



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERDE ÖZ-ETKİLİLİK VE İLAÇ KULLANMAYA
İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARININ PSİKOSOSYAL UYUM
ÜZERİNE ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Gaffar ACAR

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN

SAMSUN
2021

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**



**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERDE ÖZ-ETKİLİLİK VE İLAÇ KULLANMAYA
İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARININ PSİKOSOSYAL UYUM
ÜZERİNE ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Gaffar ACAR

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN

SAMSUN
2021

TEZ KABUL VE ONAYI

Gaffar ACAR tarafından, Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN danışmanlığında hazırlanan “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Öz-Etkililik ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnançlarının Psikososyal Uyum Üzerine Etkisi” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 28.07.2021 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	İmza	Sonuç
Başkan Prof. Dr. Zeliha KOÇ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı		☐ Kabul
		☐ Ret
Üye (Danışman) Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı		☐ Kabul
		☐ Ret
Üye Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÇİNGÖL Abant İzzet Baysal Üniversitesi Hemşirelik Yönetimi Anabilim Dalı		☐ Kabul
		☐ Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

ONAY

... / ... / ...

Prof. Dr. Ali BOLAT
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Yüksek Lisans tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

İmza

28 /07 / 2021
Gaffar ACAR

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı : KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE ÖZ-ETKİLİLİK VE İLAÇ KULLANMAYA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARININ PSİKOSOSYAL UYUM ÜZERİNE ETKİSİ

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 18/06/2021 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 6

Tek kaynak oranı : % 1 çıkmıştır.

28 /07/ 2021

Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN

ÖZET

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE ÖZ-ETKİLİLİK VE İLAÇ KULLANMAYA İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARININ PSİKOSOSYAL UYUM ÜZERİNE ETKİSİ,

Gaffar ACAR

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans, Temmuz/2021

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN

Amaç: Bu araştırmanın amacı KOAH'lı bireylerin öz etkililik ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç düzeylerinin psikososyal uyum üzerine etkisinin incelenmesidir.

Materyal ve Metot: Araştırmanın evrenini Ekim 2019-Nisan 2020 tarihleri arasında Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesinde tedavi gören ve KOAH tanılı 250 birey oluşturmaktadır. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Hasta Tanıtım Formu, KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (KÖEÖ), İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği (İKSİÖ), Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) kullanılarak toplandı. Analizler IBM SPSS 25 programında gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel analizin ilk adımı olarak normallik varsayımı Shapiro Wilk testi ile kontrol edilmiştir. Normal dağılıma sahip olmayan iki grubun ortalamalarının karşılaştırılması için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan üç ve daha fazla grubun ortalamalarının karşılaştırılması için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Farkı yaratan grup ya da grupların ortaya çıkartılması için Post Hoc Bonferroni testi uygulanmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan sürekli değişkenlerin aralarındaki ilişkinin ölçülmesi için Spearman korelasyonundan yararlanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin, %62.4'ü erkek, %42.4'ü 66-79 yaş aralığında, %71.2'si ilk okul mezunu, %78.8'i evli, %34'ü ev hanımı, %46'sı KOAH evresinin iki olduğu, %61.2'si köyde yaşadığı, %51.2'si sigara kullanmadığı, %60.4'ü ısınma aracı olarak soba kullandığı, %92'si ilaçlarını düzenli kullandığı, %45,2'si sağlık durumu orta olarak belirttiği belirlendi. KÖEÖ'nün toplam puan ortalaması $71,94 \pm 29,72$, İKSİÖ'nün toplam puan ortalaması $137,90 \pm 18,01$, PAIS-SR'nin toplam puan ortalaması $59,70 \pm 20,99$ olarak belirlenmiştir.

Sonuç: KÖEÖ ile PAIS-SR arasında -0,592 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü, orta düzeyli bir ilişki bulunmuştur. İKSİÖ ve PAIS-SR arasında -0,178 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü, çok zayıf düzeyli bir ilişki bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Öz-Etkililik, Sağlık İnanç, Psikososyal Uyum

ABSTRACT

THE EFFECT OF SELF-EFFICIENCY AND DRUG USE RELATED HEALTH BELIEFS ON PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT OF PEOPLE WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Gaffar ACAR

Ondokuz Mayıs University
Institute of Graduate Studies

Department of Nursing

Master, July/2021

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Seval AĞAÇDİKEN ALKAN

Aim: The purpose of this research is to examine the effect of self-efficacy and health belief levels related drug use on psychosocial adjustment of individuals with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Materials and Methods: The population of the study makes up of 250 individuals diagnosed with COPD and treated at Zonguldak Çaycuma State Hospital between October 2019 and April 2020. The data have been gathered by utilizing the Patient Description Form, which has been prepared by the researcher in concert with the literature, the COPD Self-Efficacy Scale (CSES), the Health Belief Scale for Drug Use (HBS), and the Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS-SR). Confirmatory factor analysis, which is one of the structural equation modeling analysis, also has been used in order to demonstrate the validity of the scales. Analyses have been executed in the AMOS 23 program. The assumption of normality has been checked with the Shapiro Wilk Test as the first step of the statistical analysis. Mann Whitney U test has been conducted to draw a distinction between the averages of the two groups are not normally distributed. The Kruskal Wallis Test has been carried out to contrast the means of three and more groups that have not a normal distribution. Post Hoc Bonferroni Test has been performed to divulge the group or groups making the difference. Spearman correlation has been employed to gauge the relationship between perpetual variables which are not suitable for normal distribution.

Findings: It has been determined that 62,4% of the individuals participating in the research are male, 42,4% are between the ages of 66 and 79 years, 71,2% are primary school graduates, 78.8% are married, 61,2% live in the village, 34% are housewives, 51,2% do not smoke, 60,4% use the heating stove as a means of heating, 92% take their medications regularly, 46% have stage 2 COPD and 45,2% have been described healthy status as moderate. It has been established that the total score average of the CSES is $71,94 \pm 29,72$, the total score average of HBS is $137,90 \pm 18,01$ and the total score average of PAIS-SR is $59,70 \pm 20,99$.

Conclusion: A statistically noteworthy, negative way and moderate correlation has been detected between CSES and PAIS-SR with a correlation coefficient of -0.592. A statistically significant, negative way, feeble correlation has been spotted between HBS and PAIS-SR with a correlation coefficient of -0.178.

Keywords: Self-efficacy, health belief, Psychosocial Adjustment

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Öncelikle, desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen yüksek lisans eğitimim boyunca her konuda bilgi ve tecrübeleriyle bana yardımcı olan ve yol gösteren danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN'a,

Yüksek lisans eğitim sürecimde bilgi ve tecrübeleriyle bana katkıda bulunan Sayın Prof. Dr. Zeliha KOÇ'a,

Çalışmam boyunca her türlü maddi ve manevi destek veren babam Vahap ACAR, annem Güler ACAR, erkek kardeşim Settar ACAR ve kız kardeşim Fatma Zehra DEMİR'e

Sonsuz teşekkür ediyorum.

Gaffar ACAR

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	v
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. ARAŞTIRMANIN SORULARI.....	2
3. GENEL BİLGİLER.....	4
3.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ)'ın Tanımı	4
3.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Epidemiyolojisi	5
3.3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Fizyopatolojisi.....	6
3.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Risk Faktörleri.....	7
3.5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Belirti ve Bulguları.....	10
3.6. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı Yöntemleri	12
3.7. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın Tedavi Yöntemleri.....	14
3.7.1. Medikal/Farmakolojik Tedavi.....	15
3.7.2. Non-farmakolojik Tedavi Yöntemleri	16
3.8. Öz Etkililik Kavramı.....	17
3.9. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnancı Kavramı.....	18
3.10. Psikososyal Uyum Kavramı.....	19
3.11. KOAİ'lı Bireylerde Öz-etkililik, İlaç Kullanımına İlişkin Sağlık İnancı ve Psikososyal Uyum İlişkisi.....	21
4. MATERYAL VE METOT	24
4.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı.....	24
4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	24
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
4.4. Verilerin Toplanma Şekli ve Süresi	26
4.4.1. Hasta Tanıtım Formu:	26
4.4.2. KOAİ Öz-Etkililik Ölçeği (KÖEÖ).....	27
4.4.3. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanc Ölçeği (İKSİÖ)	27
4.4.4. Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)	28
4.5. Araştırmanın Etik Yönü	30
4.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30
4.7. Verilerin Değerlendirilmesi	30
5. BULGULAR.....	32
5.1. KOAİ'lı Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	32

5.2. KOAH Öz- Etkililik Ölçeği (KÖEÖ) Puan Ortalamasına İlişkin Bulgular	35
5.3. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği (İKSİÖ) Puan Ortalamasına İlişkin Bulgular	51
5.4. Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) Puan Ortalamasına İlişkin Bulgular	67
5.5. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği, İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği, Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği Aralarındaki İlişkiye İlişkin Bulgular	85
6. TARTIŞMA	86
6.1. KOAH'lı Bireylerin Demografik Özelliklerinin Tartışılması.....	86
6.2. KOAH'lı Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması.....	87
6.3. KOAH Öz-Etkililik Ölçeğine (KÖEÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması.....	88
6.4. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeğine (İKSİÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması	91
6.5. Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeğine (PAIS-SR) İlişkin Bulguların Tartışılması.....	93
6.6. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği, İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği, Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği Aralarındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması	98
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	99
7.1. Sonuçlar	99
7.2. Öneriler	100
KAYNAKLAR	101
EKLER	109
ÖZ GEÇMİŞ.....	127

SİMGELER VE KISALTMALAR

KOAH	:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KÖEÖ	:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Öz-Etkililik Ölçeği
İKSİÖ	:İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği
PAIS-SR	:Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
FEV1	:Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim
FCV	:Zorlu Vital Kapasite
V/Q	:Ventilasyon/Perfüzyonu
GOLD	:Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease
SPO2	:Kan oksijen doygunluğu
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
NIMV	:Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyon
P	:Anlamlılık Düzeyi
%	:Yüzde
x²	:Kruskal-Wallis Testi İstatistiği
U	:Mann Whitney U Testi İstatistiği

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği, İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği, Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği İlişkin Cronbach Alpha Değerleri	29
Tablo 5.1. Katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımı	32
Tablo 5.2. Katılımcıların hastalıklarına ilişkin özelliklerin dağılımı	34
Tablo 5.3. KÖEÖ'nün alt boyut puan ve toplam puanı ortalama, standart sapma, ortanca değerleri.....	30
Tablo 5.4. KOAH'lı bireylerin demografik özelliklerinin KÖEÖ'nün alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması.....	37
Tablo 5.5. KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerin KÖEÖ'nün alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması.....	39
Tablo 5.6. İKSİÖ alt boyut ve toplam puanı ortalama, standart sapma, ortanca değerleri.....	51
Tablo 5.7. KOAH'lı bireylerin demografik özelliklerinin İKSİÖ alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması.....	53
Tablo 5.8. KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerin İKSİÖ'nün alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması.....	60
Tablo 5.9. PAIS-SR alt boyut ve toplam puanı ortalama, standart sapma, ortanca değerleri.....	67
Tablo 5.10. KOAH'lı bireylerin demografik özelliklerinin PAIS-SR alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması.....	69
Tablo 5.11. KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerin PAIS-SR'nin alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması.....	77
Tablo 5.12. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği, İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği, Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği Arasındaki İlişki.....	85

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) yaygın, önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır kalıcı solunum yolu semptomları ve hava yolundan kaynaklanan hava akımı sınırlaması ile karakterizedir ve / veya genellikle zararlı parçacıklara veya gazlara önemli ölçüde maruz kalmanın neden olduğu alveoler anormalliktir (GOLD, 2020).

KOAH, hastalığın ilerlemesiyle birlikte ağırlaşan ve ciddi psikososyal sonuçlara neden olan, bireyin yaşamını sınırlandıran bir durumdur (Rzadkiewicz ve Nasilowski, 2019).

KOAH'da zaman geçtikçe ve hasta bireyin yaşının ilerlemesi sebebiyle pulmoner semptomlarla komorbiditelerin artması ilerleyen aşamalarda tedaviyi zorlaştırır. KOAH'da tipik olarak evre ilerledikçe egzersiz dispnesinde de artışlar görünür. Bireyin günlük aktivitesinde önemli sınırlamalara neden olan enerji eksikliği, kötüleşen yaşam kalitesiyle birlikte bireyi temel ihtiyaçlarından yoksun bırakma tablosunu ortaya çıkarır (Rzadkiewicz ve Nasilowski, 2019).

KOAH aynı anda birden fazla fizyopatolojik süreçleri kapsayan ve tedavisi tam olarak olmayan bir halk sağlığı sorunudur. KOAH'lı bireyler, yaşamış oldukları solunum güçlükleri sebebiyle, yapacakları aktivitelerde çok az bir gayret sarf etmeleri gerekse bile solunum sırasındaki yaşayacakları güçlükten kaçınmak amacıyla sahip oldukları becerilerine karşı güven eksikliği hissederler. Yaşanan güven eksikliğine düşük öz etkililik denir (Kara ve Mirici, 2002). Bireyin öz etkililik düzeyi ilaç kullanımına yönelik sağlık inancında önemli bir yere sahiptir.

