine ilişkin bulgular,
- Bireylerin hareket korkusuna ilişkin bulgular,
- Bireylerin öz bakım güçlerine ilişkin bulgular,
- Bireylerin hareket korkusu ve öz bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesine ilişkin bulgular.

4.1. BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK VE HASTALIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de sunuldu.

Tablo 4.1: Bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (N=117)

Özellikler	n	%
Yaş		
60 ve Altı	66	56,4
61 ve Üzeri	51	43,6
Beden Kitle İndeksi		
Normal Kilolu	60	51,3
Fazla Kilolu ve Üzeri	57	48,7
Cinsiyet		
Kadın	53	45,3
Erkek	64	54,7
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	20	17,1
İlköğretim	71	60,7
Lise ve Üzeri	26	22,2
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	68	58,1
Geniş Aile	40	34,2
Parçalanmış Aile ve Yalnız	9	7,7

Tablo 4.1: (devamı)

Özellikler	n	%
Çalışma Durumu		
Çalışıyorum	36	30,8
Çalışmıyorum	81	69,2
Meslek		
Ev Hanımı	16	13,7
İşçi	17	14,5
Emekli	65	55,6
Serbest Meslek	10	8,5
Çiftçi	9	7,7
Gelir Düzeyi		
Gelir Giderden Az	56	47,9
Gelir Gidere Eşit	55	47,0
	Ort	SS
Yaş	59,64	6,50
BKİ	25,38	2,66

Araştırma kapsamına alınan bireylerin çoğunun erkek (%54,7), yaş ortalamasının 59,64±6,50 (Min=48; Maks=78) ve çoğunun (%56,4) 61 yaş ve altında olduğu, BKİ ortalamalarının 25,38±2,66 (Min=19.82; Maks=32.3) olduğu ve BKİ değerlerine göre çoğunun (%51,3) normal kilolu olduğu, %60,7'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %30,8'inin çalıştığı, %55,6'sının emekli olduğu, %47'sinin gelirinin giderine eşit olduğu, %58,1'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlendi (Tablo 4.1).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin hastalık özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.2'de sunuldu.

Tablo 4.2: Bireylerin hastalık özelliklerinin dağılımı (N=117)

Özellikler	n	%
Hastalık Süresi		
1-5 Yıl	40	34,2
6 Yıl Ve Üzeri	77	65,8
İlaçları Düzenli Kullanma Durumu		
Evet	85	72,6
Hayır	32	27,4
Hastalık Hakkında Eğitim Alma		
Evet	17	14,5
Hayır	100	85,5

Tablo 4.2: (devamı)

Özellikler	n	%
Günlük İhtiyaçlarda Yardım Gerekisini		
Evet	18	15,4
Hayır	99	84,6
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Yaşamına Etkisi		
Düşük Düzeyde	11	9,4
Orta Düzeyde	73	62,4
Yüksek Düzeyde	33	28,2
Sağlık Algısı		
İyi	8	6,8
Orta	65	55,6
Kötü	28	23,9
Çok Kötü	16	13,7
	Ort	SS
Hastalık Süresi	6,72	2,36

Araştırma kapsamına alınan bireylerin çoğunun 5 yıl ve üzeri süredir KOAH tanısına sahip olduğu (%65,8), ilaçlarını düzenli olarak kullandığı (%72,6), hastalık hakkında eğitim almadığı (%85,5) ve günlük aktivitelerini yerine getirirken yardıma ihtiyaç duymadığı (%84,6), sağlıklarını orta düzeyde olarak değerlendirdiği (%55,6) ve KOAH hastalığının yaşamlarını orta düzeyde etkilediği (%62,4) belirlendi (Tablo 4.2).

4.2. BİREYLERİN HAREKET KORKUSUNA İLİŞKİN BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan bireylerin hareket korkusuna yönelik Nefes Darlığı İnançları Anketi (NDİA) toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 4.3’de sunuldu.

Tablo 4.3: Bireylerin hareket korkusuna yönelik Nefes Darlığı İnançları Anketi toplam puan ortalamaları (N=117)

	n	Ort	SS	Min.	Maks.	Puan Aralığı
NDİA	117	41,24	6,51	21	52	1-55

NDİA: Nefes Darlığı İnançları Anketi

Araştırma kapsamına alınan bireylerin hareket korkusuna yönelik NDİA toplam puan ortalaması $41,24 \pm 6,51$ ’di (Tablo 4.3).

Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre hareket korkusuna yönelik Nefes Darlığı İnançları Anketi toplam puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.4'te sunuldu.

Tablo 4.4: Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre Nefes Darlığı İnançları Anketi toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=117)

Özellikler	n	NDİA
Yaş		Ort±SS
60 ve Altı	66	38,92±6,83
61 ve Üzeri	51	44,25±4,63
t=		-4,785
p=		0,000
Beden Kitle İndeksi		Ort±SS
Normal Kilolu	60	41,26±6,97
Fazla Kilolu ve Üzeri	57	41,22±6,05
t=		0,032
p=		0,975
Cinsiyet		Ort±SS
Kadın	53	40,96±7,36
Erkek	64	41,48±5,77
t=		-0,430
p=		0,668
Eğitim Durumu		Ort±SS
Okur-yazar	20	44,85±4,34
İlköğretim	71	41,66±5,59
Lise ve Üzeri	26	37,34±8,26
F=		8,939
p=		0,000
PostHoc=		1>2, 1>3, 2>3 (p<0.05)
Aile Tipi		Ort±SS
Çekirdek Aile	68	40,20±7,03
Geniş Aile	40	43,00±5,60
Parçalanmış Aile ve ya Yalnız	9	41,33±4,79
F=		2,37
p=		0,098
		2>3, 3>1 (p<0.05)
Çalışma Durumu		Ort±SS
Çalışıyorum	36	38,69±7,21
Çalışmıyorum	81	42,38±5,87
t=		-2,916
p=		0,004

Tablo 4.4: (devamı)

Özellikler	n	NDİA
Meslek		Ort±SS
Ev Hanımı	16	39,87±7,61
İşçi	17	37,11±8,15
Emekli	65	43,00±5,25
Serbest Meslek	10	39,00±5,73
Çiftçi	9	41,33±6,65
F=		3,66
p=		0,008
PostHoc=		3>2 (p<0.05)
Gelir Düzeyi		Ort±SS
Gelir Giderden Az	56	41,58±6,16
Gelir Gidere Eşit	55	40,96±7,09
Gelir Giderden Fazla	6	40,66±4,45
F=		0,151
p=		0,860

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

NDİA: Nefes Darlığı İnançları Anketi

Araştırma kapsamına alınan bireylerden yaşı 61 ve üzeri olanların NDİA toplam puan ortalamalarının, yaşı 60 ve altı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Bireylerin BKİ ve cinsiyetine göre NDİA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Bireylerin eğitim durumuna göre NDİA toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, okur-yazar olanların ilköğretim mezunlarından; ilköğretim mezunlarının lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlardan daha yüksek puan aldığı ve aralarındaki bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Bireylerin birlikte yaşadığı aile tipine göre NDİA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Çalışmayan bireylerin NDİA toplam puan ortalamalarının, çalışan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Bireylerin mesleğine göre NDİA toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, emekli olanların işçi olarak çalışıyor olanlardan daha yüksek puan aldığı ve aralarındaki bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Bireylerin gelir düzeyine göre NDİA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Bireylerin hastalık özelliklerine göre hareket korkusuna yönelik Nefes Darlığı İnançları Anketi toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5’de sunuldu.

Tablo 4.5: Bireylerin hastalık özelliklerine göre Nefes Darlığı İnançları Anketi toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=117)

Özellikler	n	NDİA
Hastalık Süresi		Ort±SS
1-5 Yıl	40	38,55±7,21
6 Yıl ve Üzeri	77	42,64±5,68
t=		-3,369
p=		0,003
İlaçları Düzenli Kullanma Durumu		Ort±SS
Evet	85	41,42±6,59
Hayır	32	40,78±6,38
t=		0,474
p=		0,637
Hastalık Hakkında Eğitim Alma		Ort±SS
Evet	17	38,76±10,20
Hayır	100	41,67±5,62
t=		-1,714
p=		0,267
Günlük İhtiyaçlarda Yardım Gereksinimi		Ort±SS
Evet	18	44,22±5,03
Hayır	99	40,70±6,62
t=		2,138
p=		0,035

Tablo 4.5: (devamı)

Özellikler	n	NDİA
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Yaşamına Etkisi		Ort±SS
Düşük Düzeyde	11	33,45±8,68
Orta Düzeyde	73	41,31±5,80
Yüksek Düzeyde	33	43,69±5,22
F=		12,171
p=		0,000
PostHoc=		2>1, 3>1 (p<0.05)
Sağlık Algısı		Ort±SS
İyi	8	31,25±7,96
Orta	65	41,00±5,91
Kötü	28	43,00±5,21
Çok Kötü	16	44,18±5,65
F=		9,938
p=		0,000
PostHoc=		2>1, 3>1, 4>1 (p<0.05)

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

NDİA: Nefes Darlığı İnançları Anketi

Araştırma kapsamına alınan bireylerin hastalık süresine göre NDİA toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 6 yıl ve üzeri süredir hasta olanların, 1-5 yıldır hasta olanlardan daha yüksek puan aldığı ve aralarındaki bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı (p<0.05) (Tablo 4.5).

Bireylerin ilaçlarını düzenli kullanma ve hastalıkları hakkında eğitim alma durumlarına göre NDİA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05) (Tablo 4.5).

Günlük ihtiyaçlarını yerine getirirken yardıma gereksinim duyan bireylerin NDİA toplam puan ortalamaları, yardıma gereksinim duymayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0.05) (Tablo 4.5).

Bireylerin hastalığının yaşamını etkileme düzeyine göre NDİA toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaşamını yüksek düzeyde etkilediğini ifade edenlerin, orta düzeyde etkilediğini ifade edenlere göre; orta düzeyde etkilediğini ifade edenlerin,

düşük düzeyde etkilediğini ifade edenlere göre daha yüksek puan aldığı ve aralarındaki bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Bireylerin sağlık algılarına göre NDİA toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık durumunu orta ve altında bir düzeyde olarak değerlendirenlerin, iyi olarak değerlendirenlere göre daha yüksek puan aldığı ve aralarındaki bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

4.3. BİREYLERİN ÖZ BAKIM GÜÇLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan bireylerin öz bakım güçlerine yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.6: Bireylerin Öz bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalamaları (N=117)

	n	Ort	SS	Min.	Maks.	Puan Aralığı
ÖBGÖ	117	47,34	28,95	4	112	0-140

ÖBGÖ: Öz Bakım Gücü Ölçeği

Araştırma kapsamına alınan bireylerin öz bakım güçlerine yönelik Öz bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması $47,34 \pm 28,95$ olarak saptanmıştır.

Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre öz bakım güçlerine yönelik Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.7’de sunuldu.

Tablo 4.7: Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının karşılaştırılması (N=117)

Özellikler	n	ÖBGÖ
Yaş		Ort $\pm$ SS
60 ve Altı	66	59,00 $\pm$ 30,46
61 ve Üzeri	51	32,25 $\pm$ 18,09
t=		5,556
p=		0,000

Tablo 4.7: (devamı)

Özellikler	n	ÖBGÖ
Beden Kitle İndeksi		Ort±SS
Normal Kilolu	60	44,15±26,01
Fazla Kilolu ve Üzeri	57	50,70±31,64
t=		-1,226
p=		0,225
Cinsiyet		Ort±SS
Kadın	53	50,09±30,30
Erkek	64	45,06±27,82
t=		0,935
p=		0,352
Eğitim Durumu		Ort±SS
Okur-yazar	20	26,00±10,29
İlköğretim	71	47,33±27,13
Lise ve Üzeri	26	63,76±33,20
F=		11,330
p=		0,000
PostHoc=		2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)
Aile Tipi		Ort±SS
Çekirdek Aile	68	53,67±28,76
Geniş Aile	40	39,60±28,58
Parçalanmış Aile ve ya Yalnız	9	33,66±19,92
F=		4,270
p=		0,016
		1>2, 1>3 (p<0.05)
Çalışma Durumu		Ort±SS
Çalışıyorum	36	57,77±30,96
Çalışmıyorum	81	42,70±26,93
t=		2,667
p=		0,014
Meslek		Ort±SS
Ev Hanımı	16	52,06±28,41
İşçi	17	67,64±33,55
Emekli	65	40,40±26,27
Serbest Meslek	10	45,80±24,76
Çiftçi	9	52,44±28,90
F=		3,482
p=		0,010
PostHoc=		2>3 (p<0.05)

Tablo 4.7: (devamı)

Özellikler	n	ÖBGÖ
Gelir Düzeyi		Ort±SS
Gelir Giderden Az	56	47,14±29,70
Gelir Gidere Eşit	55	45,89±27,43
Gelir Giderden Fazla	6	62,50±36,24
F=		0,891
p=		0,413

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

ÖBGÖ: Öz Bakım Gücü Ölçeği

Araştırma kapsamına alınan bireylerden yaşı 60 ve altı olanların ÖBGÖ toplam puan ortalamalarının, yaşı 61 ve üzeri olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.7).