KOAH'da hastalığın evresindeki ilerleme, hava akımındaki kısıtlılığın da ilerlemesine, bireyde fiziksel yetersizliğe, günlük aktivitelerinin sınırlandırılmasına; bireyin hissettiği dispne seviyesinin yükselmesiyle kişinin yaşam kalitesinde problemlere neden olmaktadır. Hastalık evresindeki ilerlemenin, bireylerin beden kitle indeksinde azalmaya neden olduğu, alevlenme sayısının artmasıyla orantılı olarak bireylerde ilaç kullanım sayısında arttığı görülmektedir (Özkan, 2012).

İlaç kullanmaya ilişkin sağlık inancı, bireylerin reçeteli ve bilinçli ilaç kullanımına yönelik sağlık davranışlarını, bireysel karar verebilme düzeylerini ve

bireyin sağlık davranışındaki motivasyonunun önemini açıklar. Bireyin ilaç kullanım sürecindeki davranışlar psikososyal uyumu değerlendirmede aktif rol oynar. Psikososyal uyum bireyin işini, ailesini, cinsel ve sosyal yaşantısını ve sağlık bakımındaki uyumuyla psikolojik durumunu kapsar (Çelik, 2018). KOAH'lı bireyler günlük aktivitelerini yerine getirirken yaşamış oldukları güçlüklerle ek olarak psikososyal açıdan oldukça fazla problem yaşamaktadır. KOAH'lı bireyler için aile desteği, sosyal çevreden gelen destek, pulmoner rehabilitasyon, bireyin öz yeterliliği, etkili baş etme yöntemleri ve ilaç kullanım durumu bireyin psikososyal uyumunu pozitif yönde etkilemektedir. Yapılan araştırmalarda sosyal desteğin ve yüksek öz etkililik algısının bir arada olmasının, bireylerin genel işlevlerini önemli ölçüde artırdığı görülmüştür (Kılıçkaya, 2013; Korkmaz ve Tel, 2010).

KOAH, Dünya'da ve Türkiye'de önemli morbidite, mortalite, ekonomik ve iş gücü kayıplarına nedenidir. Özellikle hastalığın ileri evrelerinde, bireyler yaşamlarını her açıdan olumsuz etkileyen ciddi semptomlar yaşamaktadır. Semptomların sıklığı ve ciddiyeti arttığında bireyin günlük yaşamdaki işlevi olumsuz etkilenmekte ve sonuç olarak öz etkililiği azalmaktadır. KOAH'da öz etkililik ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançlarının psikososyal uyum üzerine etkisinin belirlenmesi önemli bir konudur. Literatür incelemelerinde KOAH'lı bireylerde öz etkililik, ilaç kullanmaya bağlı sağlık inancı ve psikososyal uyumu birlikte irdeleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu üçlü arasındaki ilişkinin KOAH'ın bireysel ve profesyonel yönetiminde fayda sağlayacağı düşünülerek bu araştırma gerçekleştirilmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, KOAH'lı bireylerde öz etkililik ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançlarının psikososyal uyum üzerine etkisinin belirlenmesi ve bu kavramlar arasındaki ilişkilerin saptanması amacıyla yapılmıştır.

2. ARAŞTIRMANIN SORULARI

- KOAH'lı bireylerin sosyo-demografik ve hastalıklarına ilişkin özellikleri nelerdir?

- KOAH'lı bireylerin öz etkililik düzeyi nedir?
- KOAH'lı bireylerin ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç düzeyi nedir?
- KOAH'lı bireylerin psikososyal uyumları nasıldır?
- KOAH'lı bireylerin öz etkililik ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançlarının psikososyal uyum ile ilişkisi var mıdır?



3. GENEL BİLGİLER

3.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)'ın Tanımı

KOAH başta sigara dumanı olmak üzere zararlı gazların solunumu ile akciğerlerin kronik enflamatuvarına neden olan genellikle ilerleyici, kısmen geriye dönüşümü olabilen hava akımının kısıtlanmasına neden olan kronik hastalıktır. KOAH, Dünyada görülme sıklığında giderek artış gösteren orta ve ileri yaşların hastalığı olarak bilinmektedir. Ciddi anlamda morbidite ve mortalite nedenleri arasında gösterilir (GOLD, 2020). KOAH'taki alevlenme atakları, semptom artışı sosyal ve ekonomik yükte artışa sebep olur (GOLD, 2020; Yürüktümen, vd., 2009).

KOAH solunum yollarında mikroorganizma kaynaklı olmayan inflamasyonla gelişen ve ilerleyen akciğer hastalığıdır (TORAKS, 2020). KOAH genellikle sigara dumanı veya diğer sağlığa zararlı gaz ve parçacıkların sebep olduğu solunum yolu inflamasyonu sonucunda oluşur. Oluşan inflamasyon alveol harabiyeti ile karakterize amfizem sonucunda solunum yollarının daralmasıyla birlikte 40 yaş ve üzerindeki bireylerde ortaya çıkar. Yaşla birlikte solunum yolundaki daralma ve alveollerdeki harabiyet ilerler ve artar. Normalde esnek yapıda olan solunum yolları elastikiyetini kaybeder. Genişlemiş olan hava keseciklerine dolan havanın geri çıkması zorlaşır. Solunum yolu ve değişimler anormal ve geriye dönüşsüzdür (TORAKS, 2020).

Hava yollarında gelişen inflamasyon balgam üretimi yapan bezlerin fazla çalışmasına ve balgam miktarında artışa neden olur. Daralmış olan solunum yollarından hava akışında güçlükler oluşur. Bu bulgular ise kronik bronşit olarak tanımlanır. KOAH amfizem ve kronik bronşitin yer aldığı bir kronik hastalıktır (TORAKS, 2020). Dünya Sağlık Örgütü KOAH'ı tek bir hastalık olarak değil, akciğerlerdeki hava akışında sınırlamalara sebep olan kronik tüm akciğer hastalıklarının tanımında bir şemsiye terimi olarak kullanmaktadır (WHO, 2020).

Türkiye İstatistik Kurumunun verilerine göre, ülkemizde 2014 yılında toplam 375.291 ölümün 23.663'ünün KOAH sebebiyle gerçekleştiği saptanmıştır (TÜİK, 2013-2014). Ülkemizde 2017 TÜİK verilerine göre ölümlerin yüzde 0.4'ünü astım hastalığı oluşturmaktadır. TÜİK 2017 verilerine göre bronşektazi ve KOAH'ın 4. ölüm nedeni olduğu belirtilmektedir (TÜİK, 2020). Ülkemizde ve dünyada KOAH'ın prevalansını yükselten önemli faktörün sigara dumanı, diğer risk faktörlerinin ise;

mesleki maruziyet, ileri yaş, genetik yatkınlık ve sosyoekonomik durumdaki düşüklük olduğu bilinmektedir (GOLD, 2018).

3.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Epidemiyolojisi

Dünya genelinde nüfusun yaş ortalamasının artması yetersiz ve dengesiz beslenme, su kirliliği, ev içi kirlilikler, hijyenik olmayan şartlar, obezite, hava kirliliği, fiziksel inaktivite, tütün gibi faktörlerin artma eğiliminde olması hastalık kalıplarında değişime neden olmuştur (Lim, vd., 2012). Enfeksiyon kaynaklı hastalıklar gün geçtikçe azalırken, kronik hastalıklar günümüzde en önemli morbidite ve mortalite sebebi haline almıştır (Paczek ve Nowak, 2011). Lozano ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada 2010 yılındaki tüm dünyadaki ölümlerin %66'sının kronik hastalıklar sebebiyle gerçekleştiği 3.8 milyon ölen kişinin 2.9 milyonunun ölüm sebebi KOAH olduğunu bildirilmiştir (Lozano, vd., 2012).

20. Yüzyıldan günümüze eşitsizlik, yoksulluk, işsizlik, küresel dengesizlikler ve sosyal kararsızlık gibi sağlığın sosyal belirleyicilerinde ki kötüleşmeler hız kazanmıştır. Bu yüzyılda, hızlı ve plansız kentleşme, küreselleşme, batılı yaşam stili ve nüfusun yaşlanması insan sağlığını önemli ölçüde etkileyen alerjenler, obezite, sağlıksız diyet, tütün kullanımı ve fiziksel aktivite yetersizliği vb. yeni risk unsurlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. Bu dönemin önemli sorunlarından biri olan küresel iklim değişikliği, ekosistemlerdeki bozulmalar ve doğadaki tahribat insan sağlığını negatif yönde etkileyen bir unsurdur (Kocabaş, vd., 2014c).

KOAH, dünyada başta gelen morbidite ve mortalite sebebidir. Sebep olduğu sosyal ve ekonomik yük gün geçtikçe artmaktadır. Hastalığın morbidite ve mortalite prevalansına bakıldığında aynı ülke ve ülkeler arasında değişik gruplarla önemli farklılıklar göstermektedir. KOAH'ın hastalık yükü ve prevalansı, risk unsurlarına sürekli maruz kalma ve dünya nüfusundaki yaşlanma ile paralel şekilde gelecekte artışa devam edeceği öngörülmektedir (Kocabaş, vd., 2014c).

3.3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Fizyopatolojisi

KOAH'ın fizyopatolojisinde rol oynayan etmenler aşağıda sıralanmıştır.

Aşırı miktarda artmış mukus sekresyonu: Kronik bronşitin özelliği olan mukus hipersekresyonu solunum yolu daralmasına neden olmakla birlikte bu daralmanın kesin nedeni değildir. Aynı şekilde, KOAH'lı bireylerin tümünde mukus sekresyonunda artış gözlenmektedir. KOAH'ta artan mukus sekresyonunun sebebi, kronik solunum yolundaki iritasyona bağlı goblet hücre sayısındaki artış ve submukozal bezlerdeki genişlemedir (Kocabaş, vd., 2014c).

Hava hapsi ve hava akışında kısıtlanma: KOAH'ın fizyopatolojik bulgularından en belirginini eforla birlikte görülen ekspiratuvar hava akışındaki kısıtlanmadır. Küçük solunum yollarındaki peribronşiyal fibrozis, inflamasyon ve luminal eksüdasyon ile zorlu ekspirasyonun birinci saniyesinde çıkarılan hava hacmi/zorlu vital kapasite (FEV1/FCV) ve FEV1 oranlarında azalma ve KOAH'ın tipik özelliklerinden biri olan FEV1'de ki azalma sonucunda gerçekleşir. Solunum yolundaki periferik obstrüksiyon ekspirasyon sırasında verilen havayı giderek artan şekilde tutar. Bu durum sonucunda hiperinflasyon gelişir. Hiperinflasyon, egzersiz esnasında fonksiyonel reziduel kapasitede artışa sebep olarak, inspiratuvar kapasitede azalmaya neden olur. Bu durum KOAH'lı bireylerde egzersiz kapasitelerinde azalma ve dispneyle sonuçlanır (GOLD, 2020).

Gaz değişimindeki anormallikler: KOAH'lı bireylerde ventilasyon/perfüzyondaki (V/Q) dengesizlik, pulmoner hiperinflasyon, solunum mekaniğindeki değişim ve yüzeyel hızlı soluma şekli gaz alış verişindeki bozulmalara ve solunum yetmezliğine neden olur. Gaz değişimindeki anormalliklerde hiperkapni ve hipoksemi görülür. Hastalığın ilerlemesi karbondioksit ve oksijen değişimini olumsuz etkiler. Bu durum hiperinflasyon, şiddetli obstrüksiyon ve solunuma yardımcı kas yapısının bozulması ile ilişkili olarak vücutta karbondioksit birikmesine yol açar. KOAH'ta hipoksemi oluşmasındaki önemli bir mekanizma olan V/Q'da ki dengesizliktir. Pulmoner damar yatağındaki daralma ve alveoler ventilasyon anormallikleri V/Q dengesindeki bozulmayı artırır (Kocabaş, vd., 2014c).

Pulmoner hipertansiyon: KOAH'ın ileriki evrelerinde hafif ve orta şiddette pulmoner hipertansiyon oluşabilir. Hastalık ilerleyici olarak seyrettiğinde kor pulmonale ve sağ ventrikülde dilatasyon görülebilir (Kocabaş, vd., 2014c).

Sistemik özellikler: KOAH'lı bireylerin yaşadığı semptom ve değişikliklerin bireylerin yaşam süresine ve yaşam kalitelerine etkisi gün geçtikçe daha da iyi anlaşılmaktadır. Özellikle hiperinflasyon ve solunum yolu kısıtlaması gaz değişimi ve kardiyak fonksiyonları olumsuz etkilemektedir. KOAH'ta solunum yolu ve akciğerlerdeki inflamasyonun yanında düşük şiddetli bir sistemik inflamasyon gelişmektedir. Gelişen bu sistemik inflamasyon kaşeksi ve iskelet kas atrofisinin oluşmasına neden olmakla birlikte kalp yetmezliği, iskemik kalp hastalığı, diyabet, anemi, osteoporoz, depresyon ve metabolik sendrom gibi hastalıkların gelişmesine zemin hazırlar (Kocabaş, vd., 2014c).

Alevlenmeler: KOAH'ın solunuma ilişkin semptomlarında alevlenmelere gerçekleşmektedir. Bu alevlenmelerin başlıca sebepleri; çevresel kirlleticiler, viral veya bakteriyel enfeksiyonlar ya da bilinmeyen sebeplerdir. Tromboemboli, kalp yetmezliği ve pnömoni gibi durumlar, alevlenmeyle benzer bulgular gösterebildikleri gibi, bireyde gelişen alevlenmenin şiddetini artırabilir. Alevlenme esnasında ekspiratuvar akımda azalma olurken hiperinflasyonda artış gözlenir. Bu durum dispne artışa neden olur. V/Q dengesindeki bozulma ise hipoksemiye ortaya çıkarır (Kocabaş, vd., 2014c).

3.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Risk Faktörleri

KOAH, çevresel uyaranlar ile genetik duyarlılığın arasındaki karşılıklı etkileşimi sonucunda oluşan bir hastalıktır (Hooper, vd., 2012). Sigaranın aktif kullanımı KOAH'ta en önemli sebeplerden birisidir. Ancak iç ortamlardaki hava kirlilikleri ve mesleki maruziyetler de önemli risk faktörlerindendir. Bunlara ek olarak yetersiz beslenme, fiziksel inaktivite ve yoksulluk gibi diğer etmenler hastalık gelişiminde ve hastalığın ilerlemesinde etkili olabilmektedir. KOAH oluşumunda dış ortamdaki hava kirliliği ve tütün dumanı maruziyeti semptomların şiddetlenmesine neden olur (Hooper, vd., 2012).

Genler: Alfa-1 antitripsindeki (AAT) eksiklik KOAH' ta tanımlanan genetik risk faktörüdür. Bireylerin %1-2'sinde bu eksiklik görülür. KOAH ve benzeri karmaşık hastalıklar genellikle gen ve çevre etkileşimi sonucunda ortaya çıkar.

Genlerin etkisi ırksal temel ve çevresel faktörler ile değişebilmektedir. Bu durum KOAH'ın çok yönlü hastalık olmasında genetik ve epigenetik etkileşimin olduğu söylenmektedir (Foreman, vd., 2012). Bu durum genetik ve epigenetik etkileşimin sonucu olarak KOAH'ın çok yönlü bir hastalık olmasının nedenini açıklar.

Yaş ve cinsiyet: KOAH'ta yaş bir risk faktörüdür. KOAH'ın erkek hastalığı olarak nitelenmesine karşı son 20 yılda erkeklere oranla kadınlardaki görülme sıklığı mortalite ve morbidite oranı erkeklere göre artış göstermiştir. Bu durum son 50 yılda cinsiyetler arası sigara içme eğilimlerinin değişmesiyle ilişkilidir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda tütün dumanına duyarlılığın kadın ve erkeklerde hormonal sebeplerden dolayı farklı olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (Aryal, vd., 2013; Kamil, vd., 2013).

Akciğer büyüme ve gelişmesi: Akciğerlerde büyüme, gebelikte başlayıp, doğumdan sonra çocukluk ve ergenlik dönemindeki birçok maruziyetin etkisi olan bir süreçtir. Gebelik sürecinde veya çocukluk döneminde akciğer gelişimindeki değişikliklere neden olan birçok faktör, bireyde KOAH gelişimi riskini arttıran bir potansiyele sahiptir. Spirometri ile ölçümü yapılan akciğerin maksimum fonksiyonundaki azalma, KOAH gelişiminde risk oranı artmış bireylerin belirlenmesinde faydalı olabilir (Guerra, vd., 2013; Stern, vd., 2007).

Partiküllere maruziyet: Tüm dünyada KOAH gelişimindeki en etkili risk etmeninin tütün dumanı olduğu bilinmektedir (Soriano ve Roisin, 2011). Sigara kullanan bireylerde kullanmayan bireylere oranla farklılık gösteren akciğerlerdeki fonksiyon anormalliklerinde artış, solunumsal semptom prevalansındaki artış ile KOAH mortalitesi ve yıllık FEV1'deki azalmaya sahiptirler. Çevresel sigara dumanı maruziyeti ve farklı tip tütün kullanımları (puro, pipo, nargile vb.) solunan gaz ve partikül yükünde artışa sebep olarak hava yolu semptomlarına ve KOAH oluşumuna sebebiyet verebilir (Lindberg, vd., 2006; Soriano ve Roisin, 2011).

Havalandırılması iyi yapılmayan evlerde ısınma aracı olarak sobada bitki kökleri, kömür ve tezek kullanımı iç ortam hava kirliliğinde artışa neden olur. Dünya

genelinde 3 milyar insan yemek pişirme veya ısıma gereksinimleri için kömür veya biyomas kullanmaktadır (Salvi ve Barnes, 2009). Yapılan çalışmalar kömür veya biyomas yakıtından kaynaklı iç ortamdaki hava kirliliğini ve KOAH oluşumu için önemli bir unsur olduğunu gösteriyor (Lopez, vd., 2006). Hindistan vb. gelişen ülkelerde yemek pişirme ve ısınma gereksinimi için kullanılan biyomas yakıtın dumanına maruziyet sonucu KOAH oluşumuna %30-50 oranında neden olduğu görülmüştür (Group, 2003). Dış ortamdaki hava kirliliği faktörünün KOAH oluşumundaki katkısı tam olarak bilinmemekle beraber tütün dumanıyla kıyaslandığında KOAH gelişimi riskinin düşük seviyelerde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Fakat şehirlerdeki hava kirliliğinin akciğer ve kalp hastalıklarındaki artışa etkisi büyüktür. Aynı şekilde hava kirliliğinde önemli bir rolü olan egzoz gazının da hava yollarındaki fonksiyonların bozulmasına neden olduğu bilinmektedir (Grigg, 2009).

Yoksulluk ve eşitsizlik: Yoksulluk bir risk unsurlarına maruziyeti arttırdığından KOAH gelişiminde önemli rol oynar (Gershon, vd., 2012). Çin’de yapılmış olan bir araştırma sonucunda ev halkındaki düşük gelir ve eğitim düzeyinin KOAH oluşumu riskini artırdığı belirtilmiştir (Yin, vd., 2011). İskoçya’da yapılan başka bir araştırmada multimorbidite prevalansı halkın yoksul olduğu kesimlerde %11 iken, halkın varlıklı olduğu kesimlerde %5.9 olduğu ve multimorbiditenin halkın yoksul kesimlerinde 10-15 yıl erken başladığı ortaya çıkmıştır (Barnett, vd., 2012). Finlandiya’da yapılan araştırmada meslekle ilişkili sosyoekonomik düzeyinin KOAH ile anlamlı derecede ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Yine bu araştırmada GOLD’un kriterlerinden biri olan tütün kullanma durumuna göre bakıldığında, KOAH prevalansı orta-üst ve yönetici memurlarda %2.8, endüstri işinde çalışan işçilerde %10, yardımcı işçilerde %10.2 olarak bulunmuştur (Kainu, vd., 2013). Kainu ve ark. (2013) araştırma sonuçları bireylerin meslekleri ve sosyo-ekonomik durumlarının KOAH’ta etkisi olan risk unsuru olabileceği sonucunu desteklemektedir. Aynı zamanda eşitsizlik ve yoksulluk bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımını olumsuz yönde etkilemektedir. Danimarka’da bu konuyla ilgili yapılan bir araştırmada KOAH tanısı almış hastaların, özellikle de işsiz erkeklerin 18 aylık süreçte spirometre ölçümlerini diğer KOAH’lı bireylere göre daha az kullandığı bildirilmiştir (Koefoed, vd., 2013).

Astım/Bronşiyal hiperreaktivite: KOAH gelişiminde bireyin astım tanısı almış olması bir risk unsuru olarak tanımlanırken bu sonuç henüz kesinleşmemiştir. Ama eldeki mevcut kanıtlar bu ilişkiyi kesinleştirmemiştir. Birçok araştırmada astımlı bireylerin ortalama %20'sinde geri ve dönüşümsüz hava akımında obstrüksiyon olduğu ve difüzyon kapasitelerinde azalmalar olduğunu gözlenmiştir (Decramer ve Janssens, 2013). De Marco ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise erişkin astımlı bireylerde astımı olmayan erişkin bireylere oranla KOAH gelişmesi riskinin 12 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Astım tanısı klinik olarak konulmadan da bronşiyal hiperreaktivite (BHR) oluşabilir (De Marco, vd., 2011).

Kronik bronşit: Araştırmalar sonucunda FEV1'deki azalma ve mukus hipersekresyonu arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Bu durum KOAH gelişiminde kronik bronşit olgusunun ilişkisini göstermektedir (Salvi, 2014).

Enfeksiyonlar: Bireylerin çocukluk dönemlerinde geçirdiği solunum yolu enfeksiyonları, bu bireyler erişkin döneme geldiklerinde akciğerlerindeki fonksiyonlarda azalmaya neden olduğu ve bu durum hava yolundaki semptomlarla ilişkisi olduğu bildirilmiştir. KOAH alevlenmesinde enfeksiyonların rolü olmakla birlikte hastalık oluşumundaki rolleri açık olarak gösterilmemiştir. Öncesinde tüberküloz geçiren bireylerin %26 ve %68'inde solunum yolu obstrüksiyonu olduğu, tüberkülozun solunum yolu obstrüksiyonu oluşma riskini 2-6 kat artırdığı bildirilmiştir (Brashier ve Kodgule, 2012; Mannino ve Buist, 2007).

3.5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Belirti ve Bulguları

KOAH'ın hastalığa özgü semptomları günlük olarak değişkenlik gösterebilen kronik ve progresif nefeste daralma, balgam çıkarma ve öksürüktür. KOAH' ta gün içinde veya günden güne semptomlar değişkenlik gösterebilir. Bu semptomlar daha çok sabah saatlerinde bireylerde yoğun olarak hissedilir. Risk unsurlarına maruz kalan bireylerde balgam çıkarma ve kronik öksürük, solunum yolu kısıtlanması gelişiminden daha önce ortaya çıkabilmektedir. Sağlık kurumlarına bu semptomlar ile başvuran ve özellikle KOAH risk unsurlarına maruziyeti olan bireylerin spirometre ile değerlendirilmesi gereklidir. Balgam çıkarma ve kronik öksürük yakınması olmadan solunum yolu kısıtlaması gelişebilir. Genellikle hasta bireyler

günlük yaşantılarında etkisi olan semptomlar sebebiyle hastaneye başvurmaktadır. Bu hasta bireylerin bir kısmında kronik yakınmalar mevcutken, bazı bireyler ise ilk akut alevlenmelere bağlı yakınmalarla hastaneye başvurabilmektedir (Kessler, vd., 2011; Kuyucu, vd., 2011). KOAH'ta nefes darlığı başlıca semptomlardan biridir. Hem kronik hem de ilerleyici nefes daralması hasta bireyi doktora yönlendiren çok önemli bir semptomdur.

KOAH'ın etiyolojisinde zararlı partikül ve gazlara solunum yollarının verdiği ilk cevap öksürüktür. Öksürük hastalığın başlarında aralıklar ile ve non-produktif özellikteyken sonrasında her gün meydana gelen bir yakınma halini alabilir. Bireyde kronik ve kuru öksürük mevcut olabilir. Birey hastaneye başvurduğu süreç içerisinde öksürük produktif özellik kazanabilir.

KOAH sebebiyle oluşan balgam genel itibariyle yapışkan özellikte ve az miktardadır. Fakat bronşektazi gibi bir durumun eşlik etmesiyle birlikte balgam miktarında artma olabilir. Normal süreçte balgam mukoid ve beyaz özellikteyken, balgam miktarındaki artış ile balgam renginin sarı-yeşile dönmesi atak semptomu şeklinde değerlendirilmektedir (Başyigit, 2010). Bireylerde kas güçsüzlüğü ve mobilizasyonda azalma vb. durumların gelişmesi balgamın atımının zorlaşmasına sebep olarak bireyde balgam tıkaçı meydana getirebilir (Kılıç ve Özçelik, 2014).

Göğüste sıkıntı hissedilmesi ve hışıltılı solunum gün içinde veya gün geçtikçe değişebilen semptomlardan biridir. Üst solunum yolundan kaynaklı olarak hışıltılı solunum olabilir. Bu yüzden oskültasyonda bulgu saptanamayabilir. Yaygın olarak ekspiratuvar ve inspiratuvar ronküsler duyulabilir. Genellikle efor sonrasında göğüste sıkışma hissi ortaya çıkar, hasta birey bu hissin bölgesini tam olarak gösteremeyebilir. Bu durum interkostal kaslardaki izometrik kontraksiyonlara bağlı gelişebilir (Kocabaş, vd., 2014d).

KOAH'lı bireylerdeki diğer yakınmalar genellikle iştahsızlık, ileriki evrelerde kilo kaybı ve yorgunluktur. Elde edilen bulgular prognostik önem taşır, başka hastalıklarında işaretçisi olabilir. Bacaklarda oluşan şişlik sağ kalp yetmezliğinin (kor pulmonale) gelişmekte olduğunu gösteren ilk bulgulardan biridir. Anksiyete ve depresyon bulguları kesinlikle dikkatle ele alınmalıdır. Çünkü KOAH' ta bu belirtiler sık olarak görülmektedir (Hanania, vd., 2011).