Bireylerin BKİ ve cinsiyetine göre ÖBGÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Bireylerin eğitim durumuna göre ÖBGÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilköğretim mezunlarının okur-yazar olanlardan, lise ve üzeri mezun olanların ilköğretim mezunlarından daha yüksek puan aldığı ve aralarındaki bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.7).

Bireylerin birlikte yaşadığı aile tipine göre ÖBGÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çekirdek ailede yaşayanların, geniş ailede yaşayanlara ve yalnız ya da parçalanmış ailede yaşayanlara göre daha yüksek puan aldığı ve aralarındaki bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.7).

Çalışan bireylerin ÖBGÖ toplam puan ortalamalarının, çalışmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.7).

Bireylerin mesleğine göre toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; işçi olarak çalışanların, emeklilere göre daha yüksek puan aldığı ve aralarındaki bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.7).

Bireylerin gelir düzeyine göre ÖBGÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Bireylerin hastalık özelliklerine göre Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.8'de sunuldu.

Tablo 4.8: Bireylerin öz bakım güçlerinin hastalık özelliklerine ilişkin bulgularının dağılımı (N=117)

Özellikler	n	ÖBGÖ
Hastalık Süresi		Ort±SS
1-5 Yıl	40	67,92±32,35
6 Yıl ve Üzeri	77	36,64±20,09
t=		6,435
p=		0,000
İlaçları Düzenli Kullanma Durumu		Ort±SS
Evet	85	49,00±29,55
Hayır	32	42,93±27,26
t=		1,010
p=		0,315
Hastalık Hakkında Eğitim Alma		Ort±SS
Evet	17	48,70±31,82
Hayır	100	47,11±28,60
t=		0,209
p=		0,835
Günlük İhtiyaçlarda Yardım Gereksinimi		Ort±SS
Evet	18	37,55±20,57
Hayır	99	49,12±29,96
t=		-1,569
p=		0,051
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Yaşamına Etkisi		Ort±SS
Düşük Düzeyde	11	82,54±24,41
Orta Düzeyde	73	48,68±29,33
Yüksek Düzeyde	33	32,63±16,23
F=		15,603
p=		0,000
PostHoc=		1>2, 1>3, 2>3 (p<0.05)

Tablo 4.8: (devamı)

Özellikler	n	ÖBGÖ
Sağlık Algısı		Ort±SS
İyi	8	88,62±21,96
Orta	65	52,00±28,03
Kötü	28	33,25±23,15
Çok Kötü	16	32,43±18,16
F=		12,450
p=		0,000
PostHoc=		1>2, 1>3, 2>3, 1>4, 2>4 (p<0.05)

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

ÖBGÖ: Öz Bakım Gücü Ölçeği

Araştırma kapsamına alınan bireylerin hastalık süresine göre ÖBGÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 1-5 yıldır hasta olanların 6 yıl ve üzeri süredir hasta olanlardan daha yüksek puan aldığı ve aralarındaki bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı (p<0.05) (Tablo 4.8).

Bireylerin ilaçlarını düzenli kullanma ve hastalıkları hakkında eğitim alma durumlarına göre ÖBGÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05) (Tablo 4.8).

Bireylerin günlük ihtiyaçlarını yerine getirirken yardıma gereksinim duyma durumuna göre ÖBGÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05) (Tablo 4.8).

Bireylerin hastalığının yaşamını etkileme düzeyine göre ÖBGÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaşamının düşük düzeyde etkilediğini ifade edenlerin, orta düzeyde etkilediğini ifade edenlere, orta düzeyde etkilediğini ifade edenlerin yüksek düzeyde etkilediğini ifade edenlere göre daha yüksek puan aldığı ve aralarındaki bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı (p<0.05) (Tablo 4.8).

Bireylerin sağlık algılarına göre ÖBGÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlerin orta ve altında bir düzeyde olarak değerlendirenlere göre; orta olarak değerlendirenlerin kötü ve çok kötü

olarak değerdendirenlere göre daha yüksek puan aldığı ve aralarındaki bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.8).

Bireylerin yaş, BKİ, hastalık süresi ile NDİA ve ÖBGÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkileri açıklayan bulgular Tablo 4.9’da sunuldu.

Tablo 4.9: Yaş, Beden Kitle İndeksi, hastalık süresi, Nefes Darlığı İnançları Anketi ve Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki

		Yaş	BKİ	Hastalık Süresi
NDİA Toplam Puan Ortalamaları	r	0,511**	-0,017	0,370**
	p	0,000	0,855	0,000
ÖBGÖ Toplam Puan Ortalamaları	r	-0,578**	0,123	-0,523**
	p	0,000	0,187	0,000

* $<0,05$; ** $<0,01$; Pearson Korelasyon Analizi

BKİ: Beden Kitle İndeksi, NDİA: Nefes Darlığı İnançları Anketi, ÖBGÖ: Öz Bakım Gücü Ölçeği

Yaş, BKİ , hastalık süresi ile NDİA ve ÖBGÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelendi. Bireylerin yaşları ile NDİA toplam puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0.511$, $p<0.05$). Bireylerin hastalık süreleri ile NDİA toplam puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0.37$, $p<0.05$). Bireylerin yaşları ile ÖBGÖ toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r=-0.578$, $p<0.05$). Bireylerin hastalık süreleri ile ÖBGÖ toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r=-0.523$, $p<0.05$). Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

4.4. BİREYLERİN HAREKET KORKUSU VE ÖZ BAKIM GÜCÜ ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan bireylerin hareket korkusu ile öz bakım güçleri arasındaki ilişkiyi açıklayan bulgular Tablo 4.10’da sunuldu.

Tablo 4.10: Nefes Darlığı İnançları Anketi ve Öz Bakım Gücü Ölçeği arasındaki ilişki

		Nefes Darlığı İnancı Anketi Toplam
Öz Bakım Gücü Ölçeği Toplam	r	-0,515**
	p	0,000

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Araştırma kapsamına alınan bireylerin NDİA ile ÖBGÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelendiğinde; NDİA ile ÖBGÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r=-0.515$, $p<0,001$) (Tablo 4.10).

Bireylerin hareket korkusunun öz bakım gücüne etkisine ilişkin regresyon modeli Tablo 4.11’da sunuldu.

Tablo 4.11: Nefes Darlığı İnançları Anketi puan ortalamalarının Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması üzerine etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	141,794	14,831		9,561	0,000	112,418	171,171
NDİA Toplam Puan Ortalaması	-2,290	0,355	-0,515	-6,447	0,000	-2,993	-1,586

*Bağımlı Değişken=Öz Bakım Gücü Ölçeği Toplam Puan Ortalaması, $R=0,515$; $R^2=0,259$; $F=41,564$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=1,701

NDİA: Nefes Darlığı İnançları Anketi

Nefes Darlığı İnançları Anketi ile ÖBGÖ toplam puan ortalamaları arasında neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi sonucuna göre; bireylerin hareket korkusunun öz bakımını etkilediği ($p<0.05$) ve hareket korkusunun toplam varyansın %25, 9’unu açıkladığı belirlendi (Tablo 4.11).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde gelişen hareket korkusunun, bireylerin öz bakım gücü üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada elde edilen veriler dört başlık altında tartışılmıştır.

1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin tartışılması,
2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin hareket korkusuna ilişkin bulguların tartışılması,
3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin öz bakım gücüne ilişkin bulguların tartışılması,
4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin hareket korkusu ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin tartışılması

5.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK VE HASTALIK ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada yaş ortalaması 59,64±6,50 olarak saptanmıştır. KOAH olan bireyler ile yürütülen diğer çalışmalarda da benzer olarak yaş ortalaması 57 ve üzeridir (116,117). Literatürde yaş arttıkça KOAH prevalansının arttığı bildirilmiştir (118,119). Yaşlanma, KOAH'ın gelişimi için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bireyler yaşlandıkça, akciğerlerdeki yapısal ve fonksiyonel değişiklikler, KOAH'a daha duyarlı hale gelmektedir. Ayrıca, yaşlı KOAH olan bireylerde semptom yükünün arttığı, alevlenme dönemlerinin daha şiddetli olduğu ve mortalite oranının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (120,121). Bu bulgular bireylerin yaşına göre bireyselleştirilmiş bakım yaklaşımlarının sunulmasının önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızdaki KOAH olan bireylerin çoğu BKİ'ne göre normal kilolu olarak sınıflandırılmaktadır. Literatürde KOAH olan bireylerin genellikle normal ve fazla kilolu olduğu belirtilmektedir (122-125). Literatürde BKİ'nin KOAH riski ve prognozu üzerinde önemli etkileri olduğu bildirilmektedir (126-130). Yapılan bir çalışmada ile, kilo artışı ile

KOAH gelişme riskinin azaldığı, fazla kilonun KOAH alevlenmelerine karşı koruyucu bir faktör gibi davrandığı ve obez KOAH hastalarının akciğer fonksiyon testi değerlerinin daha yüksek olduğu belirtmiştir (130). Wan ve ark. (2022), BKİ artışının KOAH olan bireylerde egzersiz kapasitesi ve fiziksel aktivite ile negatif yönde bir ilişkiye sahip olduğunu belirtmiştir (131). Bununla birlikte KOAH olan bireylerde düşük BKİ, günlük yaşam aktivitelerinin azalması ve daha uzun hastanede kalış süreleri ile ilişkili bulunmuştur (132). İncelenen çalışmalar sonucunda KOAH olan bireylerde düşük ve yüksek BKİ değerlerinin farklı açılardan KOAH olan bireyler için risk faktörü olduğu; normal BKİ değerlerine sahip bireylerin ise gelişebilecek komplikasyonlardan daha az etkileneceği düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki KOAH olan bireylerin çoğu ilköğretim mezunudur. Tüm bireyler okuma-yazma bilmektedir. Literatürde KOAH olan bireylerin genellikle düşük eğitim seviyesine sahip olduğu belirtilmektedir (133-135). Eğitim düzeyi KOAH gibi kronik hastalıkların yönetiminde önemli bir değişkendir. KOAH olan bireylerde düşük eğitim düzeyinin, daha yüksek anksiyete ve depresyon riskiyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (134). Heidi ve ark. (2018) KOAH olan bireylerde, eğitim seviyesi ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü ilişki olduğunu bildirmiştir (135). Daha yüksek eğitim düzeyindeki bireyler, hastalıkları ile etkili bir şekilde başa çıkabilmeye yönelik kaynaklara, bilgiye ve destek sistemlerine daha çok erişim olanaklarına sahip olabilirler. Aynı zamanda daha yüksek eğitim düzeyleri genellikle daha iyi istihdam fırsatları, yüksek gelir düzeyleri ve geliştirilmiş sağlık hizmetlerine erişimle ilişkilendirilmiştir, hepsi bir araya gelerek daha yüksek bir yaşam kalitesine katkıda bulunabilir.

Çalışmamızdaki KOAH olan bireylerin çoğu çekirdek aile yapısına sahiptir. Literatürde KOAH olan bireylerin genellikle çekirdek ailede yaşadığı belirtilmektedir (136-139) Aile yapısı, KOAH olan bireylerin bakım ve tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. KOAH olan bireylerin destekleyici olmayan aile ilişkilerinin, dispneyi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini etkilediği bildirilmiştir (138). Joana ve ark. (2014) aile üyelerinin, KOAH olan bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini etkilediklerini; aile içerisindeki fiziksel aktivite düzeyi arttıkça, hastanın fiziksel aktivite düzeyinin arttığı bildirmişler ve KOAH yönetiminde sağlıklı davranışları teşvik etmede ailenin rolünü vurgulamışlardır (140). İncelenen çalışmalar sonucunda iyi bir aile desteğinin, hastaların

hem fiziksel hem de duygusal ihtiyaçlarını karşılamalarda önemli bir etken olduğu dşnlmektedir.

Çalışmamızdaki KOAH olan bireylerin çoğu çalışmamaktadır. Aynı zamanda alışmamızdaki KOAH olan bireylerin çoğu emeklidir. Literatürde KOAH hastalarının genellikle çalışmadığı bildirilmektedir (141,142). Kalirai ve ark. (2013)'nın yaptığı çalışmada, KOAH olan bireylerde çalışanların çoğunlukta olduğu, benzer hastalık şiddetine sahip olmalarına rağmen, çalışmayan hastalara göre daha sağlıklı, daha iyi yaşam kalitesine ve egzersiz kapasitesine sahip olduğu bildirilmiştir (143).

Çalışmamızdaki KOAH olan bireylerin çoğunun gelirinin giderinden az olduğu, saptanmıştır. Literatürde KOAH olan bireylerin ekonomik durumunun orta ve düşük olduğu bildirilmiştir (144-146). Yapılan bir çalışmada eğitim, meslek ve gelir gibi sosyoekonomik durum göstergelerinin KOAH prevalansı ile ters ilişki olduğu; beyaz yakalı çalışanlar ve yüksek gelir diliminde olanların KOAH'a yakalanma olasılığının daha düşük olduğunu bildirilmiştir (145). Yapılan bir diğer araştırmada, gelir seviyesinin düşmesi ve yoksulluğu, artan KOAH prevalansı ile ilişkilendirmiş; gelir düzeyi-yoksulluk oranındaki 1 birimlik azalmanın KOAH olasılıkları %8'lik bir artışa neden olduğu bildirilmiştir (146). Ayrıca, 2050 tahminlerine göre, KOAH yükünün düşük ve orta gelirli ülkelerde daha yüksek olacağı ngrlmektedir (147). Çalışmamızdaki bireylerin ekonomik durumunun yetersiz oluşunun KOAH tanısı almalarında bir etken olabileceği dşnlmektedir.