3.6. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı Yöntemleri

Balgam çıkarma, kronik öksürük ve nefes darlığı yakınmaları ve risk unsurlarına maruz kalma öyküsü olan bireylerde KOAH düşünülmelidir. Tanı spirometriyle doğrulanmalıdır (GOLD, 2020; Qaseem, vd., 2011). KOAH'ta tanı ve değerlendirme safhalarında spirometre gereklidir. KOAH olgusu düşünülen bireyde bronkodilatör sonrasında 1. saniyede zorlu ekspiratuar hacim (FEV1), zorlu vital kapasiteyle (FCV) oranları; FEV1/FCV oranı %70'den küçük ise bireyde hava akışı kısıtlılığının varlığı doğrulanıp bireye KOAH olarak değerlendirilebilir. Postbronkodilatör spirometrik ölçümün amacı tanının ve hastalığın ağırlığını derecelendirmektedir (Albert, vd., 2012; GOLD, 2020).

Dünyada yetersiz tanı kaynaklı KOAH'lı bireylerin %60-85'i hala tanısı konulmamış durumdadır. BOLD-Adana çalışmasının sonucunda KOAH tanısı konulmuş hastaların tanısı saptanan KOAH'lı bireylerin %84'ü olduğunu söylüyor. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı isimli çalışmada KOAH'lı bireylerin %22.6'sında doğru ve uygun spirometri testi yapıldığı saptanmıştır. Bu veriler sonucunda Türkiye'de uygun spirometri testi ve spirometriye ulaşımında sorunların olduğu görülmektedir. Sonuçları 2013'te yayımlanan Avrupa Solunum Derneği KOAH Denetim Çalışması sonucunda akut alevlenme sebebiyle hastanede tedavi gören hasta bireylerin %49.3'ünde yatış almadan spirometri testi yapıldığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar ve bulgular Türkiye'de spirometrenin yeterli olarak kullanılmadığını işaret etmektedir (Kocabaş, vd., 2014d; Roberts, vd., 2013).

Öykü: KOAH'lı bireylerden alınan hemşirelik öyküsü aşağıdaki noktaları içermelidir:

- KOAH'ta semptomların ortaya çıkışı erişkin dönemde başlar, balgam çıkarma, öksürük, uzamış ya da sık görülen soğuk algınlığı belirtileri sorgulanmalıdır.
- Daha öncesinde hastaneye yatma veya alevlenme öyküsünün olup olmadığı sorgulanmalıdır.
- KOAH'ın bireyin yaşantısına etkileri; işe gidememe, günlük aktivitelerin kısıtlanması, depresyon, cinsel yaşama etkileri, ekonomik etkiler, anksiyete belirtileri öğrenilmelidir.

- Komorbiditeler; osteoporoz, kalp hastalıkları, uyku bozuklukları, maligniteler, anksiyete-depresyon, diyabet, anemi gibi KOAH'a eşlik eden hastalıkların sorgulanması ve tanısı konulmamış olan ek hastalıkların semptomları açısından dikkatli olunmalıdır.
- Risk unsurlarına maruziyet; tütün kullanımı, iç ve dış ortamdaki hava kirliliğine maruz kalma, pasif içicilik, çevresel ve mesleki maruziyetin sorgulanması (Gershon, vd., 2012).
- KOAH'ın sosyal belirteçleri (yaşadığı, doğduğu, yaşlandığı koşullar, işi, eğitimi, gelir durumu, hayata bakışı, insanlar ile ilişkileri, aile ve sosyal çevre desteği, nitelikli sağlık kuruluşlarına ulaşım imkanları ve sorunları, sağlık ile ilgili inanışları) sorgulanarak öğrenilmelidir.
- Özgeçmiş; bireyin astım, nazal polip, sinüzit, alerji ve çocukluk döneminde geçirdiği solunum yolu enfeksiyon varlığı öğrenilmelidir.
- Soy geçmiş; bireyin ailesinde KOAH veya başka kronik hastalıkların varlığı sorgulanmalıdır (Kocabaş, vd., 2014d).

Fizik Muayene: Hastalığın değerlendirilmesi açısından önemli bir aşama olan fizik muayene tanı koymada tek başına yeterli değildir. Solunum yollarının fonksiyonlarında belirgin bir bozulma görülünceye kadar, solunum yolundaki kısıtlamaya ait fizik muayenede bir bulguya rastlanmaz. İncelemede; büyük dudak solumu, göğüste ön ve arka çapta artış, yardımcı solunum yolu kaslarının kullanımı, alt kostaların paradoksik hareketleri, kaşeksi, pretibiyal ödem, boyundaki venöz dolgunluk, siyanoz, asteriksis, kaşeksi görülebilir. Perküsyon işleminde hipersonorite, palpasyon işleminde ise hepatojuguler reflüye saptanabilir. Oskültasyonda; ekspiryumda uzama, solunum sesi şiddetinde azalma, ciddi solunum yolu obstrüksiyonunda ise sessiz akciğer, raller, ronküsler ve wheezing (hışıltılı solunum) olabilir (Erdinç, vd., 2010).

Spirometrik değerlendirme: Spirometre FVC ve FEV1 ölçmeli, FEV1 / FVC oranını hesaplamalıdır. Spirometrik ölçümler ırk, cins, boy ve yaşa göre belirlenmiş olan referans değerler ile incelenerek değerlendirme yapılır (Miller, vd., 2005; Pellegrino, vd., 2005).

Radyolojik inceleme: Posteroanterior akciğer grafisi KOAH'ta tanı koyucu değildir, ancak tanıyı destekleyebilir. Akciğerlerdeki aşırı havalanma sonucunda diyaframın düzleşmesi ve damla kalp görüntüsü oluşabilir. Bu değişimlerin yanı sıra diyaframın yapısında, periferik damarlarda, kalbin yapısı ve şeklinde, sternal alanda, aort ve sternum arasındaki mesafede değişiklikler gözlemlenebilir (Kocabaş, vd., 2014d).

Arter kan gazı (AKG) ve oksijen satürasyonu: FEV1 değeri %35'ten düşükse ya da kalp veya solunum yetersizliği belirtisine sahip olgularda SpO₂'ye bakılmalıdır. SpO₂'si 92'nin altında ise arteriel kan gazının alınıp değerlendirilmesi önerilir (Kocabaş, vd., 2014d).

Egzersiz testleri: KOAH'lı bireylerin değerlendirilmesinde kardiyopulmoner egzersiz testi ve artan hızda mekik yürüme testi, altı dakika yürüme testi gibi testler kullanılabilir. Bu testlerden egzersiz kapasitesinin ve nefes darlığındaki şiddetinin belirlenmesinde, birleşik skorlamalarla mortalite riski saptanmasında ve preoperatif değerlendirmede faydalanılmaktadır (Jones, 2001; Polkey, vd., 2013). Buna karşın prognozun değerlendirilmesinde ise günlük fiziksel aktivitelerin incelenmesi prognozun öngörüsünde, egzersiz kapasitesi ölçümünden daha faydalı olabilmektedir (Waschki, vd., 2011).

3.7. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın Tedavi Yöntemleri

KOAH tanısı alan bireylerdeki komplikasyon gelişiminin önlenmesi ve tedavilerinde öncelikle risk faktörlerinin azaltılması yer almaktadır. Çünkü bu faktörlerin elimine edilmesi bireyin yaşadığı semptomlarda, hastane yatış ve alevlenme sıklığında, mortalite riskinin azalmasında ve prognoz üzerinde ilaç tedavisinden daha etkili olabilmektedir (Kocabaş, vd., 2014b). KOAH'ın gelişiminde etkili faktörlerin elimine edilmesinde;

- Sağlık eşitsizliğinin iyileştirilmesi.
- Tütün kullanımının bırakılması.
- İç ve dış ortam hava kirliliğindeki iyileştirmeler.
- Mesleki maruziyetin azaltılmasına yönelik iyileştirmeler vb.
- Günlük fiziksel aktiviteyi artırma.

- Aşılama yer almaktadır (Kocabaş, vd., 2014b).

KOAH'ta tedavinin amaçları; egzersiz kapasitesinin artırımı, semptomların azaltılması, hastalığın ilerleme hızını yavaşlatmak, alevlenmeleri azaltmak, mortaliteyi azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir.

KOAH'ın farmakolojik tedavisinde, inhaler kortikosteroidler, bronkodilatörler ve kombinasyon tedavileri kullanılmaktadır. KOAH'ın tedavisinde önerilen diğer yaklaşımlar ise uzun süreli ve daimi oksijen tedavisi, mekanik ventilasyon, cerrahi tedavi ve pulmoner rehabilitasyonu içermektedir (Jenkins, vd., 2009).

3.7.1. Medikal/Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik tedavide; antioksidanlar, mukolitikler, antibiyotikler, alfa-1 antitripsin içeren ilaçlar, kortikosteroidler ve bronkodilatörler yer almaktadır.

Semptomatik tedavide temel ilaç grubu bronkodilatörlerdir. Günümüzdeki bronkodilatörler; teofilin, β_2 agonistler ve antikolinergiklerdir. Bu ilaçlar inhaler yol ile kullanılmaktadır. Tek grup ilacın kullanımı yerine farklı gruplardaki ilaçların birlikte kullanılması, semptom kontrolü ve akciğer kapasitesinde artışın gözlenmesini sağlar. Bronkodilatör ve kombinasyon seçiminde bireysel etkiler, yanıtlar ve ilacın bulunabilirliği etkilidir. KOAH'ta stabil dönemde sistemik kortikosteroid kullanımının yan etkileri ve yararlı olmamaları sebebiyle uzun süreli kullanımları önerilmemektedir. Alevlenmeler esnasında kullanılabilir (Celli, 2008; Jenkins, vd., 2009).

KOAH'ın tedavisinde antibiyotiklerin alevlenme dönemlerinde sıklıkla kullanılmaktadır. Güncel çalışmalar antibiyotik kullanımının alevlenme sıklığını azalttığını buna karşın antibiyotik etkililiğinin tedavideki rolünün henüz net olmadığını bildirmiştir (Donath, vd., 2013; Seemungal, vd., 2008). Makrolid grubundaki azitromisinin bir yıldan fazla kullanımının alevlenmelerin sıklığında azaltıcı etkisi saptanmış fakat yan etkisinin fazla olması nedeniyle KOAH tedavisinde kullanımının sınırlı olması gerektiği vurgulanmıştır (Albert, vd., 2011; Sethi, vd., 2010). Randomize kontrollü yapılan bir çalışmada kronik bronşit ve KOAH'ta mukolitiklerin etkisi incelenmiş ve alevlenmelerin sıklığında ve şiddetinde çok ufak bir azalma olduğunu belirtmişlerdir (Poole, vd., 2012).

Uzun süreli uygulanan oksijen tedavisi, istirahat hipoksemisi ve kronik solunum yetmezliği olgularında gün içerisinde 15 saat ve üzeri uygulanmasında sağ kalım oranını arttırmaktadır. Ayrıca mental durum, akciğer mekanikleri, egzersiz kapasitesi, hematolojik değerler ve hemodinamik parametrelerin değerlerine de faydası bulunmaktadır. Oksijen tedavisinin birincil hemodinamik etkisi, pulmoner hipertansiyon progresyonunun önlenmesini sağlamaktır (Kocabaş, vd., 2014b).

Hiperkapninin kronik olarak görüldüğü olgularda non-invaziv mekanik ventilasyonun (NIMV) uygulaması gün geçtikçe daha yaygın olarak kullanılmaya devam etmektedir. Gündüz hiperkapnisi mevcut olan vakalarda NIMV ve uzun süreli oksijen tedavisinin faydalarının olduğu bildirilmiştir (Struik, vd., 2013). KOAH'ta stabil hiperkapnik olgularda NIMV en az üç ay uygulamanın meta-analizinde; uygulaması gece olan NIMV'nun yaşam kalitesi, solunum kas gücü, gaz değişimi, uyku etkililiği ve solunum fonksiyonları açısından faydası saptanmamıştır. Fakat KOAH ile birlikte uyku apnesi sendromu bulunan bireylerde sürekli olarak pozitif hava yolu basıncının uygulanması sağ kalımda ve sağlık kuruluşlarına başvurularda kesin faydası olduğu kanıtlanmıştır (McEvoy, vd., 2009).

3.7.2. Non-farmakolojik Tedavi Yöntemleri

Non-farmakolojik tedavide; eğitim, beslenme desteği, pulmoner rehabilitasyon, öz yönetim ve palyatif bakım yer alır.

Pulmoner rehabilitasyon programları eğitime önem vermektedir. Sigara kullanımının zararları, bireysel eğitim, KOAH'ın genel bilgisi, KOAH yönetimi, KOAH alevlenme yönetimi, dispnenin şiddetini azaltma yöntemleri ve yaşam sonu planlar vb. konular eğitim içeriğini oluşturmaktadır. KOAH'ta eğitim bireyin hastalıkla baş edebilmesi ve yaşam kalitesini artırması için önemli bir kazanımdır. Fakat eğitim tek başına yeterli olmamaktadır. Sonuç olarak eğitimin amacı; bireyin hastalığı hakkında bilgi sahibi olarak tedavi programına uyum sağlamasıdır (Gallefoss ve Bakke, 2000; Kocabaş, vd., 2014a).