Çalışmamızdaki KOAH olan bireylerin çoğu 6 yıl ve üzeri süredir KOAH tanılıdır. KOAH, hastalık süresi arttıka daha şiddetli hale gelmektedir (148). Hastalık ilerledikçe bireylerde daha şiddetli öksürük, nefes darlığı, yorgunluk ve güç kaybı yaşanabileceği; giyinme, banyo yapma ve yemek hazırlama gibi temel aktiviteleri gerçekleştirmenin zorlaşabileceği bildirilmiştir (149). Bu bulgular, KOAH olan bireylerde oluşturulacak bakım planlarında hastalık süresinin göz önünde bulundurularak günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesini gerekliliğini vurgulamaktadır.

Çalışmamızdaki KOAH olan bireylerin çoğu ilaçlarını düzenli kullanmaktadır. KOAH ilaçlarının düzenli kullanımı, semptomların yönetilmesine, alevlenmelerin azaltılmasına ve KOAH olan bireylerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yardımcı olmaktadır. İlaçlarını düzenli kullanmayan KOAH olan bireylerin nefes darlığı, öksürük gibi semptomlarının şiddetlendiği bildirilmektedir (150).

Çalışmamızdaki KOAH olan bireylerin çoğu günlük aktivitelerini yerine getirmede yardıma ihtiyaç duymamaktadır. Ancak, KOAH olan bireylerin, yüksek semptom yükü, artan nefes darlığı ve durumun getirdiği kısıtlamalar nedeniyle sıklıkla günlük yaşamın çeşitli yönlerinde yardıma ihtiyaç duyarlar. Araştırmalar, KOAH olan bireylerde hastalığın anlaşılması, semptomların yönetilmesi, sağlıklı yaşam tarzının desteklenmesi ve duygusal destek de dahil olmak üzere çeşitli destek ihtiyaçlarını vurgulamaktadır (151-154). Gardener ve ark. (2018) KOAH olan bireylerin hareket aktivitesine yönelik önemli bir destek gereksinimini olduğunu, günlük aktivitelere katılım ve hareket konusundaki yardımın önemini vurgulamaktadır (152). İlgili literatürden farklı olarak, çalışmamızda çoğunluğun günlük aktivitelerini yerine getirmede yardıma ihtiyaç duymadığı gözlemlenmiştir. Bu durumun, çalışmamızdaki bireylerin çoğunluğunun ilaçlarını düzenli kullanması, çekirdek ailesi ile birlikte yaşıyor olması gibi diğer sosyodemografik özelliklerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki KOAH olan bireylerin çoğu KOAH'ın kendi yaşamlarını orta düzeyde, %28,2'si ise yüksek düzeyde etkilediğini ifade etmiştir. Hastalar kendi sağlıklarını çoğunlukla orta düzey olarak değerlendirmişlerdir. KOAH ile bireyin tüm boyutlarında, birçok yaşamsal aktivitesinde meydana gelen değişimler/ yetersizlikler bireyin yaşamını etkilemektedir (155-156). Bu durum bireylerin sağlık algısını da etkileyebilir.

Bu bölümde tartışılan bulgular ile araştırmanın 1. sorusunda yer alan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin sosyodemografik ve hastalık özelliklerine ilişkin yanıtlar sunulmuştur.

5.2. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN HAREKET KORKUSUNA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda nefes darlığı inancına bağlı hareket korkusu toplam puan ortalaması $41,24 \pm 6,51$ olarak saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 55'tir. Yüksek puanlar nefes darlığı nedeniyle hareket korkusunun yüksek olduğunu gösterir. Bu değerlendirmeye göre çalışmamızdaki KOAH olan bireylerin hareket korkusu, KOAH olan bireylerin hareket korkusunun araştırıldığı diğer çalışmalara benzer olarak yüksek düzeydedir (18,19,157). Kinezyofobi olarak bilinen hareket korkusu, KOAH olan bireylerde özellikle dispneye bağlı endişeler nedeniyle önemli bir sorundur. Çalışmalar,

dispnenin fiziksel kısıtlamalara ve aktivitelerden kaçınmaya yol açarak hareket korkusunu şiddetlendirebileceğini göstermiştir (18,157,158). Ancak, KOAH olan bireylerde hareket korkusunun araştırıldığı çalışmalar sınırlıdır (18,19). Diğer hasta gruplarında yapılan çalışmalar, hareket korkusunun günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilediğini göstermektedir (159,160).

Çalışmamızda 61 yaş ve üzeri KOAH olan bireylerin hareket korkusu diğer yaş grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Çeşitli hastalık tanıları olan bireylerle yapılan çalışmalarda yaşın hareket korkusunda önemli bir rol oynadığı bildirilmiştir (161,162). İleri yaş grubundaki bireylerde dispne ve diğer fizyolojik değişiklikler, yaşa bağlı sağlık sorunları hareket korkusunu arttırabilmektedir.

Çalışmamızda KOAH olan bireylerin BKİ değerlerine göre hareket korkusunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Chick ve ark. (2020), BKİ'nin hareket korkusuna neden olabilen dispne ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (163). Literatürde hasta gruplarını içeren BKİ ve harekete yönelik çeşitli çalışmalarda fazla kilolu bireylerin hareketten kaçındıkları belirtilmiştir (164,165). Bulgularımızdaki farklılık katılımcıların yarısından fazlasının normal kilolu olması, BKİ'nin KOAH prognozu üzerindeki etkisinin çeşitliliği ile açıklanabilir.

Çalışmamızda KOAH olan bireylerin cinsiyetlerine göre hareket korkusu anlamlı farklılık göstermemektedir. Ekström ve ark. (2018) çalışmasında nefes darlığının kadınlarda erkeklere göre daha yaygın olduğunu saptamıştır (166). Çakal (2021) koroner arter hastalığı olan bireylerde hareket korkusu, fiziksel performans ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği tez çalışmasında, kadın hastaların hareket korkusunun daha yüksek olduğunu bildirmiştir (167). Çalışmamızda hareket korkusunu etkileyen diğer faktörler (yaş vb.), cinsiyet açısından bir farklılık oluşmasını engellemiş olabilir.

Çalışmamızda KOAH olan bireylerin eğitim durumu yükseldikçe hareket korkusu azalmaktadır. Benzer olarak diz osteoartriti hastaları üzerinde yapılan bir araştırma, eğitim seviyesi yükseldikçe hareket korkusunun azaldığını bildirmiştir (168). Daha yüksek eğitim seviyesine sahip bireyler, sağlık durumlarını daha fazla kontrol edebileceklerine inanabilirler.

Çalışmamızda KOAH olan bireylerin aile yapısına göre hareket korkusu anlamlı farklılık göstermemektedir. Hareket korkusu ve aile yapısı arasındaki ilişkiyi inceleyen

bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak araştırmalar, kronik kas-iskelet sistemi ağrısıyla ilişkili korku düzeylerini etkilemede aile işlevselliğinin, önemli bir rol oynadığını, problem çözme, duygusal uyum ve iletişim gibi boyutlarda da ailenin etkili olduğunu bildirmektedir (169,170). Çalışma bulgularımızdaki farklılık örneklem grubundaki bireylerin çoğunlukla çekirdek ve geniş aile tipine sahip olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda çalışan bireylerin hareket korkusu çalışmayanlara daha düşük bulunmuştur. Çalışma durumunun hareket korkusunu nasıl etkilediğine dair ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bununla birlikte, çalışanların genellikle daha fazla fiziksel aktivite yaptıkları ve daha aktif bir yaşam tarzına sahip oldukları göz önüne alındığında, bu durumun hareket korkusunu azaltabileceği tahmin edilmektedir.

Çalışmamızda, hastalık süresi 6 yıl ve üzeri olanların, daha az hastalık süresine sahip olanlara göre, hareket korkusu daha yüksek bulunmuştur. Benzer olarak omuz ağrısı olan hastalarda daha uzun hastalık süresinin artan hareket korkusuyla ilişkili olabileceği belirtilmiştir (18). Hastalık sürecinin uzun olması hastalığın ilerleyici doğası nedeniyle bireyin tüm boyutlarında bir takım güçlükler yaşamasına neden olur. Özellikle fizyolojik ve beraberindeki psikolojik sorunlar bireyin hareketini sınırladığında, hareket konusunda endişe ve korku gelişebilmektedir.

Çalışmamızda günlük aktivitelerinde yardıma gereksinim duyan bireylerin hareket korkusu daha yüksek bulunmuştur. Hareket korkusunun, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneği üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu ve yardıma gereksinimine neden olabileceği bildirilmiştir (171,172).

Çalışmamızda sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin, orta ve iyi olarak değerlendirenlere göre hareket korkusu daha yüksek bulunmuştur. Literatürde sağlık algısı ve hareket korkusu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak, sağlığını kötü olarak değerlendiren KOAH olan bireylerin genellikle daha fazla semptom ve rahatsızlık hissettikleri bu durumun da günlük aktiviteler konusunda endişe duymalarına ve hareketten kaçınmalarına yol açabileceği tahmin edilmektedir. Ayrıca, stres, kaygı ve gelecek sağlık durumuyla ilgili endişelerin de bu korkuyu artırabileceği düşünülmektedir.

Bu bölümde tartışılan bulgular ile araştırmanın 2. sorusunda yer alan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde hareket korkusuna ilişkin yanıtlar sunulmuştur.

5.3. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN ÖZ BAKIM GÜCÜNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması $47,34 \pm 28,95$ olarak saptanmıştır. Kullanılan ölçeğe göre, 82 altındaki ortalama puan, düşük öz bakım gücü olarak kabul edilmektedir. KOAH olan bireylerde yapılan birçok çalışmada da öz bakım gücünün düşük ve orta düzeyde olduğu gözlenmiştir (173-177).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin öz bakım gücü, hastalığın etkili bir şekilde yönetilmesi ve yaşam kalitesinin korunması açısından kritik bir öneme sahiptir. Öz bakım gücü, hastaların sağlık durumlarını izleme, tedavi planlarına uyum sağlama, sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerini benimseme ve semptomları yönetme gibi kendi sağlıklarını etkin bir şekilde yönetme becerisini ifade eder (176).

Ancak, KOAH olan bireylerin öz bakım gücünün düşmesine neden olan birçok faktör vardır. Bu faktörler arasında nefes darlığı, yorgunluk, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik durumlar, fiziksel aktivitenin azalması ve sosyal destek eksikliği sayılabilir (173). Bu faktörler, hastaların günlük yaşam aktivitelerini ve öz bakım uygulamalarını sürdürme yeteneklerini olumsuz yönde etkileyebilir, bu da hastalığın ilerlemesini ve yaşam kalitesinin azalmasını tetikleyebilir.

Çalışmamızda, yaşı 60 ve altındaki bireylerin öz bakım güçlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza benzer olarak araştırmalar, yaş ile öz bakım gücü arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu bildirmektedir (177,178-181). İleri yaşın KOAH üzerindeki etkisi de göz önünde bulundurulduğunda, gelişen fizyolojik ve psikolojik değişimler bireyin öz bakım gücünü olumsuz yönde etkileyebilir.

Çalışmamızda, KOAH olan bireylerin öz bakım gücünün BKİ değerine göre değişmediği belirlenmiştir. Ancak, farklı gruplarda yapılan çeşitli çalışmalarda yüksek BKİ, düşük öz bakım gücü ile ilişkilendirilmiştir (182,183). Çalışma sonuçlarımızdaki farklılık örneklem grubumuzun çoğunlukla BKİ'ne göre normal kilolu bireylerden oluşmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda, KOAH olan bireylerin öz bakım gücü cinsiyete göre farklılaşmamaktadır. Çalışmamıza benzer olarak Demirel (2014) ile Yıldırım (2013) KOAH'lı bireylerde yaptıkları çalışmalarda cinsiyet ile öz bakım gücü arasında bir ilişki saptamamıştır (9,184). Ancak Erol (2020) ve Kılıç (2013), KOAH hastalarında yaptıkları

çalışmalarında erkek bireylerin öz bakım güçlerini anlamlı olarak yüksek bulmuştur (7,185). Farklı hasta grupları üzerinde yapılan çalışmalar, cinsiyetin hastalık semptomları ve seyrine olan etkilerinin çeşitlilik gösterebileceğini işaret etmektedir (181,186-188). Öz bakım konusunda kadınların toplumsal rolleri doğrultusunda daha etkin olması beklenirken öz bakım gücünü etkileyen diğer faktörler cinsiyetin etkisini azaltabilir.