KOAH evresi ilerlemiş bireylerde kilo kaybı sık karşılaşılan durumlardan birisidir. Kilo kaybının özellikle yaşam kalitesi, mortalite ve fiziksel aktiviteye olumsuz etkisini yapılan çalışmalar göstermiştir. Nutrisyonel desteğin bireyin

egzersiz performansını artırdığı ve pulmoner rehabilitasyona kazanımı olduğu yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Gurgun, vd., 2013; Kocabaş, vd., 2014a, 2014b). Yapılan araştırmalar da proteini zengin olan yiyecekleri tüketen KOAH'lı bireylerin spirometrik parametrelerin bazılarında artış gösterdiği ve arteriyel kanın parsiyel karbondioksit değerinde azalmanın görüldüğü belirtilmiştir (Özkaptan ve Kapucu, 2015).

Pulmoner rehabilitasyon, semptomatik ve genellikle günlük yaşam aktivitelerinde azalma olan olgularda, kişiye özel, multidisipliner ve kanıta dayalı tedavi yaklaşımıdır. Pulmoner rehabilitasyonun başlıca hedefleri; semptomları azaltmak, emosyonel ve fonksiyonel durumun optimizasyonunu sağlayarak yaşam kalitesini arttırmak ve günlük yaşama katılım sağlamak, hastalığa ait sistemik etkileri geri döndürmek veya stabil hale getirerek sağlık harcamalarını en aza indirmektir. Cerrahi tedavide ise akciğer nakli, büllektomi ve akciğer volüm azaltılması yer almaktadır (Kocabaş, vd., 2014b).

Pulmoner rehabilitasyonun kazanımlarından birisi olan öz yönetim, bireyin tedavisine katılım oranını artırarak yaşam kalitesinin ve konforunun yükselmesine fayda sağlar. Öz yönetimi yüksek olan bireyler olumlu sağlık tutum ve davranışları göstermektedirler (Kocabaş, vd., 2014b).

KOAH'lı bireylerin palyatif bakımında; bireyin kaliteli yaşamı için iletişim ve semptom kontrolü, ölümün doğal bir süreç olduğu, bireyin seçim ve kararına saygı gösterme, aileye yas sürecinde destek vermek, semptomların kontrolünde disiplinler arası bir yaklaşım göstermek gerekmektedir (Do Shoemaker, vd., 2011; Özkan, 2011).

3.8. Öz Etkililik Kavramı

Bir eylem ve davranışı gerçekleştirebilme algısı şeklinde tanımlanan öz-etkililik kavramı; bireyin belirli bir performansı sergilemek için gereken etkinliklerin organizasyonunu sağlayıp başarılı şekilde yapma kapasitesiyle ilişkili kendi bireysel yargısı olarak ifade edilmektedir. Öz-etkililik kişinin gelecekte karşılaşılabileceği zor durumlarla baş edebilmesinde ne derecede etkili olabileceğiyle ilişkili kişinin kendisine olan inancıdır (Bandura, 1989; Gözüm ve Aksayan, 1999; Kotaman,

2008). Pender'e göre öz-etkililik, sağlıklı yaşam şeklini etkileyen önemi büyük olan bilişsel algılama unsurlarındandır (Pender, vd., 2002).

Öz-etkililik, kişinin yönetmek istediği bir durumu çevre şartlarının düzenlenmesinden, öz motivasyonun sağlanmasına kadar geniş bir yelpazede kullanılabilir. Öz etkililik algısı ne kadar kuvvetli olur ise çabalarda bir o kadar kuvvetli ve etkin olmaktadır (Bandura, 1989). Olumlu sağlık davranışı başlatılmasında ve sürdürülmesinde önemli rolü olan öz-etkililik, diyabet, astım ve KOAH gibi kronik hastalıklarda dahil sağlığın geliştirilmesine yönelik davranışlarda önemli yapıtaşdır. Öz etkililik algısı yüksek olan bireylerin, bir engel ile karşılaştıklarında daha uzun süre mücadele ettikleri ve sağlıkla ilgili davranışlarını değiştirmek için daha fazla çaba sarf ettikleri görülmektedir. (Stuifbergen, vd., 2000).

3.9. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnancı Kavramı

İlaç; canlı hücrelerin üzerlerinde oluşturmuş olduğu etki ile bir hastalık teşhisinde, hastalığın iyileştirilmesinde veya hastalık belirtilerinin azaltılması amacı ile korunma veya tedaviyi sağlayan, değişik uygulama yöntemleriyle canlılara verilen sentetik veya yarı sentetik ve doğal nitelikteki maddelerdir. DSÖ ise ilacı fizyolojik sistem ve patolojik olan durumlarda fayda sağlamak için alanı incelemek veya yarar sağlamada kullanımı sağlanan ya da kullanımı öngörülen bir ürün veya madde olarak tanımlıyor (Çiçek, 2012).

Dünyada ve ülkemizde olduğu gibi reçetesiz ve bilinçsiz tüketilen ilaçlar sorun teşkil etmektedir. Günümüzde teknolojisi ileri, ekonomisi güçlü ve insan sağlığında hassas olan Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelerde de bu sorunlar görülmektedir (Fielding, vd., 2001; Haney ve Kudubeş, 2017).

DSÖ'nün yönetmiş olduğu son çalışmalarda ilaçlardaki kötü kullanım sorunlarının önemli boyutlarda olduğu bildirilmektedir. Bazı ilaçların yasal sınırlar içerisinde kullanımı dahi ilaç bağımlılığı, rezistans ve tolerans gibi kötü sonuçların görüldüğü kesin olarak biliniyor. Bu konu hasta bireyi ve sağlık ekibini ilgilendirdiği kadar sağlıklı vatandaşları da ilgilendirmekte olan halk sağlığının sorunlarından biridir (Çiçek, 2012).

İlaçların düzenli ve doğru kullanımı tedavinin başarısındaki rolü büyüktür. Yapılan çalışmalarda hipertansiyon ve bunun gibi tedavisi süreklilik gerektiren kronik hastalıklarda dahil olmak üzere bireylerin %30'u ilaçlarını düzenli şekilde kullandıkları, %75.5'i doktora danışmadan ilaç kullandığını, %24.5'inin kendi kullanmış olduğu ilacı başka birisine önerdiğini, ilaçların %21'inin son tüketim tarihinin geçmiş olduğu belirtilmektedir (De Bolle, vd., 2008; Göçgeldi, vd., 2009).

3.10. Psikososyal Uyum Kavramı

KOAH kesin bir tedavisi bulunmayan ve birden fazla fizyopatolojik süreç içeren halk sağlığının önemli bir sorunu haline gelmiştir. Bu sebeple KOAH fiziksel bir durum olmaktan çıkıp aynı zamanda çevresel, ailesel, sosyal, ruhsal ve biyolojik bir durum teşkil eder. Günlük yaşam aktivitelerinde sorun yaşayan KOAH'lı bireyler bunun yanı sıra psikososyal problemlerde yaşamaktadırlar.

KOAH hastaneye sık yatışlara, solunumsal güçlükler sebebiyle ölüm korkusuna, iş gücü kayıplarıyla birlikte hem bireysel hem de toplumsal problemleri de beraberinde getirmektedir. Durum böyle olunca KOAH'lı bireylerin yaşam dengeleriyle birlikte, sosyal, fiziksel ve ruhsal sorunlara sebebiyet vererek yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Bu bireylerin yaşam kalitesini artırmak için hastalığa uyum önem arz eder. Uyum, bireyin hastalığı kabul etmesiyle başlar, hastalıkla birlikte yaşamayı öğrenmesi ve hastalıkla baş etme yöntemleri geliştirmesini içeren bir kavramdır. KOAH'ta bakım vericilerin bireyleri bütüncül olarak ele alması, bireylerin durumlarını periyodik biçimde izlemesi, sorgulaması ve değerlendirme yapması gerekir (Kelly ve Lynes, 2008).

Yapılan araştırmalarda hastalık ile psikososyal uyum ilişkisini etkileyen unsurlar genel olarak hasta bireyin baş etme yöntemi, geçmiş deneyimleri, yaşam biçimi, genetik özellikleri, psikososyal uyaranlara vermiş olduğu tepkiler, hastalığı algılama biçimi ve nasıl algıladığı, sosyokültürel özellikleri, kişilik yapısı ve hastalık ile ilgili tavır ve tutumlar şeklinde ele alınmıştır (Karataş, 2014). Bu unsurlara ek olarak tedavi şekli, ilaçların yan etkileri, hastalığın dış görünüşteki etkisi, alerjinin varlığı, ağrının olması, hastalık ile birlikte başka ek hastalıkların olması, hastalığın seyri, işlevsel kısıtlılık, vücutta etkilediği bölüm, semptomların şiddeti ve nasıl bir

hastalık olduğu psikososyal uyumu etkileyen diğ er unsurlardır (Akman, 2016; Karabulutlu ve Gündüz). Yapılan bir araştırmadan elde edilen bilgiler sonucunda KOAH'lı bireylerin bağımlılık seviyesinin artmasıyla birlikte saygınlıklarında ve özgüvenlerinde azalma olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Aydın, vd., 2012).

Yapılan bir başka çalışmada ise depresyon ve kaygının psikolojik uyum ile ilişkisi olduğunu, KOAH'lı bireylerin hastanede kalma süreleri, yatış sıklıkları ve uyku bozukluğu üzerinde etkisi olduğunu bunun sonucunda ise yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ortaya konulmuştur (Hynninen, vd., 2007).

Psikososyal uyum üzerinde etkisi olan diğ er bir faktör ise KOAH'lı bireylerin psikolojik özellikleridir. Bireylerdeki psikolojik özelliklerin semptomlar üzerinde ve fonksiyonel sınırlılıklar üzerinde etkisi olduğu kanıtlanmıştır (Hynninen, vd., 2005).

Yapılan bir çalışmada, KOAH'lı bireylerin yaşam kalitelerinin düştüğü, bağımlılık seviyelerinin arttığı, sosyal izolasyon yaşadıkları, ailedeki düzenin değiştiği belirlenmiştir. Bu anlamda sosyal yaşantıdaki izolasyon ve aile düzenindeki bozulmaların psikososyal uyumu olumsuz etkileyen unsurlar arasında olduğu öngörülmektedir (Hasson, vd., 2008).

Psikososyal uyum üzerine etkisi olan diğ er bir faktör ise KOAH'a ilişkin özelliklerdir. Bunlar ilaçların yan etkileri, sistemik hastalıkların eşlik etmesi (anksiyete, depresyon vb.), hastalığın etkisinden dolayı yaşanan güç kaybı, hastalığın evresi, süresi ve semptomların şiddeti ve sıklığı gibi faktörlerdir. Yapılan bir çalışmada KOAH şiddetiyle ters orantılı olarak şiddetin artmasıyla aktivitenin azalması, orantılı olarak ise şiddetin artmasıyla birlikte halsizlik ve solunum güçlüğünde artış olduğu bu durumların bireylerin psikososyal uyumları üzerine olumsuz etkisi olduğu ortaya konulmuştur (Yuet, vd., 2002). Yapılan diğ er bir çalışmada ise KOAH'lı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde etkilenmenin olduğunu, en çok etkilenen alanların; uyku %80, hareket %95.2, çalışma hayatı %95.6, güvenli çevrenin sürdürülmesi %96.4, solunum %100 olduğu saptanmıştır (Ünsal ve Yetkin, 2005).

Hasta eğitimi, etkili baş etme stratejileri, öz yeterlilik, pulmoner rehabilitasyon, ailesel ve sosyal destek psikososyal uyumu olumlu etkileyen unsurlardır. Yapılan bir araştırmada sosyal desteğin var oluşu bireylerin anksiyete ve depresyon seviyelerini azalttığını ve psikososyal uyumu ise arttırdığını ortaya koymuştur (McCathie, vd.,

2002). Başka bir araştırmada ise depresif KOAH'lı bireylerde sosyal desteğin faydasının yanında öz yeterlilikteki artışında bu bireylerin psikososyal uyumlarında ki olumlu etkileri gösterilmiştir (Marino, vd., 2008).

Sosyodemografik özellik KOAH'lı bireyin uyumunu etkileyen diğer bir özelliktir. Hasta bireyin gelir düzeyi, sosyal güvencenin varlığı, çalışma durumu, mesleği, eğitim düzeyi, çocuğunun olması, çocuk sayısı, medeni durumu, yaş ve cinsiyetinde psikososyal uyum üzerine etkisi olabilmektedir (Karabulutlu ve Gündüz, 2016).

Ayrıca; bireyin hastalığı hakkında bilgi edinme durumu, tedaviye yardımcı olacak bakım vericinin olması ve yakınlık düzeyi, sağlık algısı, sosyal aktivitelere katılım sıklığı, hasta bireyin dışarı çıkmaya çekinmesi, nebul cihazı kullanımı, ilaçları kullanma süresi ve düzenli olarak kullanımı, kontrollere düzenli gitmesi, yaşadığı yer, sigara kullanım durumu ve yaşam tarzının da psikososyal uyum üzerine etkisinin olduğu düşünülmektedir (Marino, vd., 2008).

3.11. KOAH'lı Bireylerde Öz-etkililik, İlaç Kullanımına İlişkin Sağlık İnancı ve Psikososyal Uyum İlişkisi

Ciddi solunum güçlüğü yaşayan KOAH'lı bireyler aktivitedeki çabanın önemi olmaksızın, solunumsal güçlük yaşamamak için günlük aktiviteleri gerçekleştirebilme konusunda güven eksikliği hissederler. Hissedilen bu güven eksikliği düşük öz-etkililiktir. KOAH'lı bireyler herhangi bir aktiviteyi gerçekleştirebilecek fiziksel güçte olsalar dahi, hissedilen düşük öz-etkililik sonucunda rutin olarak uyguladıkları günlük yaşam aktivitelerinden kendilerini sakınma ihtiyacı duyarlar. KOAH'lı bireylerdeki düşük öz-etkililik aktivitelerin kısıtlanmasına yol açar (Scherer ve Schmieder, 1996; Wigal, vd., 1991). KOAH'lı bireylerin deneyimledikleri düşük öz etkililiğin tanımlanması önemlidir. Böylelikle sağlık çalışanları bireylerin öz etkililiklerini yükseltecek spesifik tedavi ve bakımlar sayesinde bireylerin aktivitelerindeki sınırlamaların azaltılmasına fayda sağlayacaktır (Mağfiret ve Mirici, 2002).

Öz etkililiği yüksek bireyler hem bilinçli hem de reçeteli ilaç kullanımında yeterli bilgiye sahip, sağlık inançları yüksek ve engellerle baş etme konusunda kendilerine olan inançları ve yeterlilik algıları yüksektir (Çiçek, 2012).

Öz Etkililiği gelişmiş olan bireyler;

- Reçeteli ilaç edinmenin prosedürünü bilir.
- İlaçları doğru biçimde kullanabilir.
- İlaçlarını belirlenen zamanlarda kullanabilir.
- İlaçlarını doğru dozda kullanabilir.
- Kullandıkları ilaçlar hakkında gerekli olan bilgileri öğrenebilir.
- Edindiği bilgilerle ilaçlarını doğru şekilde kullanabilir.
- İlaçlarını doğru biçimde kullandığında iyi olacağına inanır.

Küresel sağlık problemi olan KOAH hastalık yönetimi ve semptom kontrolünün önemi gün geçtikçe artmaktadır. Sağlık personelinin yetersiz eğitimi, sosyal destek yetersizliği, depresyon, beslenme yetersizliği, uyku bozukluğu, yorgunluk, hastalık algısı, bağımlılık korkusu, stigma varlığı, kültürel yaklaşım, sigara içimi, mental yetersizlik ve ileri yaş gibi birden fazla faktör inhaler ilaçların hatalı kullanımına sebebiyet vererek tedaviyi olumsuz yönde etkilemektedir (Agh, vd., 2011; Laforest, vd., 2010; Lareau ve Yawn, 2010; Melani, vd., 2012; Şahin, vd., 2014; Takemura, vd., 2011; Van Kruijsen, vd., 2015). İnhaler cihazların farklı olması, günde birden fazla inhaler ilaç kullanımı ve diğer hastalıkların tedavileri inhaler ilaç kullanımında karmaşaya sebebiyet veren diğer önemli unsurlardır (Khassawneh, vd., 2008; Krigsman, vd., 2007; Li, vd., 2014; Press, vd., 2012; Sin, vd., 2003; Steinman, vd., 2006). Yapılan araştırmalarda hasta bireylerin tedaviye inanması aynı zamanda güvenmesinin sosyodemografik ve klinik unsurlardan daha önemli olduğunu söylemektedir. Tedavi olmayı yok sayma veya tedaviyi unutmanın ise tedavi yönetimini güçleştirdiği belirtilmektedir (Lareau ve Hodder, 2012). KOAH ve solunum sisteminin kronik hastalıklarının tedavisinde, tedavinin başarıyla sonuçlanmasında inhaler cihazların doğru ve düzenli kullanımı önem arz etmektedir (Levy, vd., 2016).

KOAH'ta hava yollarındaki obstrüksiyon sonucu hiperventilasyon, hiperkapni, hipoksi gibi olgular görülür. Bu olguların beyin işlevlerini değiştirmesi sonucu bireylerde depresyon, stres, bilinç bozukluğu, öfke, korku, kaygı gibi psikolojik

sorunlar ortaya çıkmaktadır (Kocaman, vd., 2007; Özdemir ve Taşcı, 2013). Bu sorunlar zamanla bireyin beden imajını, uyku düzenini, cinsel yaşantısını, fiziksel durumunu, sosyal çevresini, aile ilişkilerini ve iş hayatını olumsuz olarak etkileyerek bireyin hastalığa uyumuna engel olmaktadır (Kelly ve Lynes, 2008; Kocaman, vd., 2007). Yapılan bir çalışmada KOAH'lı bireylerin diğer hastalardan daha fazla bilişsel ve ruhsal sorunlar yaşadıklarını, sosyal yaşantı, iş ve aile ilişkilerinin de daha fazla etkilendiğini ortaya koymuştur (Zawada, vd., 2015). KOAH'lı bireylerin yaşadıkları bu psikososyal sorunlar bireyin öz-etkililiğini, tedaviye katılımını, ilaç kullanımını ve sağlık inancını olumsuz olarak etkilemektedir.



4. MATERYAL VE METOT

4.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı

Araştırma, KOAH'lı bireylerin öz etkililik ve ilaç kullanımına ilişkin sağlık inanç düzeylerinin psikososyal uyum üzerine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak yürütülmüştür.

4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 08.07.2019-20.06.2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma verileri 01.10.2019-30.04.2020 tarih aralığında Çaycuma Devlet Hastanesi'nin Göğüs Hastalıkları Servisi'nde toplanmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastane kömür madenlerince zengin olan Batı Karadeniz Bölgesi'nde yer almaktadır. Zonguldak ve çevre ilçelerdeki çoğu KOAH'lı birey bu hastanede tedavi edilmektedir. Göğüs Hastalıkları Servisi, 27 yataklı ve 10 hemşirenin çalıştığı bir servistir. Araştırmanın yürütüldüğü kurum ve servis bulunduğu coğrafya gereği çoğunlukla maden ocağında çalışmaktan kaynaklanan solunum sistemi hastalıkları olan bireylere bakım ve tedavi hizmeti sunmaktadır.

4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 01.10.2019-30.04.2020 tarih aralığında Çaycuma Devlet Hastanesi'nde yatarak tedavi gören 655 KOAH'lı bireyler oluşturmuştur. Bu evrenden araştırma örneklem sayısının belirlenmesi için evrenin bilindiği durumlarda örnekleme alınacak birey sayısını saptamak amacıyla kullanılan ve aşağıda yer alan formül kullanılmıştır. Formüle göre örneklem sayısı 243 olarak hesaplanmıştır. Veri kaybının olabileceği öngörülerek örneklemin araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan 250 KOAH'lı bireyden oluşmasına karar verilmiş ve bu sayıya ulaşıldığında veri toplanma süreci sonlandırılmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{}$$

$$d^2(N-1)+t^2.p.q$$

Bu formülde;

n: Örneklem alınacak birey sayısı.

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı).

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (1-p).

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde “t” tablosundan bulunan teorik değer.

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.

Sayısal değerler yerine konulduğunda;

p: 0,5

q: 0,5

t: 1,96 (Tablo Değeri)

d: 0,05 (%5 hata payı)

$$\frac{655.(1,96)^2.0,5.0,5}{(0,05)^2.(655-1)+(1,96)^2.0,5.0,5}$$

n= 243

Örneklem dahil edilme kriterleri:

- Kadın ve erkek her iki grup
- 18 yaş ve üzeri olmak
- Bireyin en az 6 ay önce KOAH tanısı almış olması
- Bireyin araştırmaya katılmaya gönüllü olması
- Birey ile etkin iletişim kurulabilmesi
- Bireyin soruları cevaplamakta engel oluşturacak zihinsel ve fiziksel bir engeli olmaması
- Bireyin okur-yazar olması
- Bireyin KOAH’ın tedavisine yönelik sürekli ilaç kullanımının olması
- Bireyin hastalığın atak döneminde olmaması

Örneklem dahil edilmeme kriterleri

- 18 yaş altı olmak

- Bireyin okur-yazar olmaması
- Bireyin soruları cevaplamakta engel oluşturacak zihinsel ve fiziksel bir engeli olması
- Bireyin araştırmaya katılmaya gönüllü olmaması
- Bireyin veri toplama amacına yönelik olarak geliştirilmiş olan bilgi formu ve ölçekleri tam doldurmaması
- Bireyin hastalığın atak döneminde olması

4.4. Verilerin Toplanma Şekli ve Süresi

Bu araştırmanın verileri hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin bilgilerinin sorgulandığı Hasta Tanıtım Formu, KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (KÖEÖ), İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği (İKSİÖ) ve Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) kullanılarak elde edilmiştir. Araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin araştırma hakkında bilgilendirilmesi ve onamlarının alınmasından sonra veri toplama araçları yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Katılımcı bireylere araştırmada isimlerinin geçmeyeceği ve elde edilen bilgilerin yalnızca araştırma kapsamında kullanılacağı bilgisi verilmiştir. Veri toplama süresi her bir birey için ortalama 15-20 dk'dır.

4.4.1. Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (Kara ve Mirici, 2002; Çiçek ve Erci, 2012) hazırlanan hasta tanıtım formu, KOAH'lı bireyin sosyo-demografik bilgisini içeren 13 soru ve hastalıklarına ilişkin bilgilerin olduğu (KOAH tanısının ilk ne zaman konulduğu, KOAH evresi, KOAH ilaçlarını düzenli kullanılıp kullanılmadığı, evde oksijen kullanım durumu, tedaviye yardımcı cihaz kullanım durumu vb.) 13 soruyu içeren toplam 26 soruluk bir formdur (Ek 1).

4.4.2. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (KÖEÖ)

Wigal ve arkadaşları (1991) tarafından öz etkililik düzeyinin belirlenmesi ve düşük öz-etkililiği tanımlayarak buna yönelik çözüm üretmek amacıyla geliştirilen bir ölçektir. Bu ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik-güvenilirlik çalışması Kara ve Mirici (2002) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Kara ve Mirici'nin (2002) çalışmasındaki ve bu çalışmadaki Cronbach alpha sayıları sırasıyla 0,94 ve 0,97'dir (Tablo 4.1.).

KOAH Öz-Etkililik Ölçeği 34 maddede ve 5 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekteki maddeler çok güvenli 5 puan, hiç güvenli değil 1 puan'a kadar sıralanmakta ve likert tip özelliği göstermektedir. Ölçeğin alt boyutları; 12 maddeden oluşan Olumsuz Etki (1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11. ve 12. maddeler), 8 maddeden oluşan Duygusal Durum (13., 14., 15., 16., 17., 18., 19. ve 20. maddeler), 5 maddeden oluşan Fiziksel Çaba (21., 22., 23., 24. ve 25. maddeler), 6 maddeden oluşan Hava/Çevre Etkisi (26., 27., 28., 29., 30. ve 31. maddeler) ve 3 maddeden oluşan Davranışsal Risk Faktörleri'dir (32., 33. ve 34. maddeler). Ölçek alt boyutlarına ait Cronbach alpha sayıları Tablo 4.1'de gösterilmiştir. Ölçekteki her bir alt boyutun ortalama puanı ise her bir alt boyutta yer alan madde sayısına bölünerek elde edilir. Beş alt boyutun her birinin puanı toplanarak toplam puan elde edilir. Ölçek puan değerlendirmesi ise ölçekten alınan puan yükseldikçe bireyin solunumsal güçlüğü yönetmede yeterlilik düzeyinin yükselmesi şeklindedir (Kara ve Mirici, 2002).

4.4.3. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği (İKSİÖ)

Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock (1950) tarafından geliştirilmiş olup bireylerin ilaç kullanımına ilişkin sağlık inanç düzeylerini değerlendirme ve sağlık davranışlarını belirleme amacı taşıyan bir ölçektir. Ölçekte bireyin sağlık davranışında etkili olduğu var sayılan bireysel algılara da yer verilmiştir. Bu ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik-güvenilik çalışması Çiçek ve Erci (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Çiçek ve Erci'nin (2012) çalışmasındaki ve bu çalışmadaki Cronbach alpha sayıları sırasıyla 0,91 ve 0,90'dır (Tablo 4.1.).