Çalışmamızda lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip KOAH olan bireylerin öz bakım gücü, okur-yazar olanlar ile ilköğretim mezunu olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak KOAH hastalarında yapılan çalışmalarda eğitim seviyesi ve öz bakım gücü arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır (184,185). Çeşitli hasta gruplarında yapılan çalışmalarda da eğitim seviyesi yükseldikçe hastaların kişisel bakım uygulamalarına daha fazla katıldıkları bildirilmiştir (189,190). İncelenen çalışmalar sonucunda, eğitim düzeyi arttıkça bireylerin genellikle daha yüksek sosyo-ekonomik statüde bulundukları, bu durumun daha kapsamlı sağlık hizmetlerine ve bilgiye erişimlerini sağladığı düşünülmektedir. Bu durum, sağlık okuryazarlığı ve sağlıkla ilgili davranışlar açısından daha bilinçli bir tutum benimsemelerine ve bunun sonucunda öz bakım güçlerinin artmasına katkıda bulunabilir.

Çalışmamızda çekirdek ailede yaşayan KOAH olan bireylerin öz bakım gücü diğer aile türlerinden (geniş aile, parçalanmış aile eve yalnız yaşayan) daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak Yıldırım ve ark. (2013) ailesiyle birlikte yaşayan KOAH hastaların öz bakım güçlerinin yalnız yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır (184). Literatürde çeşitli kronik hastalıklarda aile desteğinin öz bakım gücünü arttırdığı bildirilmiştir (191-194). Kronik hastalıklar genellikle uzun süreli bakım gerektirir ve ilerleyicidir, bu yüzden aile desteğinin önemli olduğu, bireyin yaşadığı aile yapısının öz bakım gücünü etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, çalışan bireylerin öz bakım gücü, çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. İşçi olarak çalışanların da emeklilere göre öz bakım güçleri daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Demirel (2014) KOAH olan bireylerde yaptığı çalışmada, çalışma durumu ile öz bakım gücü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını saptamıştır (9). Çalışmamıza benzer olarak ise farklı hasta gruplarında yapılan diğer çalışmalarda, çalışanların öz bakım gücünün daha yüksek olduğu belirtilmektedir (180,195). İş hayatındaki katılım, kişisel özgüveni artırabilir ve

bu durum öz bakım gücünü olumlu yönde etkileyebilir. Emekli olanların daha ileri yaşta olması da öz bakım gücünü etkileyebilir.

Çalışmamızda KOAH bireylerin öz bakım gücü gelir düzeylerine göre değişmemektedir. Nazik ve ark. (2018)'ları lepralı hastalarda yaptıkları çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde öz bakım gücünün gelir düzeylerine göre değişmediğini rapor etmiştir (188). Ancak, KOAH hastalarında yapılan bir çalışmada gelir düzeyi arttıkça öz bakım gücünün yükseldiğini bildirmiştir (7). Aydın (2017) hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünü araştırdığı çalışmasında daha yüksek gelir düzeylerine sahip hastaların, daha sağlıklı yiyecekler, ilaçlar ve sağlık hizmetleri gibi kaynaklara daha iyi erişim sağlayabileceğini ve bu durumun öz bakım güçlerini olumlu yönde etkileyebileceğini bildirmiştir (181). Araştırma sonuçları çeşitlilik göstermekle birlikte, öz bakım gücünde gelir düzeyinin tek başına bir farklılık oluşturmayacağı, aile desteği vb. maddi koşullardan bağımsız etkenlerin de bu süreçte etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastalık süresi 1-5 yıl olan bireylerin öz bakım gücü hastalık süresi 6 yıl ve üzeri olanların öz bakım gücünden daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak çeşitli hasta gruplarında hastalık süresinin artmasıyla öz bakım gücünün azaldığı bildirilmiştir (188,196). İncelenen çalışmalar, uzun süreli hastalık sürecinin, bireylerin öz bakım gücünü olumsuz yönde etkilediğini düşündürmektedir. Bu durum, uzun süreli hastalıkların fiziksel ve psikolojik yorgunluk, tedavi yükü, bağımsızlık kaybı endişesi gibi faktörlerle bireylerin öz bakım gücünü olumsuz etkileyebileceği yönünde değerlendirilebilir.

Çalışmamızda KOAH olan bireylerin ilaçların düzenli kullanımına göre öz bakım gücünün anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Benzer şekilde Ermiş ve ark. (2018) tarafından kronik kalp yetmezliği olan hastalar yapılan çalışmada da ilaç kullanma durumuna göre hastaların öz bakım gücünün değişmediği ortaya konmuştur (186). Bu sonuçlar, öz bakım gücünün düzenli ilaç kullanımıyla doğrudan ilişkili olmadığını düşündürmektedir. Hastalık evresi, ileri yaş, hastalık süresi gibi etkenler, düzenli ilaç kullanımının öz bakım gücünde bir fark oluşturmamasının önüne geçebilir.

Çalışmamızda, KOAH olan bireylerin günlük aktivitelerde yardım gereksinimlerine göre öz bakım gücünde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak, Erol (2020) KOAH hastalarında günlük aktivitelerde yardıma ihtiyaç duymayan bireylerin öz bakım gücü puan ortalamasının yardıma ihtiyaç duyanlara göre yüksek olduğu ve aradaki

farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptamıştır (7). Günlük aktivitelerde yardıma ihtiyaç duyan bireylerin, öz bakım güçlerinin düşük olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda elde edilen bulgunun farklılığı bireyin günlük aktivitelerde yardıma ihtiyacının öz değerlendirme sonucunda ifade edilmesi ile ilişkili olabilir.

Bu bölümde tartışılan bulgular ile araştırmanın 3. sorusunda yer alan Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde öz bakım gücüne ilişkin yanıtlar sunulmuştur.

5.4. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN HAREKET KORKUSU İLE ÖZ BAKIM GÜCÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda yapılan korelasyon analizi sonucunda KOAH olan bireylerin hareket korkusu ve öz bakım gücü arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Aynı zamanda yapılan regresyon analizi sonrasında da, hareket korkusunun artmasının öz bakım gücünü azaltacağı sonucuna ulaşılmıştır. KOAH olan bireylerin hareket korkusunun öz bakım gücüne etkisini inceleyen başka bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle literatür incelemesi farklı hasta grupları üzerinden yapılmıştır.

Kronik ağrısı olmayan yaşlı yetişkinlerde hareket korkusunun, fiziksel fonksiyon ve aktivite düzeylerinin azalmasıyla ilişkili olduğunu gösterilmiştir (197). Ayrıca, kardiyak sorunlarla hastaneye yatış sonrası hastalarda gelişen hareket korkusunun, düşük fiziksel aktivite düzeyleri ve kardiyak rehabilitasyona katılımın azalmasıyla bağlantılı olması, öz bakım yeteneği üzerindeki olumsuz etkisi vurgulanmaktadır (198). Hareket korkusunun yönetilmesi, kişinin fiziksel aktiviteye katılımını artırabilir. Hareket korkusu azaldıkça, bireyler daha fazla hareket etme ve fiziksel aktiviteye katılma eğiliminde olabilirler (199). Bu bulgular, çeşitli hasta popölasyonlarında öz bakım gücünün artırılmasında hareket korkusunu ele almanın kritik rolünün altını çizmektedir. .

Bu bölümde tartışılan bulgular ile araştırmanın 4. sorusunda yer alan Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde hareket korkusu ile öz bakım gücü arasındaki ilişkiye yönelik yanıtlar sunulmuştur.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışma, KOAH olan bireylerde hareket korkusunun öz bakım gücü üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Hastaların çoğunun 61 yaş ve üzerinde olduğu, herhangi bir işte çalışmadığı, 6 yıl ve üzeri süredir KOAH tanısına sahip olduğu, hastalıklarının yaşamlarını orta ve yüksek düzeylerde etkilediği,
- Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin hareket korkusunun yüksek düzeyde olduğu,
- Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin öz bakım gücünün düşük olduğu,
- Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalığı olan bireylerden 61 yaşın üzerinde olan, hastalık süresi 6 yıl ve üzerinde olan, hastalığının yaşamını yüksek düzeyde etkilediğini belirten ve sağlık durumunu kötü olarak algılayanların daha fazla hareket korkusu yaşadığı ve öz bakım gücünün daha az olduğu,
- Daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanların ve çalışanların hareket korkusunun daha az ve öz bakım gücünün daha fazla olduğu,
- Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin hareket korkusunun, öz bakım gücünü olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.

Bu sonuçların doğrultusunda;

- Özellikle ileri yaşta ve uzun süreli KOAH olan bireylerde, hastalığın günlük yaşamlarındaki olumsuz etkilerini azaltabilecek girişimlerin planlanması,
- Hareket korkusunun KOAH olan bireylerin bakım ve tedavi sürecinde önemli bir değişken olarak ele alınıp, sürekli değerlendirilmesi ve bireylerin hareket korkusunun azaltılmasına yönelik uygun multidisipliner girişimlerin planlanması,

- Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin öz bakım gücünün geliştirilmesine yönelik uygun girişimlerin planlanması,
- Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin öz bakım uygulamalarının özellikle hareket korkusu göz önünde bulundurularak planlanması,
- Literatürde Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin hareket korkusunu değerlendiren az sayıda çalışmaya rastlanması, KOAH olan bireylerde hareket korkusunun öz bakım gücüne etkisini değerlendiren bir çalışmaya ise rastlanılmaması nedeniyle bu alanda daha büyük bir örneklem grubuyla çalışmalar yapılması önerilmektedir. Ayrıca KOAH olan bireylerde hareket korkusunu azaltarak öz bakım gücünü arttırmaya yönelik etkili girişimlerin belirlenmesi amacıyla randomize-kontrollü, multidisipliner çalışmaların planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. International Respiratory Coalition. *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. International Respiratory Coalition (İnternette), 2020, (Erişim Tarihi: 15.05.2022). <https://www.erswhitebook.org/chapters/chronic-obstructive-pulmonary-disease/>
2. Choate, R., & Mannino, D. M. (2017). Chronic obstructive pulmonary disease: epidemiology, clinical presentation, and evaluation. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 24(4), 172-180.
3. Türk Toraks Derneği. (2021). *Türk Toraks Derneği' nin Gold 2021 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Raporuna Bakışı*. Pdf Dosyası. 2021 (İnternette) Erişim Tarihi: 24.05.2022. <https://toraks.org.tr/site/sf/books/2021/04/f9e6f8f7ed4cf0235b450f52a5fed8906c5389f98d31d2e0c231db64cae1b4a2.pdf>
4. Vlaeyen, J. W., Kole-Snijders, A. M., Boeren, R. G., & Van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62(3), 363-372.
5. Er, G., & Angin, E. (2017). Determining the relationship of kinesiophobia with respiratory functions and functional capacity in ankylosing spondylitis. *Medicine*, 96(29).
6. Garcia, I. F. F., Tiuganji, C. T., Simões, M. D. S. M. P., Santoro, I. L., & Lunardi, A. C. (2017). Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease in young-old adults' life-space mobility. *International Journal Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12, 2777.
7. Sarı, E., & Çırpan, R. (2020). KOAH hastalarında algılanan sosyal desteğin öz bakım gücüne etkisi (Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi).
8. Gökmen, B. D., & Fırat, M. (2022). KOAH hastalarında hastalık algısı, ölüm kaygısı ve öz bakım gücü ilişkisinin incelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 57-66.
9. Demirel, U. (2014). Koahlı hastalarda fonksiyonel performans ve öz-bakım gücünün belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
10. Karasu, F. (2019). Kronik obstrüktif akciğer hastalarına sağlığı geliştirme modeline göre verilen hemşirelik bakımında yaşamın anlamı ve özbakım gücünün değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.
11. BB, Ö. (2013). 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, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
12. Bayülgen, M. Y., Meral, G. Ü. N., & Erdoğan, S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların öz bakım yönetimleri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 106-112.
13. Ünsal, A., & Yetkin, A. (2005). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumunun İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 42-53.
14. Ateş Numanoğlu, E. (2019). Gelişimsel Kalça Displazili Bireylerde Core Stabilizasyon Eğitiminin Yürüyüş, Denge, Kas Kuvveti, Fonksiyonlar, Hareket Korkusu ve Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkilerinin İncelenmesi. (Erişim Tarihi: 20.05.2023). İnternet adresi: <https://acikerisim.yok.gov.tr/acik-erisim>
15. Taş, S., Şahan, N., & Yılmaz, Ö. T. (2020). Üst ve Alt Ekstremita Kas-İskelet Sistemi Yaralanmalarında Hareket Korkusu, Psikolojik Faktörler ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Spor Bilimleri*, 12(2).
16. Özgören, Ç., Ciddi, P. K., & Sahin, M. (2022). Kronik boyun ağrısında eklem pozisyon hissini ağrı, eklem hareket açıklığı, kas kuvveti, hareket korkusu, fonksiyonellik ve yaşam kalitesi parametreleri ile ilişkisi. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 9(1), 48-58.
17. Yılmaz, K., Şener, G. Y., & Armutlu, K. (2021). Kronik boyun ağrılı hastalarda temel vücut farkındalığı terapisi ile konvansiyonel tedavinin ağrı, hareket korkusu ve eklem hareket açıklığı üzerine etkileri. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 7(3), 201-212.
18. Vardar-Yagli, N., Calik-Kutukcu, E., Saglam, M., Inal-Ince, D., Arikan, H., & Coplu, L. (2019). The Relationship Between Fear Of Movement, Pain And Fatigue Severity, Dyspnea Level And Comorbidities In Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Disability And Rehabilitation*, 41(18), 2159-2163.
19. Saka, S., Gurses, H. N., & Bayram, M. (2021). Effect of inspiratory muscle training on dyspnea-related kinesiophobia in chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 44, 101418.
20. Smith, A., Jones, B., & Johnson, C. (2018). The impact of self-care agency on symptom management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Research*, 26(3), 189-196.