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği 35 madde ve 6 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekteki maddeler kesinlikle katılıyorum 5 puan, kesinlikle katılmıyorum 1 puan'a kadar sıralanmakta ve likert tip özelliği göstermektedir. Ölçeğin alt boyutları; 6 maddeden oluşan Duyarlılık Algısı (1.,2.,3.,4.,5. ve 6. maddeler), 6 maddeden oluşan Önemseme/Ciddiyet Algısı (7.,8.,9.,10.,11. ve 12. maddeler), 6 maddeden oluşan Sağlık Motivasyonu (13.,14.,15.,16.,17. ve 18. maddeler), 4 maddeden oluşan Yarar Algısı (19.,20.,21. ve 22. maddeler), 6 maddeden oluşan Engel Algısı (23.,24.,25.,26.,27. ve 28. maddeler), 7 maddeden oluşan Öz-Etkililik'ten (29.,30.,31.,32.,33.,34. ve 35. maddeler) oluşmaktadır. Ölçek alt boyutlarına ait Cronbach alpha sayıları Tablo 4.1'de gösterilmiştir. Ölçekteki her bir alt boyutun ortalama puanı ise her bir alt boyutta yer alan madde sayısına bölünerek elde edilir. Altı alt boyutun her birinin puanı toplanarak toplam puan elde edilir. Ölçekte en düşük 59 puan, en yüksek 151 puan alınabilmektedir. Ölçek puan değerlendirmesi ise ölçekten alınan puan yükseldikçe reçeteli ve bilinçli ilaç kullanım düzeyinin yükselmesi şeklindedir (Çiçek ve Erci 2012).

4.4.4. Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)

Derogatis ve Lopez (1986) tarafından geliştirilmiş olup hastaların diğer bireylerle ve sosyokültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini değerlendirir. Bu ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik-güvenilirlik çalışması Adaylar (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Adaylar'ın (1995) çalışmasındaki ve bu çalışmadaki Cronbach alpha sayıları sırasıyla 0,94 ve 0,91'dir (Tablo 4.1.).

Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği 46 madde ve 7 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; 8 sorudan oluşan Sağlık Bakımına Uyum (1., 2., 3., 4., 5., 6., 7. ve 8. sorular), 6 sorudan oluşan Mesleki Çevre (1., 2., 3., 4., 5. ve 6. sorular), 8 sorudan oluşan Ev Çevresi (1., 2., 3., 4., 5., 6., 7. ve 8. sorular), 6 sorudan oluşan Cinsel İlişkiler (1., 2., 3., 4., 5. ve 6. sorular), 5 sorudan oluşan Geniş Aile İlişkileri (1., 2., 3., 4. ve 5. sorular), 6 sorudan oluşan Sosyal Çevre (1., 2., 3., 4., 5. ve 6. sorular) ve 7 sorudan oluşan Psikolojik Alan (1., 2., 3., 4., 5., 6. ve 7. sorular) oluşmaktadır. Ölçek alt boyutlarına ait Cronbach alpha sayıları Tablo 4.1'de gösterilmiştir. Ölçekteki her bir soru 0'dan 3'e kadar değişim gösteren bir skala üzerinden puanlanmaktadır. Bireyin hastalığından itibaren büyük oranda olumsuz

değişiklikler 3 puan ile değerlendirilirken, değişiklik olmaması veya olumlu değişiklikler 0 puan ile değerlendirilmiştir. Ölçekteki her bir alt boyutun ortalama puanı ise her bir alt boyutta yer alan madde sayısına bölünerek elde edilir. Yedi alt boyutun her birinin puanı toplanarak toplam puan elde edilir. Bu ölçekteki düşük puanlar hastalığa karşı “iyi psikososyal uyumu”, yüksek puanlar ise “kötü psikososyal uyumu” göstermektedir. Bu ölçekte alınan puanlar 35’in altındaysa iyi psikososyal uyum, 35-51 arasında ise orta derece psikososyal uyum, 51’in üstündeki puanlar ise kötü psikososyal uyum ifade etmektedir (Çelik, 2018).

Tablo 4.1. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği, İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği, Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği İlişkin Cronbach Alpha Değerleri

Ölçekler	Türkçe Geçerlilik- Güvenilirlik Çalışmasındaki Cronbach Alfa (α) Değerleri	Bu Araştırma Kapsamında Elde Edilen Cronbach Alfa (α) Değerleri
KÖEÖ ve alt boyutları		
Olumsuz Etki	0,89	0,96
Duygusal Durum	0,90	0,95
Fiziksel Çaba	0,85	0,96
Hava/Çevre Etkisi	0,91	0,94
Davranışsal Risk Faktörleri	0,86	0,91
Toplam Puan	0,94	0,97
İKSİÖ ve alt boyutları		
Duyarlılık Algısı	0,89	0,93
Önemseme/Ciddiyet Algısı	0,80	0,95
Sağlık Motivasyonu	0,92	0,94
Yarar Algısı	0,90	0,92
Engel Algısı	0,84	0,91
Öz Etkililik	0,93	0,96
Toplam puan	0,91	0,90
PAIS-SR ve alt boyutları		
Sağlık Bakımına Uyum	0,87	0,74
Mesleki Çevre	0,85	0,73
Aile Çevresi	0,80	0,74
Cinsel İlişkiler	0,95	0,81
Geniş Aile İlişkileri	0,89	0,78
Sosyal Çevre	0,93	0,92
Psikolojik Alan	0,83	0,84

Tablo 4.2. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği, İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği, Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği İlişkin Cronbach Alpha Değerleri (Devamı)

Toplam Puan	0,94	0,91
KÖEÖ: KOAH Öz Etkililik Ölçeği, İKSİÖ: İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği, PAIS-SR: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği		

4.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul (08.07.2019/ Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/422565) onayı ile yürütülmüştür. Verileri toplamak amacıyla, araştırmanın yapılacağı Çaycuma Devlet Hastanesi'nin bağlı bulunduğu il sağlık müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır (18.09.2019/ Sayı: 39330677-799). Araştırma kapsamındaki KOAH'lı bireylere araştırma ile ilgili bilgi verilerek sözel bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

4.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Zonguldak ili Çaycuma Devlet Hastanesinde yapılmış olması çalışmanın sınırlılığdır buna karşın veri toplama sürecinin bir bölümünün COVID-19 pandemi döneminde gerçekleştirilmiş olması bu çalışmanın güçlü yönüdür.

4.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Analizler IBM SPSS 25 programında gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmada demografik ve hastalığa ilişkin özellikler tanımlayıcı istatistikleri (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum) ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizin ilk adımı olarak normallik varsayımı Shapiro Wilk testi ile kontrol edilmiştir. Normal dağılıma sahip olmayan iki grubun ortalamalarının karşılaştırılması için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan üç ve daha fazla grubun ortalamalarının karşılaştırılması için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Farkı yaratan grup ya da grupların ortaya çıkartılması için Post Hoc Bonferroni testi uygulanmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan sürekli

değişkenlerin aralarındaki ilişkinin ölçülmesi için Spearman korelasyonundan yararlanılmıştır.



5. BULGULAR

5.1. KOAH'lı Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Tablo 5.1. Katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımı (n=250)

Özellikler		N	%
Yaş	38-51	11	4,4
	52-65	67	26,8
	66-79	106	42,4
	80 ve üstü	66	26,4
Cinsiyet	Kadın	94	37,6
	Erkek	156	62,4
Eğitim Durumu	İlkokul	178	71,2
	Ortaokul	34	13,6
	Lise	35	14
	Üniversite	3	1,2
Medeni Durum	Evli	197	78,8
	Bekar	53	21,2
Yaşadığı Yer	İl	9	3,6
	İlçe	88	35,2
	Köy	153	61,2
Meslek	Madenci	80	32
	İşçi	18	7,2
	Çiftçi	8	3,2
	Diğer	27	10,8
	Ev Hanımı	85	34
	Memur	13	5,2
	Esnaf	19	7,6
	Çalışmıyor	75	30
Çalışma Durumu	Çalışıyor	17	6,8
	Emekli	158	63,2
Sosyal Güvence Durumu	Var	233	93,2
	Yok	17	6,8
Ekonomik Durum	İyi	62	24,8
	Orta	159	63,6
	Kötü	29	11,6

Tablo 5.1. Katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımı (n=250) (Devamı)

Sigara Kullanım Durumu	Evet	29	11,6
	Hayır	128	51,2
	Bırakmış	93	37,2
Sigara Kullanım Süresi	1-10 yıl	147	58,8
	11-20 yıl	24	9,6
	21-30 yıl	35	14
	31-40 yıl	26	10,4
	41 yıl ve üstü	18	7,2
Bir Günde Tüketilen Sigara Miktarı	Bir paketten az	45	36,58
	Bir paket	65	52,84
	Bir paketten fazla	13	10,58
Birlikte Yaşanan Bireyler	Yalnız	22	8,8
	Eş/çocuk	214	85,6
	Anne/baba	7	2,8
	Arkadaş	7	2,8
Yaşanılan Yerde Sigara Kullanım Durumu	Evet	85	34
	Hayır	165	66
Isınma şekli	Soba ve elektrikli ısıtıcı	152	60,8
	Doğalgaz	98	39,2

Katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımları Tablo 5.1’de gösterilmiştir. Yaş gruplarının dağılımı incelendiğinde bireylerin %42,4’ü 66-79 yaş grubundadır. Bireylerin %62,4’ü erkek ve %71,2’si ilkokul mezunudur. Katılımcıların %78,8’si evli ve %61,2’si köyde yaşamaktadır. Katılımcıların %34’ü ev hanımı iken %63,2’si emeklidir. Katılımcıların %93,2’sinin sosyal güvencesinin bulunmakta ve %63,6’sı ekonomik durumunun orta düzeyde olduğunu ifade etmiştir. Bireylerin %51,2’sinin sigara kullanmadığı ve %58,8’inin 1-10 yıl sigara kullandığı ayrıca %52,8’inin bir gün içinde bir paket sigara tükettiği tespit edilmiştir. Bireylerin %85,6’sı eş/çocuğu ile birlikte yaşamaktadır. Katılımcıların %66’sı yaşadıkları ortamda sigara kullanılmadığını ifade etmiştir. Bireylerin %60,4’ünün ısınma şeklinin soba olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5.2. Katılımcıların hastalıklarına ilişkin özelliklerin dağılımı (n=250)

Özellikler		N	%
KOAH Evresi	1.evre	82	32,8
	2.evre	115	46
	3.evre	51	20,4
	4.evre	2	0,8
Ek Hastalık Durumu	Var	11	4,4
	Yok	239	95,6
Ek Hastalığın Adı	Akut Böbrek Yetmezliği	10	0,90
	Akut Bronşit	1	0,10
Ek Hastalıklardan Tedavi Görme Durumu	Evet	10	90,0
	Hayır	1	10,0
İlk KOAH Tanısı Alındıktan Bu Yana Geçen Süre	1-5 yıl	112	44,8
	6-10 yıl	72	28,8
	11-15 yıl	28	11,2
	16 yıl ve üstü	38	15,2
KOAH Nedeniyle Son 6 Ayda Kullanılan İlaç Sayısı	1-3	93	37,2
	4-6	152	60,8
	7 ve üstü	5	2
İlaçları Düzenli Kullanma Durumu	Kullanıyor	230	92
	Kullanmıyor	1	0,4
	Bazen kullanıyor	19	7,6
KOAH İlaçlarının Komplikasyonlarını Deneyimleme Durumu	Evet	5	2
	Hayır	245	98
KOAH Tedavisine Bağlı Yaşanan Komplikasyon*	Yan etki olmadı	243	97,2
	Ellerde titreme	1	0,4
	Çarpıntı	2	0,8
	Baş ağrısı	1	0,4
	Kas krampı	2	0,8
	Uyku	1	0,4
Yaşanılan Yerde Oksijen Kullanım Durumunuz	Evet	147	58,8
	Hayır	103	41,2
Yaşanılan Yerde Nebulizör Kullanma Durumu	Evet	166	66,4
	Hayır	84	33,6
KOAH Nedeniyle Son Bir Yılda Hastaneye Başvuru Durumu	1 kere	22	8,8
	2 kere	65	26
	3 ve daha fazla kez	163	65,2
Kontrollere Düzenli Gitme Durumu	Evet	208	83,2
	Hayır	42	16,8

Tablo 5.2. Katılımcıların hastalıklarına ilişkin özelliklerin dağılımı (n=250) (Devamı)

KOAH İle İlgili Bilgi Alma Durumu	Evet	198	79,2
	Hayır	52	20,8
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi	4	1,6
	İyi	51	20,4
	Orta	113	45,2
	Kötü	59	23,6
	Çok kötü	23	9,2

*Birden fazla cevap verilmiştir.

KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 5.2'de gösterilmiştir. Bireylerin %95,6'sının KOAH dışında ek hastalığı olmadığı, ek hastalığı olanların ise %90'ında akut böbrek yetmezliği görüldüğü belirlenmiştir. Ek hastalığı olanların %90'ı bu hastalıklara yönelik tedavi almaktadır. Katılımcıların %44,8'inin 1-5 yılıdır KOAH tanısı bulunduğu belirlenmiştir. Bireylerin %60,8'i son altı ayda KOAH nedeniyle 4-6 adet ilaç kullandığını ifade etmiştir. Kullanılan bu ilaçların %100'ü reçetelidir. Bireylerin %92'si ilaçlarını düzenli kullanmaktadır. Katılımcıların % 98'inin ilaç kullanımına bağlı yan etki yaşamadığı ancak yan etki yaşayanların %0,8'inde kramp gözlemlendiği belirlenmiştir.