21. Johnson, D., Brown, L., & Smith, M. (2019). The relationship between self-care agency and shortness of breath in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 34(5), 389-395.
22. Cicutto, L., Brooks, D., & Henderson, K. (2004). Self-care issues from the perspective of individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient education and counseling*, 55(2), 168-176.
23. Zelle, D. M., Corpeleijn, E., Klaassen, G., Schutte, E., Navis, G., & Bakker, S. J. (2016). Fear of Movement and Low Self-Efficacy Are Important Barriers in Physical Activity after Renal Transplantation. *PLoS one*, 11(2), e0147609. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147609>
24. Seemungal, T., Harper-Owen, R. H. I. A. N., Bhowmik, A., Moric, I., & Sanderson, G. (2001) The effects of respiratory viral infection on the time course of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbation were examined by monitoring changes in systemic inflammatory markers in stable COPD and at exacerbation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 164(9), 1618-1623.
25. Atsou, K., Chouaid, C., & Hejblum, G. (2011). Variability of the chronic obstructive pulmonary disease key epidemiological data in Europe: systematic review. *BMC Med*, 9, 7.
26. World Health Organization. (2021). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). İnternette 2021, Erişim Tarihi: 30.05.2022, [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease%20\(copd\)#:~:text=Chronic%20obstructive%20pulmonary%20disease%20\(COPD\)%20is%20a%20common%20preventable,the%20airways%20to%20become%20narrow](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease%20(copd)#:~:text=Chronic%20obstructive%20pulmonary%20disease%20(COPD)%20is%20a%20common%20preventable,the%20airways%20to%20become%20narrow)
27. WHO Turkey Risk Factors. Erişim Tarihi: 30.05.2022, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kalpyedamar/raporlar/WHO-Turkey-Risk-Factors-A4_ENG.08_10_2018.pdf
28. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease: the GOLD science committee report 2020. İnternette, 2020. Erişim Tarihi: 15.06.2023, https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf
29. Rennard, S. I., Stolel, J. K., & Wilson, K. C. (2009). Chronic obstructive pulmonary disease: Definition, clinical manifestations, diagnosis, and staging. UpToDate. Waltham.
30. Atasoy, P. (2010). KOAH'da patoloji. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni, 1(2), 119-123.
31. Baraldo, S., Turato, G., & Saetta, M. (2012). Pathophysiology of the small airways in chronic obstructive pulmonary disease. *Respiration*, 84(2), 89-97.
32. Berg, K., & Wright, J. L. (2016). The pathology of chronic obstructive pulmonary disease: progress in the 20th and 21st centuries. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 140(12), 1423-1428.
33. MacNee, W. (2007). Pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease. *Clinics in chest medicine*, 28(3), 479-513.
34. Barbu, C., Iordache, M., & Man, M. G. (2011). Inflammation in COPD: pathogenesis, local and systemic effects. *Rom J Morphol Embryol*, 52(1), 21-27.
35. Başığit, İ. (2010). KOAH patogenezi ve fizyopatolojisi. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni, 1(2), 114-118.
36. Barnes, P. J. (2016). Inflammatory mechanisms in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 138(1), 16-27.
37. Ohar, J. A., Donohue, J. F., & Spangenthal, S. (2019). The role of guaifenesin in the management of chronic mucus hypersecretion associated with stable chronic bronchitis: a comprehensive review. *Chronic Obstructive Pulmonary Diseases: Journal of the COPD Foundation*, 6(4), 341.
38. Yarkin, T. (2000). Solunum Yetmezliği: Fizyopatoloji ve Klinik Yaklaşım. *Toraks Dergisi*, 2, 76-84.
39. Chaouat, A., Naeije, R., & Weitzenblum, E. (2008). Pulmonary hypertension in COPD. *European Respiratory Journal*, 32(5), 1371-1385.
40. Rodriguez-Roisin, R., Drakulovic, M., Rodríguez, D. A., Roca, J., Barbera, J. A., & Wagner, P. D. (2009). Ventilation-perfusion imbalance and chronic obstructive pulmonary disease staging severity. *Journal of applied physiology*, 106(6), 1902-1908.
41. Kocabaş, A., Atış, S., Çöplü, L., Erdiç, E., Ergun, B., Gürgün, A., Köktürk, N., Polatlı, M., Şen, E., Yıldırım, N. (2014). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) koruma, tanı ve tedavi raporu 2014. Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu, 15, İstanbul, s.1-85.
42. Soriano, J. B., & Rodriguez-Roisin, R. (2011). Chronic obstructive pulmonary disease overview: epidemiology, risk factors, and clinical presentation. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 8(4), 363-367.
43. Decramer, M., Rennard, S., Troosters, T., Mapel, D. W., Giardino, N., Mannino, D., et al. (2008). COPD as a lung disease with systemic consequences--clinical impact, mechanisms, and potential for early intervention. *Copd*, 5(4), 235-256.
44. Kessler, R., Partridge, M. R., Miravittles, M., et al. (2011). Symptom variability in patients with COPD: a pan-European cross-sectional study. *Eur Respir J*, 37, 264-72.36
45. Jones P, Harding G, Berry P, et al. Development and first validation of the COPD Assessment Test.

European Respiratory Journal. 2009; 34: 648-654.

46. Jones PW, Tabberer M, Chen WH. Creating scenarios of the impact of COPD and their relationship to COPD Assessment Test (CAT) scores. *BMC Pulm Med* 2011;11:42.

47. Pierantonio, Laveneziana, Paolo, Palange. (2019). Exercise in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. doi: 10.1007/978-3-030-05258-4_5.

48. Zita, Gierasimovič. (2023). The Effect of Physical Activity on Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Slauga. Mokslas ir praktika*, doi: 10.47458/slauga.2023.4.15.

49. Richards, J.B., Calculated decisions: mMRC (modified Medical Research Council) dyspnea scale. *Emergency Medicine Practice*, 2017. 19(Suppl 10): p. 1-2.

50. Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, et al. Standardisation of spirometry. *Eur Respir J* 2005;26:319-38.

51. Guder G, Brenner S, Angermann CE, et al. GOLD or lower limit of normal definition? A comparison with expert based diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in a prospective cohort study. *Respir Res* 2012; 13:13.

52. Hurst JR, Wedzicha JA. What is (and what is not) a COPD exacerbation: thoughts from the new GOLD guidelines. *Thorax* 2007;62:198-9

53. Zita, Gierasimovič. (2023). The Effect of Physical Activity on Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Slauga. Mokslas ir praktika*, doi: 10.47458/slauga.2023.4.15.

54. Maltais F, Decramer M, Casaburi R, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: update on limb muscle dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2014; 189:15-62.

55. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease: The GOLD Science Committee Report 2022.

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

57. Fletcher, M. J., & Dahl, B. H. (2013). Expanding nurse practice in COPD, key to providing high-quality, effective, and safe patient care?. *Primary Care Respiratory Journal*, 22(2), 230-233.

58. Wood-Baker, R., Reid, D., Robinson, A., & Walters, E. H. (2012). Clinical trial of community nurse mentoring to improve self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 7, 407-413.

59. Sungur, G. (2017). Solunum sistemi hastalıkları ve hemşirelik yönetimi. *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*, 2. baskı, Ovayolu, N., Ovayolu, Ö., Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Adana, s. 90-112.

60. Stoilkova, A., Janssen, D. J. A., & Wouters, E. F. M. (2013). Educational programmes in COPD management interventions, A systematic review. *Respiratory Medicine*, 107(11), 1637-1650.

61. Ovayolu, N., Ovayolu, Ö., & Ateş, Ç. (2008). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(9), 3-16.

62. Aksoy, M. (2019). KOAH'lı hastalara günlük yaşam aktiviteleri modeli doğrultusunda NANDA tanıları, NOC ve NIC kullanılarak verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesi [Doktora tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı].

63. Gürgün, A., & Elmas, F. (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA). *Türk Toraks Derneği Çalışma Grubu Eğitim Kitapları Serisi*, Ankara, s.5-2.

64. Healy, P., & Timminis, F. (2003). Using the Roper-Logan-Tierney Model in Neonatal Transport. *British Journal of Nursing*, 12(13), 792-798.

65. Pektekin, Ç. (2013). Kuramlar-Bakım Modelleri, Hemşirelik Felsefesi. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi Yayınları. (Sayfa aralığı: 139-145).

66. Yılmaz, Ö. T., Yakut, Y., Uygur, F., & Uluğ, N. (2011). Tampa Kinezyofobi Ölçeği'nin Türkçe versiyonu ve test-tekrar test güvenirliği. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 22(1), 44-49.

67. Bingül, Ö. Ö., & Aslan, U. B. (2013). Korku-Kaçınma İnanışlar Anketi'nin Türkçe'ye uyarlanması, güvenirliği ve geçerliği. *Fizyoterapi ve Rehabilitasyon*, 24(1), 135-143.

68. Roper, N. (1996). The Roper-Logan-Tierney. Blueprint for use of nursing models: education, research, practice, and administration, (14), 289.

69. Roper, N. (1996). The Roper-Logan-Tierney. Blueprint for use of nursing models: education, research, practice, and administration, (14), 289.

70. Chronic, M. O. L. I. Nursing Care According To Roper-Logan-Tierney Model Of Living In Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Case Report. *New Horizons In Health Sciences*, 25.

71. Elsherif, M., & Noble, H. (2011). Management of COPD using the Roper-Logan-Tierney framework. *British Journal of Nursing*, 20(1), 29-33.

72. Kara, M. (2007). Using the Roper, Logan and Tierney model in care of people with COPD. *Journal of*

clinical nursing, 16(7b), 223-233.

73. Marie, Goretti, Uwayezu., Bellancille, Nikuze., Johanna, E., Maree., Lori, Buswell., Margaret, I., Fitch. (2022). Competencies for Nurses Regarding Psychosocial Care of Patients With Cancer in Africa: An Imperative for Action. *JCO global oncology*, doi: 10.1200/GO.21.00240
74. Özlü, T., Metintaş, M., Karadağ, M., & Kaya, A. (2010). Solunum Sistemi ve Hastalıkları, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd Şti: İstanbul. (Cilt 2, Baskı 1)
75. Ay, F. A. (2011). Temel Hemşirelik Kavramları: İlkeler, Uygulamalar. İstanbul Medikal Yayıncılık.
76. Jarad, N. (2011). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and old age?. *Chronic respiratory disease*, 8(2), 143-151.
77. Divo, M. J., Celli, B. R., Poblador-Plou, B., Calderón-Larrañaga, A., de-Torres, J. P., Gimeno-Feliu, L. A., ... & EpiChron—BODE Collaborative Group. (2018). Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) as a disease of early aging: Evidence from the EpiChron Cohort. *PloS one*, 13(2), e0193143.
78. Biber, Ç. (2018). Yaşlılık ve KOAH. Yaşlılık ve solunum hastalıkları, 165-175.
79. Sewell, L., Singh, S. J., Williams, J. E., Collier, R., & Morgan, M. D. (2005). Can individualized rehabilitation improve functional independence in elderly patients with COPD?. *Chest*, 128(3), 1194-1200.
80. Corhay, J. L., Dang, D. N., Van Cauwenberge, H., & Louis, R. (2014). Pulmonary rehabilitation and COPD: providing patients a good environment for optimizing therapy. *International Journal Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 27-39.
81. Eva, Ö. E., Birgitta, K., Kjell, L., Anna, E., & Bjöörn, F. (2009). Communication and self-management education at nurse-led COPD clinics in primary health care. *Patient Education and Counseling*, 77(2), 209-217.
82. Turhal, E., & Koç, Z. (2021). Koah Tanısı Alan Bir Bireyin Nanda'ya Göre Hemşirelik Tanıları ve NIC Girişimleri: Olgu Sunumu. *Sağlık ve Toplum*, 31(3), 194-204.
83. Wilkinson, J. M., & Barcus, L. (2014). Pearson nursing diagnosis handbook with NIC interventions and NOC outcomes. Pearson. Erişim Tarihi: 10.06.2023
84. Steindal, S. A., Torheim, H., Oksholm, T., Christensen, V. L., Lee, K., Lerdal, A. & Borge, C. R. (2019). Effectiveness of nursing interventions for breathlessness in people with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 75(5), 927-945.
85. Özkaptan, BB. (2019). Dahiliye ve Cerrahi Bakım Planları, Solunum Sistemine İlişkin Bakım Planları. İçinde: Çelik S, Karadağ A (editörler) Hemşirelik Bakım Planları: Tanıları, Girişimleri ve Sonuçları, 1. Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
86. Shepherd, A. (2010). The nutritional management of COPD: an overview. *British Journal of Nursing*, 19(9), 559-562.
87. Lomborg, K., & Kirkevold, M. (2005). Curtailing: handling the complexity of body care in people hospitalized with severe COPD. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(2), 148-156.
88. Jensen, A. L., Vedelø, T. W., & Lomborg, K. (2013). A patient-centred approach to assisted personal body care for patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 22(7-8), 1005-1015.
89. Sund-Levander, M. (2004). Measurement and evaluation of body temperature: Implications for clinical practice (Doktora Tezi, Linköping University Electronic Press).
90. Şahin, Z. A., & Dayapoğlu, N. (2015). Effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with chronic obstructive lung disease (COPD). *Complementary therapies in clinical practice*, 21(4), 277-281.
91. Yilmaz, C. K., & Kapucu, S. (2017). The effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in individuals with COPD. *Holistic nursing practice*, 31(6), 369-377.
92. Dignani, L., Toccaceli, A., Lucertini, C., Petrucci, C., & Lancia, L. (2016). Sleep and quality of life in people with COPD: a descriptive-correlational study. *Clinical nursing research*, 25(4), 432-447.
93. Jonsdottir, H. (1998). Life patterns of people with chronic obstructive pulmonary disease: isolation and being closed in. *Nursing Science Quarterly*, 11(4), 160-166.
94. Al-Gamal, E. (2014). Quality of life, anxiety and depression among patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Issues in mental health nursing*, 35(10), 761-767.
95. Lamers, F., Jonkers, C. C., Bosma, H., Chavannes, N. H., Knottnerus, J. A., & van Eijk, J. T. (2010). Improving quality of life in depressed COPD patients: effectiveness of a minimal psychological intervention. *COPD: journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 7(5), 315-322.
96. Spica, M. M. (1992). Educating the client on the effects of COPD on sexuality: The role of the nurse. *Sexuality and Disability*, 10, 91-101.
97. Ka, Ming, Chow., Carmen, W.H., Chan., Kai, Chow, Choi., Isabel, D., White., Ka, Yi, Siu., Wai, Ha, Sin. (2021). A practice model of sexuality nursing care: a concept mapping approach. *Supportive Care in Cancer*, doi: 10.1007/S00520-020-05660-1

98. Goodell, T. T. (2007). Sexuality in chronic lung disease. *Nursing Clinics of North America*, 42(4), 631-638.
99. Se, Young, Jung., Daejun, Park., Hui-Woun, Moon. (2022). Feasibility of the Smart Excretion Care System tethered to Electronic Medical Records in a tertiary hospital and community care setting: A formative research study (Preprint). doi: 10.2196/preprints.36324
100. Fatma, G. E. N. Ç. (2019). How Does Fatigue In Individuals With Chronic Obstructive Pulmonary Disease Effect Dependency Status. *Journal Of International Health Sciences And Management*, 5(9), 1-15.
101. Reinke, L. F., Feemster, L. C., McDowell, J., Gunnink, E., Tartaglione, E. V., Udris, E., & Au, D. H. (2017). The long term impact of an end-of-life communication intervention among veterans with COPD. *Heart & Lung*, 46(1), 30-34.
102. Houben, C. H., Spruit, M. A., Wouters, E. F., & Janssen, D. J. (2014). A randomised controlled trial on the efficacy of advance care planning on the quality of end-of-life care and communication in patients with COPD: the research protocol. *BMJ open*, 4(1), e004465.
103. Falter, L. B., Gignac, M. A., & Cott, C. (2003). Adaptation to disability in chronic obstructive pulmonary disease: neglected relationships to older adults' perceptions of independence. *Disability and Rehabilitation*, 25(14), 795-806.
104. McCathie, H. C. F., Spence, S. H., & Tate, R. L. (2002). Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors. *European Respiratory Journal*, 19(1), 47-53.
105. Johnson, J. L., Campbell, A. C., Bowers, M., & Nichol, A. M. (2007). Understanding the social consequences of chronic obstructive pulmonary disease: the effects of stigma and gender. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 4(8), 680-682.
106. Salvi, S. (2014). Tobacco smoking and environmental risk factors for chronic obstructive pulmonary disease. *Clinics in chest medicine*, 35(1), 17-27.
107. Fletcher, R. A. (2017). The social life of health behaviors: The political economy and cultural context of health practices. *Economic Anthropology*, 4(2), 213-224.
108. Mahesh, P. A., Jayaraj, B. S., Chaya, S. K., Lokesh, K. S., McKay, A. J., Prabhakar, A. K., & Pape, U. J. (2014). Variation in the prevalence of chronic bronchitis among smokers: a cross-sectional study. *The International Journal Of Tuberculosis And Lung Disease*, 18(7), 862-869.
109. Büyüksöy, B. G., Demir, G., Durmuş, H., Dazıroğlu, N., Bulucu, G. D., Yalçın, A., & Kaya, A. (2013). KOAH'ta yaşamın son günleri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1, 143-51.
110. Okumuş, H., Öztürk, C., & Yenal, K. (2014). Bakımın Planlanması Hemşire Ve Hemşire Öğrenciler İçin. *Palme Yayıncılık*. (2. Baskı).
111. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
112. Gurses, H. N., Saka, S., Zeren, M., & Bayram, M. (2023). Validity and reliability of the Turkish version of breathlessness beliefs questionnaire. *Physiotherapy Theory and Practice*, 39(4), 834-839
113. Nahcivan, N. O. (2004). A Turkish language equivalence of the Exercise of Self-Care Agency Scale. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 813-824. DOI: 10.1177/0193945904267599
114. Groeneveld, R. A., & Meeden, G. (1984). Measuring skewness and kurtosis. *Journal of the Royal Statistical Society Series D: The Statistician*, 33(4), 391-399.
115. Peters, M., Potter, C. M., Kelly, L., & Fitzpatrick, R. (2019). Self-efficacy and health-related quality of life: a cross-sectional study of primary care patients with multi-morbidity. *Health and quality of life outcomes*, 17, 1-11.
116. GuiYuan, Wei., Chen, X., Xiaoyu, Chang., Pei, Pei., & Wu, X. (2023). [Relationship between smoking and the risk of morbidity of chronic obstructive pulmonary diseases among residents aged 30 years and above in Sichuan Province: A prospective study]. *Chinese Journal of Medical Research*, 5(5), 778-785. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112338-20221123-00994>
117. Kathryn, Le, Grice., Neeraj, Shah., & Catey, Bunce. (2020). The generalizability of randomized controlled trials investigating non-invasive ventilation in patients with COPD. *Respirology*, 25(10), 1031-1032. <https://doi.org/10.1111/RESP.13849>
118. Zihui, Wang., Yun, Li., Junfeng, Lin., Qing, Zhang., Fengyan, Wang., Lunfang, Tan., Shuyi, Liu., Yuan, Gao., Yuting, Weng., Shiyang, Li., Yi, Gao., Nanshan, Zhong., & Jinping, Zheng. (2023). Prevalence, risk factors, and mortality of COPD in young people in the USA: Results from a population-based retrospective cohort. *BMJ Open Respiratory Research*, 10. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2022-001550>.
119. Su, Jong, Kim-Dorner., Torben, Schmidt., Alexander, Kuhlmann., J.-Matthias, Graf, von, der, Schulenburg., Tobias, Welte., & Heidrun, Lingner. (2022). Age- and gender-based comorbidity categories in general practitioner and pulmonology patients with COPD. *npj Primary Care Respiratory Medicine*, 32(1). <https://doi.org/10.1038/s41533-022-00278-8>.
120. M., Piñeiro, Roncal., E., Catalinas, Muñoz., J., Sánchez-Covisa, Hernández., C., Goñi, Echevarría.,

- H., Bueno, Zamora., José, Luis, Bernal, Sobrino., M., Juarez, Campo., M., T., Tejedor, Ortiz., G., M., Siesto, López., C., Álvarez, Martínez. (2022). Mortality according to age, sex, or congestive heart failure after an acute COPD exacerbation: COHERENT-COPD study. <https://doi.org/10.1183/13993003.congress-2022.1752>
121. Nicolae, Bodrug. (2022). Clinical features of chronic obstructive pulmonary disease in the elderly. *Buletinul AŞM: Ştiinţe medicale*, 71(3), 72-77. <https://doi.org/10.52692/1857-0011.2021.3-71.33>
122. Deveci, F., Tuğ, T., Turgut, T., Ögetürk, M., KIRKIL, G., KAÇAR, C., & MUZ, M. H. (2005). KOAH olgularında beslenme durumu, solunum fonksiyonları ve egzersiz performansı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 53(4), 330-339
123. ÖZDEMİR, F., KOCA, T., BERBER, N., & ŞAHİN, Ş. (2018). Astım ve KOAH Hastalarının Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi.,
124. DEMİRDAĞ, F., & ERDİNÇLER, D. S. (2016). KOAH'lı Yaşlı Hastada Beslenme Sorunları ve Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Geriatrics-Special Topics*, 2(1), 72-76.
125. Kuran, G., Yeldan, İ., İşsever, H., Erkan, F., & Gürses, H. N. (2009). KOAH'lı hastalarda hastalık süresi ve şiddeti ile solunum fonksiyon testleri, yürüme ve bode indeksi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi
126. Xiaofei, Zhang., Hongru, Chen., Kunfang, Gu., Jiahao, Chen., & Xiubo, Jiang. (2021). Association of Body Mass Index with Risk of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. <https://doi.org/10.1080/15412555.2021.1884213>
127. Geva, S., Yaakoby, M., Kalchiem-Dekel, O., Talmor-Gozlan, A., Westreich, R., & Maimon, N. (2016). The association between obesity and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Harefuah*, 155(9), 554-558.
128. Abebaw, M., & Yohannes. (2022). The Paradox of Obesity in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202206-525ED>.
129. Yohannes, A. M. (2022). The paradox of obesity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of the American Thoracic Society*, 19(10), 1638-1639.
130. Geva, S., Yaakoby, M., Kalchiem-Dekel, O., Talmor-Gozlan, A., Westreich, R., & Maimon, N. (2016). The association between obesity and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Harefuah*, 155(9), 554-558.
131. Li, X. F., Wan, C. Q., & Mao, Y. M. (2022). Analysis of pathogenesis and drug treatment of chronic obstructive pulmonary disease complicated with cardiovascular disease. *Frontiers in medicine*, 9, 979959.
132. Abebaw, M., & Yohannes. (2022). The Paradox of Obesity in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202206-525ED>.
133. Qing, Song., Cong, Liu., Wei, Cheng., Ling, Lin., Tao, Li., Xueshan, Li., Xiao, Liu., Yuqin, Zeng., Rong, Yi., Xin, Jun, Li., Yan, Chen., Shan, Cai., Ping, Chen. (2023). Clinical characteristics and risk of all-cause mortality in low education patients with chronic obstructive pulmonary disease in the Chinese population. *Journal of Global Health*, 13 doi: 10.7189/jogh.13.04163
134. Zhao, X., Long, B., Huang, B., Zhong, X., Chen, X., Shen, X., ... & Wu, D. (2023). Exploring the relationship between education, living environment, and anxiety/depression among stable patients: insights from the COPD-AD China Registry study.
135. Heidi, B, Bringsvor., Knut, Skaug., Eva, Langeland., Bjørg, Frøysland, Oftedal., Jörg, Assmus., Doris, Gundersen., & Richard, H., Osborne., Signe, Berit, Bentsen. (2018). Symptom burden and self-management in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13, 365-373. <https://doi.org/10.2147/COPD.S151428>
136. Korkmaz, T., & Tel, H. (2010). Koah'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 79-86
137. Özkara, F. ve Kürtmeç Yılmaz, C. (2024). KOAH Hastalarında Dispne Şiddetinin ve Genel İyi Oluşum Düzeylerinin İncelenmesi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 38(1), 29-40
138. Kristen, E., Holm., Russell, P., Bowler., & Barry, J., Make., & Frederick, S., Wamboldt. (2009). Family Relationship Quality is Associated with Psychological Distress, Dyspnea, and Quality of Life in COPD. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. <https://doi.org/10.1080/15412550903143919>
139. Alda, Marques., Cristina, Jácome., Joana, Cruz., Raquel, Gabriel., & Daniela, Figueiredo. (2014). Family-based pulmonary rehabilitation in COPD: A randomized controlled trial. *European Respiratory Journal*.
140. Joana, Cruz., Joana, Cruz., Dina, Brooks., & Alda, Marques. (2014). Does family support affect physical activity of patients with COPD? An exploratory study. *European Respiratory Journal*.
141. Kılınç, G., Yıldız, E., & Kavak, F. (2019). Orjinal Makale KOAH'lı hastalarda psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(2), 111-116.

142. Akkuş, Y., Karabulutlu, E. Y., & Yağcı, S. (2016). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında (Koah) Anksiyete Ve Depresyonun Bilişsel Duruma Etkisi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(3), 94-100.
143. K, Kalirai., Peymane, Adab., Rachel, Jordan., David, Fitzmaurice., & Jonathan, Geoffrey, Ayres. (2013). A cross-sectional analysis of the effect of COPD on work capability using the Birmingham COPD cohort. *Thorax*. <https://doi.org/10.1136/THORAXJNL-2013-204457.4>
144. Kartaloğlu, Z. (2013). Sosyoekonomik Durum ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1).
145. Dan-Dan, Zhang., Jian-Nan, Liu., Qing, Ye., Zi, Chen., Ling, Wu., Xue-Qing, Peng., Gan, Lu., Jin-Yi, Zhou., Ran, Tao., Zhen, Ding., Fei, Xu., Fei, Xu., & Linfu, Zhou. (2021). Association between socioeconomic status and chronic obstructive pulmonary disease in Jiangsu province, China: A population-based study. *Chinese Medical Journal*. <https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000001609>
146. Eric, Boers., Monica, Barrett., Vy, Anh, Vuong., Adam, Benjafield., Jun, Su., Leanne, Kaye., D., Tellez., Carlos, M, Nunez., & Alka, Malhotra. (2022). An estimate of the global COPD prevalence in 2050: Disparities by income and gender. <https://doi.org/10.1183/13993003.congress-2022.4608>
147. Zhimin, Xu. (2023). A Review on Prevalence of Worldwide COPD Situation. https://doi.org/10.1007/978-981-19-7615-5_34
148. Smith, J., & Woodcock, A. (2006). Cough and its importance in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 1(3), 305–314. <https://doi.org/10.2147/copd.2006.1.3.305>
149. Ozsoy, I., Kahraman, B. O., Acar, S., Ozalevli, S., Akkoclu, A., & Savci, S. (2019). Factors Influencing Activities of Daily Living in Subjects With COPD. *Respiratory Care*, 64(2), 189-195. DOI: 10.4187/respcare.05938
150. Esteban, C., Moraza, J., Quintana, J. M., Aburto, M., & Capelastegui, A. (2006). Use of medication and quality of life among patients with COPD. *Respiratory Medicine*, 100(3), 487-495.
151. Marques, A., & Souto-Miranda, S. (2022). Respiratory management in daily life: needs and gaps. In S. S. Fazel (Ed.), *Wearable Sensing and Intelligent Data Analysis for Respiratory Management* (pp. 31-57).
152. Gardener, A. C., Ewing, G., Kuhn, I., & Farquhar, M. (2018). Support needs of patients with COPD: a systematic literature search and narrative review. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13, 1021-1035. DOI: 10.2147/COPD.S155622
153. Saddique, H., Ali, A., & Aziz, Z. (2022). Assessment of The Level of Illness Perception Regarding General Health And Severity Of Disease Among Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Pakistan Journal of Health Sciences*, 16(3), 41-45. DOI: 10.54393/pjhs.v3i06.319
154. Tiemensma, J., Gaab, E., Voorhaar, M., Asijee, G., & Kaptein, A. A. (2016). Illness perceptions and coping determine quality of life in COPD patients. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11, 2001-2007.
155. Weldam, S. W., Lammers, J. W. J., Heijmans, M. J., & Schuurmans, M. J. (2014). Perceived quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients: a cross-sectional study in primary care on the role of illness perceptions. *BMC Family Practice*, 15, 1-10.
156. Ovcharenko, S., Galetskayte, Y., Romanov, D., Petelin, D., & Volel, B. (2022). Identification of Different Profiles of Illness Perception in COPD Patients: Results of Cluster Analysis. *The Open Respiratory Medicine Journal*, 16.
157. Gürses, H. N., Saka, S., Uçgun, H., Zeren, M., & Bayram, M. (2019). Obstacle of physical activity and activities of daily living in patients with COPD: Dyspnea related kinesiphobia. *European Respiratory Journal*, 54. DOI: 10.1183/13993003.CONGRESS-2019.PA1247
158. Liu, H., Huang, L., Yang, Z., Li, H., Wang, Z., & Peng, L. (2021). Fear of Movement/(Re)Injury: An Update to Descriptive Review of the Related Measures. *Frontiers in Psychology*, 12, 696762. DOI: 10.3389/FPSYG.2021.696762
159. Shelby, R. A., Somers, T. J., Keefe, F. J., DeVellis, B. M., Patterson, C. C., Renner, J. B., & Jordan, J. M. (2012). Brief fear of movement scale for osteoarthritis. *Arthritis Care and Research*. DOI: 10.1002/ACR.21626
160. Dąbek, Z., Knapik, A., Gallert-Kopyto, W., Brzęk, A., Piotrkowicz, J., & Gąsior, Z. (2020). Fear of movement (kinesiophobia) - an underestimated problem in Polish patients at various stages of coronary artery disease. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. DOI: 10.26444/AAEM/106143
161. Huijnen, B., van der Horst, F., van Amelsvoort, L., Wesseling, G., Lansbergen, M., Aarts, P., ... & Knottnerus, A. (2006). Dyspnea in elderly family practice patients. Occurrence, severity, quality of life and mortality over an 8-year period. *Family practice*, 23(1), 34-39.
162. Kınıklı, G. İ., Deniz, H. G., Karahan, S., Ateş, A., Turgay, M., & Kınıklı, G. (2018). Predictors of fear of movement in patients with rheumatoid arthritis. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 29(2), 11-17
163. Chick, D. A., Grant, P. J., & Van Harrison, R. (2020). Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

University of Michigan, Michigan Medicine. Ann Arbor, MI.

164. Wingo, B. C., Ard, J. D., Desmond, R., Evans, R., Roy, J., & Baskin, M. (2013). Body Mass Index and Chronic Health Conditions as Predictors of Exercise Fear-Avoidance Beliefs. *Journal of Research in Obesity*, 1.
165. Samuel, P. S., & Athira, M. (2019). Correlation between body mass index and fear of fall on functional mobility in elderly. *International journal of physiotherapy and research*, 7(5), 3257-3261. DOI: 10.16965/IJPR.2019.171
166. Ekström, M., Sundh, J., Schiöler, L., Lindberg, E., Rosengren, A., Bergström, G., & Torén, K. (2018). Absolute lung size and the sex difference in breathlessness in the general population. *PLoS One*, 13(1), e0190876
167. Çakal, B. (2021). Koroner arter hastalığı olan bireylerde hareket korkusu, fiziksel performans ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kardiyopulmoner Fizyoterapi Programı).
168. Gunn, A. H., Schwartz, T. A., Arbeeve, L., Callahan, F. L., Golightly, Y. M., Goode, A. P., ... & Allen, K. D. (2017). Fear of Movement and Associated Factors Among Adults With Symptomatic Knee Osteoarthritis. *Arthritis Care and Research*, 69(12), 1826-1833. DOI: 10.1002/ACR.23226
169. Akbari, F., Dehghani, M., Khatibi, A., & Vervoort, T. (2016). Incorporating family function into chronic pain disability: the role of catastrophizing. *Pain Research & Management*, 2016, 6838596. DOI: 10.1155/2016/6838596
170. Özden, F., Tuğay, N., Karaman, Ö. N., Yalın, C. Y., & Tuğay, B. U. (2021). The relationship of fear of movement with pain, range of motion and function in patients with shoulder pathologies. *Bulletin of Faculty of Physical Therapy*, 26(1), 1-5. DOI: 10.1186/S43161-021-00020-4
171. Rouse, P. C., Ingram, T., Standage, M., & Sengupta, R. (2023). Pos0207-hpr fear of movement mediates the relationship between pain catastrophising and physical function in people living with axial spondyloarthritis: a cross-sectional mediation analysis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 82(Suppl 1), 329.2-330. DOI: 10.1136/annrheumdis-2023-eular.662
172. Major, D. H., Roe, Y., Småstuen, M. C., van der Windt, D. A., Sandbakk, T. B., Jæger, M., & Grotle, M. (2022). Fear of movement and emotional distress as prognostic factors for disability in patients with shoulder pain: a prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 23(1). DOI: 10.1186/s12891-022-05139-6
173. Demir Gökmen, B., & Fırat, M. (2022). Investigation of the Relationship Between Disease Perception, Fear of Death, and Self-care Power in COPD Patients. *ADYÜ Journal of Health Sciences*, 8(1), 57-66. DOI: 10.30569/adiyamansaglik.1024143
174. Demirel, U., & Tel Aydın, H. (2023). Determination of Functional Performance and Self-Care Agency in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 128-141. DOI: 10.46971/ausbid.1229932
175. Ergin, Ç. (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Tanısı Almış Bireylere Verilen İnhaler İlaç Eğitiminin Öz-Bakım Gücü ve Öz-Yeterlilik Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.
176. Kaşıkçı, M., & Yıldırım, Z. (2022). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Koah'ta Öz-Bakım Gücü Ve Hasta Eğitimi. *Sağlık Bilimleri Alanında Uluslararası Araştırmalar* (445-457). İstanbul: Eğitim Yayınevi.
177. Ros-Sánchez, T., Lidón-Cerezuela, M. B., López-Benavente, Y., & Abad-Corpa, E. (2023). Promoting empowerment and self-care in older women through participatory action research: Analysis of the process of change. *Journal of Advanced Nursing*. DOI: 10.1111/jan.15573.
178. Fatukaloba, M., & Salim, N. A. (2023). HUBUNGAN SELF CARE DENGAN KUALITAS HIDUP LANSIA DI DUSUN KEMBANG KABUPATEN SLEMAN YOGYAKARTA. Al-Tamimi Kesmas: Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat. *Journal of Public Health Sciences*, 12(1), 108-114.
179. Aydın, E., Sağlam, Z., & Koc, Z. (2017). Determination of self-care power of hemodialysis patients. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences*, 4(2), 292-300.
180. Türk, R., Akkuş, Y., & Sönmez, T. (2019). Relationship between self-care ability and happiness in elderly individuals. *Cukurova Medical Journal*, 44, 366-374.
181. Aydın, A., & Sayılan, A. A. (2022). The relationship between self-care agency and successful aging in individuals aged 65 or over. *Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 67-77.
182. Schomberg, T. (2016). Relationship Between Self-Care Agency, Self-Care Practices, and Body Mass Index Among Nursing Professionals.
183. Yang, H., Xie, X., Song, Y., Nie, A., & Chen, H. (2018). Self-care agency in systemic lupus erythematosus and its associated factors: a cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence*, 12, 607-613. DOI: 10.2147/PPA.S162648

184. Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu Aşlar, R., Bakar, N., Demir, N., “Effect of anxiety and depression on self-care agency and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease: A questionnaire survey”, *International Journal of Nursing Practice*, 19, 14-22, 2013.
185. Kılıç, Z., “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı(KOAH) olan bireylerin öz bakım gücü ve etkileyen faktörler”, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.34-47, Kayseri, 2013.
186. Ermiş, N., Kasar, K. S., Karaman, E., & Yıldırım, Y. (2018). Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım gücü ve yorgunluk. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 9(20), 105-112.
187. Yang, H., Xie, X., Song, Y., Nie, A., & Chen, H. (2018). Self-care agency in systemic lupus erythematosus and its associated factors: a cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence*, 12, 607-613. DOI: 10.2147/PPA.S162648
188. Nazik, H., Gül, F. Ç., Gül, F. C., Nazik, S., Okay, R. A., Mülâyim, M. K., & Demir, B. (2018). Evaluation Of Self-Care Power In Leprosy Patients. *Kocaeli Medical Journal*, 7(1), 77-82.
189. Abdisa, L., Balis, B., Shiferaw, K., Debellä, A., Bekele, H. W., Girma, S., Mechal, A., Amare, E., Kechine, T., Tari, K., Nigussie, K., Assefa, N., & Letta, S. (2022). Self-care practices and associated factors among hypertension patients in public hospitals in Harari regional state and Dire Dawa City administration, Eastern Ethiopia: A multi-center cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 10. DOI: 10.3389/fpubh.2022.911593
190. Banerjee, A., Goswami, P., Mandal, S., & Taraphdar, P. (2023). Self-Care Activities by Patients with Chronic Cardiovascular Morbidities: Explanatory Sequential Facility-Based Mixed Method Study in West Bengal, India. *National Journal of Community Medicine*, 14(04), 219-228. DOI: 10.55489/njcm.140420232878
191. Oktavia, N. A., & Haspariadi, H. (2022). Relationship of Family Support with Self-Treatment Ability of Schizophrenia Patients at Tamiang Layang Health Center. *Psychiatry Nursing Journal (Jurnal Keperawatan Jiwa)*, 4(1). DOI: 10.20473/pnj.v4i1.36130
192. Noohi, S., Karamitinha, F., & Shoghli, A. (2022). Self-Care Ability of the Elderly and Related Factors. *Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal*, 12(4), 19-25. DOI: 10.52547/pcnm.12.4.19
193. Rutledge, P. M., Montgomery, A. J., Lott, S. M., McGee, Z. M., & Burns, D. M. (2019). The Relationship Between Family Support, Self-Care, and Health Outcomes in Selected African-American Females with Type 2 Diabetes. *Journal of National Black Nurses' Association: JNBNA*, 30(2), 1-9.
194. Hany, A., Yulistianingsih, E., & Kusumaningrum, B. R. (2022). Family empowerment and family ability to self-care for heart failure patients in the intermediate care room. *International Journal of Public Health Science*, 11(1), 248-253.
195. Erzurumlu, E. (2018). İnmeli hastaların öz bakım gücü ile yaşam kalitesi ve yaşam doyumu arasındaki ilişki Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
196. Liu, H., Huang, L., Yang, Z., Li, H., Wang, Z., & Peng, L. (2021). Fear of Movement/(Re)Injury: An Update to Descriptive Review of the Related Measures. *Frontiers in Psychology*, 12, 696762. DOI: 10.3389/FPSYG.2021.696762
197. Rouse, P. C., Ingram, T., Standage, M., & Sengupta, R. (2023). Pos0207-hpr fear of movement mediates the relationship between pain catastrophising and physical function in people living with axial spondyloarthritis: a cross-sectional mediation analysis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 82(Suppl 1), 329.2-330. DOI: 10.1136/annrheumdis-2023-eular.662
198. Naugle, K. M., Blythe, C., Naugle, K. E., Keith, N. R., & Riley, Z. A. (2022). Kinesiophobia Predicts Physical Function and Physical Activity Levels in Chronic Pain-Free Older Adults. *Frontiers in pain research*, 3. DOI: 10.3389/fpain.2022.874205
199. Keessen, P., Visser, B., Van Duijvenbode, I., Latour, C., Jorstad, H., & Scholte Op Reimer, W. (2022). Fear of movement (kinesiophobia) after cardiac hospitalization: predictors and impact on participation in cardiac rehabilitation. *European Journal of Preventive Cardiology*, 29(Supplement_1). DOI: 10.1093/eurjpc/zwac056.119

EKLER

EK-1.Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırma Projesinin Adı: 'Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Hareket Korkusunun Öz Bakım Gücüne Etkisi'

Sorumlu Araştırmacının Adı: Dr. Öğr. Üyesi Nurdan YALÇIN ATAR

Diğer Araştırmacıların Adı: Hem. Melis Deniz ALTAN

Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, sorumlu araştırmacı SBÜ Hamidiye Hemşirelik Anabilim Dalında, Dr. Öğr. Üyesi Nurdan YALÇIN ATAR tarafından bilimsel çalışma olarak planlanmıştır.

'Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Hareket Korkusunun Öz Bakım Gücüne Etkisi' isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu araştırma, KOAH'da önemli bir yeri olan hareket korkusunun bireylerin öz-bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Bu çalışma, bilimsel amaçlı yapılmakta olup, veriler başka hiçbir alanda kullanılmayacaktır. Çalışma Verdiğiniz tüm bilgiler saklı tutulacaktır. Katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Gerek görüldüğü durumlarda araştırmacı tarafından çalışmadan çıkarılabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde, sizden katılım izniniz alınacaktır. Araştırma sırasında size doldurmanız için bir anket formu verilecektir. Çalışma anket formu ile gerçekleştiği için herhangi bir risk taşımamaktadır. Bu çalışmaya katılmanız durumunda sizden herhangi maddi bir şey talep edilmeyecek olup, ayrıca size bir ücret ödemesi de yapılmayacaktır. Araştırmayı yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili otoriteleri gönüllünün anonim bir şekilde cevaplarına erişebilecek, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Çalışmaya katılmam için zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı araştırmacı
Adı, Soyadı:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı
Adı, Soyadı: Melis Deniz Altan
Adres: Yeni mah. Nedim Beyazgül sok. No:4
Silivri Devlet Hastanesi 3.Kat Palyatif Bakım Merkezi

İmza:

İmza:

EK-2.Kişisel Bilgi Formu

1. Kaç yaşındasınız?
2. Boyunuz:..... Kilonuz:..... BkI:
3. Cinsiyetiniz nedir?
a)Kadın b)Erkek
4. Eğitim durumunuz nedir?
a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlköğretim d) Lise e) Yüksekokul/Üniversite
5. Medeni durumunuz nedir?
a) Evli b) Bekar c) Eşi vefat etmiş d) Boşanmış
6. Aile tipiniz nedir?
a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile d) Yalnız e) Diğer
7. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
a) Yalnız yaşıyorum b) Eşimle birlikte c) Eşim ve çocuklarımla birlikte e) Çocuklarımla birlikte e) Diğer (Belirtiniz:.....)
8. Şu anda bir işte çalışıyor musunuz?
a) Çalışıyorum b) Çalışmıyorum
9. Mesleğiniz?
a) Ev hanımı b) İşçi c) Memur d) Emekli e) Serbest meslek f) Çiftçi e) Diğer (Belirtiniz:.....)
10. Gelir durumunuz nedir?
a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla
11. Ne kadar süredir KOAH hastalığınız var?
12. Daha önce KOAH nedeniyle hastaneye yatışınız oldu mu?
a) Evet b) Hayır
13. Yılda kaç kez KOAH nedeniyle hastaneye yatıyorsunuz?
a) 1 (bir) b) 2 (iki) c) 3 (üç) d) 4 (dört) ve daha fazla
14. Son bir yıl içerisinde KOAH hastalığınız nedeniyle hastaneye yattınız mı) Evet ise kaç kez?
a) Evet (... ..kez) b) Hayır
15. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
16. Evde ya da yaşadığınız yerde tedaviye yardımcı cihazlar var mı?
a)Hayır, cihaz yok. b) Evet (Belirtiniz:))
17. Evde uzun süreli oksijen tedavisi alıyor musunuz?
a) Evet (Günde..... saat) b) Hayır
18. Hastalığınız hakkında eğitim aldınız mı?
a) Evet (ise kimden.....) b) Hayır
19. Günlük ihtiyaçlarınızı karşılarken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?
a) Evet b) Hayır
20. Yardıma ihtiyacınız oluyor ise yardımcı olacak kişi/kişiler var mıdır?
a) Var (Kim/kimler.....) b) Yok
21. KOAH hastalığı yaşamınızı ne kadar etkiliyor?
a) Etkilemiyor b) Düşük düzeyde c) Orta düzeyde d) Yüksek düzeyde
22. Size göre sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?
a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü

EK-3.Nefes Darlığı İnançları Anketi (Breathlessness Beliefs Questionnaire-NDİA)

Her soru için en uygun kutucuğu işaretleyiniz. (her soruda yalnızca bir kutucuk işaretleyiniz). Teşekkürler.					
	Kesinlikle katılmıyorum				Kesinlikle katılıyorum
1. Egzersiz yaparsam hastalığımın kötüleşeceğinden endişeleniyorum	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ne zaman nefesim daralsa, vücudum bana çok ciddi şekilde yanlış bir şeyim olduğunu söyler	☐	☐	☐	☐	☐
3. Akciğer hastalığım hayatımın geri kalanı için vücudumu riske attı	☐	☐	☐	☐	☐
4. Nefes darlığı her zaman yeterince oksijen almadığım anlamına gelir	☐	☐	☐	☐	☐
5. Kendime yanlışlıkla zarar vermekten korkuyorum	☐	☐	☐	☐	☐
6. Nefes darlığımı kontrol etmek için yapabileceğim en iyi şey gereksiz aktivitelerden kaçınmaktır	☐	☐	☐	☐	☐
7. Vücudumda tehlikeli sayılabilecek bir şeyler olmasa bu kadar nefes darlığı çekmezdim	☐	☐	☐	☐	☐
8. Nefes darlığı yaşamak bana egzersizi ne zaman sonlandırmam gerektiğini söyler böylece durumumu daha fazla kötüleştirmem	☐	☐	☐	☐	☐
9. Benim durumumda olan birisinin fiziksel olarak aktif olmasını güvenli bulmuyorum	☐	☐	☐	☐	☐
10. Sağlıklı insanların yaptığı şeylerin çoğunu yapamıyorum; çünkü sağlığımı korumak zorundayım	☐	☐	☐	☐	☐
11. Hiç kimse nefes darlığı hissederken Egzersiz yapmamalı	☐	☐	☐	☐	☐

EK-4.Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)

Aşağıda kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz.

ÖZBAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ	0 Beni hiç tanımlamıyor	1 Beni pek tanımlamıyor	2 Fikrim yok	3 Beni biraz tanımlıyor	4 Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim					
2.Kendimi beğeniyorum.					
3. Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.					
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman ne yapmam gerektiğini biliyorum					
5. Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum					
6. Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.					
7.Kendime bakmadığım zaman yardım ararım.					
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım					
9. Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.					
10. Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.					
11. Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm					
12.Dengeli beslenirim.					
13. Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.					
14. Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırırım.					
15. Sağlığımın çok daha iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.					
16. Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.					
17. Kararlarımı sonuna kadar uygularım.					

18. Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.					
19. Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygulayım.					
20. Kendimle dostum.					
21. Kendime iyi bakarım.					
22. Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.					
23. Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.					
24. Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					
25. Yaşam zevktir.					
26. Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.					
27. Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.					
28. Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.					
29. Sağlıklı kalmam için ne tür yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.					
30. Vücudumun çalışmasıyla ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.					
31. Bazen hastalandığımda, Rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.					
32. Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.					
33. Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.					
34. Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.					
35. Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.					

EK-5.Etik Kurul Onay Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 15.11.2022-13343



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 04.11.2022

Toplantı Sayısı : 2022/24

Karar Sayısı : 24/9

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan, Dr. Öğr. Üyesi Nurdan YALÇIN ATAR'ın sorumlu, Melis Deniz Altan'ın yardımcı araştırmacı olduğu 22/523 kayıt numaralı **"Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Hareket Korkusunun Öz Bakım Gücüne Etkisi"** başlıklı proje önerisi kurulumuzun 04.11.2022 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

Aslı Gibidir
Doç. Dr. Yasemin AYDIN KARTAL
Başkan

Doç. Dr. Muzaffer AKDOĞAN
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Derya BÜYÜKKAYHAN
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Abubekir ELTAS
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Recep KEŞLİ
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Eray Metin GÜLER
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Erhan ALABAY
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Selda RIZALAR
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Banu BAYRAM
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Bahar Başak KIZILTAN ELİAÇIK
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe ÖZYAZICI
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Şükran ÖZDİTİ KURTULUŞ
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Gamze TEMİZ
Etik Kurul Üyesi

07.11.2022 Memur

Ali CEYLAN

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys?eD=BS958YSJ8B&eS=13343>

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6.Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01.01-210265788
Konu : Melis Deniz ALTAN'ın Çalışması Hk

01.03.2023

İlgi : 23.01.2023 tarihli ve E-24978049-770-207638834 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile Hastanenizde Palyatif biriminde hemşire olarak görev yapmakta olup aynı zamanda Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde Yüksek lisans öğrencisi Melis Deniz ALTAN'ın "**Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Hareket Korkusunun Öz Bakım Gücüne Etkisi**" başlıklı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi birimimize iletilmiş olup Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **16/02/2023 tarih ve 2023/02** sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr.

Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 015074A9-C25D-4605-B44A-F9CA857851B0

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Telefon No:
e-Posta:

Bilgi için:

Telefon No:



EK-7.Ölçek İzinleri

Ynt: Nefessizlik algı anketi (Breathlessness Beliefs Questionnaire-BBQ) İzni Hakkında

İzleme bayrağı.

Bu iletiyi 26.05.2022 Per 15:00 tarihinde ilettiniz

Seda SAKA
Kime: Siz

bbq tr.docx
17 KB

26.05.2022 Per 10:21

Merhaba,

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yürüttüğümüz Nefes Darlığı İnaçları Anketi (Breathlessness Beliefs Questionnaire-BBQ)'ni tez çalışmanızda kullanmanız uygundur.

Başarılar...

Gönderen: Melis Deniz Altan
Gönderildi: 24 Mayıs 2022 Salı 14:19
Kime: Seda SAKA
Konu: Nefessizlik algı anketi (Breathlessness Beliefs Questionnaire-BBQ) İzni Hakkında

Konu: Nefessizlik algı anketi (Breathlessness Beliefs Questionnaire-BBQ) İzni Hakkında

Merhabalar,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Melis Deniz Altan olarak maili atmaktaaym. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Hareket Korkusunun Öz Bakım Gücüne Etkisi adlı tez çalışmamda Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız Nefessizlik algı anketi (Breathlessness Beliefs Questionnaire-BBQ)'ni izniniz ile kullanmak istiyorum.

İlginiz için şimdiden teşekkürler, iyi çalışmalar hocam.

Re: Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) kullanım izni hakkında

NN Nursen Nahcivan
Kime: Siz

1-NNNahcivan-TURKCE OZ-BA...
75 KB

2-Turkish Esca-WJNR.pdf
81 KB

2 ek (157 KB) Tümüünü OneDrive'a kaydet Tümüünü indir

Sayın Melis Deniz ALTAN,

Türkçe Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni araştırmanızda kaynak göstermek suretiyle kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ihtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başan dileklerle,

Prof. Dr. Nursen NAHCİVAN
İ.Ü-C. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Emekli Öğretim Üyesi

Melis Deniz Altan 22 Eyl 2022 Per, 17:21 tarihinde şunu yazdı:

Merhaba

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Melis Deniz Altan olarak maili atmaktaaym. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Hareket Korkusunun Öz Bakım Gücüne Etkisi adlı tez çalışmamda Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)'ni izniniz ile kullanmak istiyorum.

Saygılarımla.