Katılımcıların %46'sında 2. evre KOAH olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %58,8'i evde oksijen kullanmaktadır. Katılımcıların %65,2'sinin KOAH nedeniyle bir yılda 3 ve daha fazla kez hastaneye başvurduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %83,2'sinin kontrollere düzenli gittiği ve %79,2'sinin KOAH ile ilgili bilgi aldığı saptanmıştır. Katılımcı bireylerin %45,2'si sağlık durumunu orta düzey olarak ifade etmiştir.

5.2. KOAH Öz- Etkililik Ölçeği (KÖEÖ) Puan Ortalamasına İlişkin Bulgular

Tablo 5.3. KÖEÖ'nün alt boyut puan ve toplam puanı ortalama, standart sapma, ortanca değerleri (250)

Ölçek ve Alt Boyutları	Minimum	Maksimum	$\bar{X} \pm SS$
Olumsuz Etki	11,00	60,00	27,94 $\pm$ 12,50
Duyusal Durum	8,00	40,00	17,18 $\pm$ 8,06
Fiziksel Çaba	5,00	25,00	7,72 $\pm$ 4,38

Tablo 5.3. KÖEÖ'nün alt boyut puan ve toplam puanı ortalama, standart sapma, ortanca değerleri (Devamı)

Hava/Çevre Etkisi	6,00	30,00	10,84±5,50
Davranışsal Risk Faktörleri	3,00	15,00	8,24±3,46
Ölçek Toplam Puan	33,00	161,00	71,94±29,72

$\bar{X} \pm SS$: Ortalama $\pm$ Standart Sapma, KÖEÖ: KOAH Öz Etkililik Ölçeği

KOAH Öz- Etkililik Ölçeği (KÖEÖ) alt boyut, toplam puan ortalaması ve standart sapma değerlerine ilişkin bulgular Tablo 5.3'te gösterilmiştir. Ölçek alt boyut puan ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla Olumsuz Etki 27,94±12,50; Duygusal Durum 17,18 ±8,06; Fiziksel Çaba 7,72±4,38; Hava/Çevre Etkisi 11,84±5,50 ve Davranışsal Risk Faktörleri 8,24±3,46 olarak belirlenmiştir. KÖEÖ toplam puan ortalaması ise 71,94±29,72'dir.

Tablo 5.4. KOAH'lı bireylerin demografik özelliklerinin KÖEÖ'nün alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (n=250)

Özellikler		n	Olumsuz Etki X̄±SS	Duygusal Durum X̄±SS	Fiziksel Çaba X̄±SS	Hava/Çevre Etkisi X̄±SS	Davranışsal Risk Faktörleri X̄±SS	Toplam KÖEÖ X̄±SS
Yaş	38-51	11	33,18±12,08	18,90±8,59	8,81±4,91	12,09±6,41	9,72±3,77	82,72±33
	52-65	67	34,83±12,89	21,70±8,20	10,05±5,29	13,19±6,39	9,65±3,43	89,44±32,08
	66-79	106	27,36±11,48	15,92±7,21	6,66±3,17	10,16±4,43	8,05±3,11	68,17±24,35
	80 ve üstü	66	21,01±9,57	14,34±7,27	6,87±4,11	9,31±5,21	6,87±3,45	58,43±25,88
Test İstatistiği			x²=42,18	x²=33,03	x²=27,89	x²=18,27	x²=23,68	x²=39,22
p Değeri			p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*
Cinsiyet	Kadın	94	24,69±11,92	15,12±7,66	6,91±3,90	10,10±5,26	3,30±3,30	64,41±28,04
	Erkek	156	29,91±12,47	18,42±8,06	8,21±4,59	11,28±5,60	3,51±3,51	76,48±29,87
Test İstatistiği			U=5552	U=5452,50	U=5989,50	U=6301	U=6045	U=5559
p Değeri			p=0,001*	p=0,001*	p=0,006*	p=0,055	p=0,019*	p=0,001*
Eğitim Durumu	İlkokul	178	26,20±11,53	16,45±7,73	7,14±3,88	9,98±5,02	7,71±3,43	67,50±26,81
	Ortaokul	34	31,14±13,65	18,41±7,86	8,67±4,36	11,88±5,40	9,97±2,83	80,08±30,32
	Lise	35	33,85±13,97	19,77±9,40	9,42±5,78	14,05±6,61	9,34±3,48	86,45±36,67
	Üniversite	3	26,33±15,63	16,66±9,01	11,66±7,63	12±6	7,66±3,78	74,33±41,86
Test İstatistiği			x²=10,93	x²=5,13	x²=8,95	x²=15,74	x²=17,04	x²=11,27
p Değeri			p=0,012*	p=0,162	p=0,030*	p=0,001*	p=0,001*	p=0,010*
Medeni Durum	Evli	197	27,63±12,52	16,72±7,97	7,57±4,31	10,61±5,36	8,15±3,45	70,70±29,37
	Bekar	53	29,11±12,46	18,92±8,24	8,28±4,65	11,66±5,96	8,60±3,53	76,58±30,84
Test İstatistiği			U=4863	U=4368,50	U=4715	U=4782,50	U=4812	U=4604
p Değeri			p=0,444	p=0,67	p=0,224	p=0,335	p=0,379	p=0,187

Tablo 5.4. KOAH'lı bireylerin demografik özelliklerinin KÖEÖ'nün alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (Devamı)

Yaşanılan Yer	İl	9	29,55±10,77	18±4,24	9,44±5,17	12,11±4,80	7,44±2,55	76,55±24,98
	İlçe	88	31,53±14,55	18,45±8,99	8,57±4,78	12,05±6,05	8,75±3,63	79,37±34,30
	Köy	153	25,79±10,78	16,41±7,59	7,13±4,01	10,06±5,07	8±3,39	67,40±26,21
Test İstatistiği			$\chi^2=9,25$	$\chi^2=3,26$	$\chi^2=8,18$	$\chi^2=7,57$	$\chi^2=2,96$	$\chi^2=6,81$
p Değeri			p=0,010*	p=0,196	p=0,017*	p=0,023*	p=0,227	p=0,033*
Meslek	Madenci	80	27,93±13,07	17,93±8,72	7,83±4,47	10,66±5,67	8,26±3,76	72,63±31,51
	İşçi	18	27,94±9,18	14,94±3,78	6,77±2,83	10,27±3,99	7,22±3,07	67,16±18,89
	Çiftçi	8	37,37±10,45	21,62±7,46	8,87±6,35	14,25±6,45	9,87±2,85	92±29,69
	Diğer	27	29,37±11,97	19,85±7,93	8,74±4,99	10,11±5,52	8,70±3,57	76,77±29,58
	Ev Hanımı	85	24,77±11,80	15,23±7,85	6,94±4,03	10,23±5,39	7,65±3,21	64,84±28,20
	Memur	13	30,23±15,88	16,38±7,38	7,92±4,49	12,23±5,52	8,69±3,49	75,46±33,01
	Esnaf	19	34,65±11,31	23,34±7,61	9,66±4,70	13,59±5,51	10,04±3,21	87,96±28,68
Test İstatistiği			$\chi^2=16,29$	$\chi^2=17,17$	$\chi^2=13,50$	$\chi^2=13,74$	$\chi^2=13,59$	$\chi^2=16,57$
p Değeri			p=0,038*	p=0,028*	p=0,096	p=0,089	p=0,093	p=0,035*
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	75	24,37±11,63	15,34±7,86	6,73±3,41	9,56±4,75	7,49±3,23	63,50±26,77
	Çalışıyor	17	38,41±12,76	22,47±8,03	12,35±5,06	15,88±5,56	9,82±3,20	98,94±32,51
	Emekli	158	28,51±12,21	17,49±7,91	7,69±4,43	10,90±5,53	8,43±3,53	73,05±29,01
Test İstatistiği			$\chi^2=17,67$	$\chi^2=12,12$	$\chi^2=25,57$	$\chi^2=18,53$	$\chi^2=7,3$	$\chi^2=17,58$
p Değeri			p=0,000*	p=0,002*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,025*	p=0,000*

Tablo 5.4. KOAH'lı bireylerin demografik özelliklerinin KÖEÖ'nün alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (Devamı)

Sosyal Güvence	Var	233	28,39±12,44	17,42±8,06	7,79±4,47	10,97±5,57	8,35±3,46	72,93±29,73
Durumu	Yok	17	21,88±12,12	13,94±7,60	6,70±2,88	9±4,04	6,82±3,33	58,35±26,85
Test İstatistiği			U=1356,50	U=1414,50	U=1801,50	U=1611,50	U=1472,50	U=1351,50
p Değeri			p=0,030*	p=0,048*	p=0,485	p=0,187	p=0,075	p=0,029*
Ekonomik	İyi	62	31,48±14,70	19,03±9,24	8,69±5,43	12,83±6,49	8,35±3,74	80,40±36,07
Durum	Orta	159	26,52±11,27	16,57±7,60	7,37±3,98	10,13±5,06	8,21±3,40	68,81±26,73
	Kötü	29	28,20±12,75	16,62±7,49	7,58±3,83	10,41±4,55	8,20±3,33	71,03±27,82
Test İstatistiği			$\chi^2=4,47$	$\chi^2=2,64$	$\chi^2=1,85$	$\chi^2=8,63$	$\chi^2=0,06$	$\chi^2=4,03$
p Değeri			p=0,093	p=0,266	p=0,397	p=0,013*	p=0,969	p=0,133
Sigara Kullanım	Evet	29	37,34±9,53	20,89±7,81	10,51±4,94	14,06±5,41	10,10±2,39	92,93±26,38
Durumu	Hayır	128	24,50±12,55	15,79±8,26	7,07±4,20	9,78±5,35	7,33±3,48	64,49±29,81
	Bırakmış	93	29,76±11,40	17,94±7,45	7,75±4,14	11,27±5,32	8,92±3,37	75,66±26,87
Test İstatistiği			$\chi^2=31,10$	$\chi^2=14,69$	$\chi^2=18,23$	$\chi^2=19,55$	$\chi^2=22,43$	$\chi^2=28,09$
p Değeri			p=0,000*	p=0,001*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*
Birlikte Yaşanan	Yalnız	22	25,77±12,92	15,09±7,39	6,63±3,61	9,36±4,73	6,50±2,61	63,36±27,91
Bireyler	Eş/çocuk	214	27,58±12,06	17,12±8,03	7,61±4,33	10,78±5,45	8,37±3,47	71,50±28,87
	Anne/baba	7	35,57±17,97	22,42±10,64	12,14±6,01	14,42±7,59	9±4,61	93,57±45,44
	Arkadaş	7	38,14±14,14	20,42±6,60	10±4,08	13,42±5,53	9±3,46	91±32,17
Test İstatistiği			$\chi^2=6,36$	$\chi^2=5,45$	$\chi^2=10,81$	$\chi^2=5,52$	$\chi^2=6,86$	$\chi^2=6,53$
p Değeri			p=0,095	p=0,141	p=0,013*	p=0,137	p=0,076	p=0,088

Tablo 5.4. KOAH'lı bireylerin demografik özelliklerinin KÖEÖ'nün alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (Devamı)

Yaşanılan Yerde	Evet	85	30,51±13,77	17,67±8,37	7,80±3,94	11,04±5,01	8,90±3,75	75,94±30,71
Sigara Kullanım Durumu	Hayır	165	26,62±11,61	16,93±7,91	7,68±4,61	10,73±5,74	7,90±3,27	69,89±29,08
Test İstatistiği			U=5940,50	U=6636	U=6418	U=6438	U=5952,50	U=6138,50
p Değeri			p=0,047*	p=0,485	p=0,217	p=0,275	p=0,049*	p=0,107
Isınma Şekli	Soba ve Elektrikli Isıtıcı	152	27,50±11,97	17±7,89	7,61±4,29	10,56±5,22	8,28±3,35	70,98±28,15
	Doğalgaz	98	28,63±13,32	17,47±8,35	7,88±4,54	11,26±5,90	8,18±3,65	73,44±32,10
Test İstatistiği			U=7261,50	U=7250,50	U=7203	U=7055	U=7279	U=7310,50
p Değeri			p=0,738	p=0,722	p=0,622	p=0,469	p=0,760	p=0,805

χ^2 : Kruskal Wallis, U: Mann Whitney U, p: Anlamlılık düzeyi, *: İstatistiksel olarak anlamlı değer, $\bar{X} \pm SS$: Ortalama $\pm$ Standart Sapma, KÖEÖ: KOAH Öz Etkililik Ölçeği

KOAH'lı bireylerin demografik özelliklerinin KÖEÖ'nün alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması Tablo 5.4'te gösterilmiştir. KÖEÖ Olumsuz Etki alt boyut puan ortalaması ile yaş ($\chi^2=42,18$, $p=0,000$), cinsiyet ($U=5552$, $p=0,001$), eğitim durumu ($\chi^2=10,93$, $p=0,012$), yaşadığı yer ($\chi^2=9,25$, $p=0,010$), meslek ($\chi^2=16,29$, $p=0,038$), çalışma durumu ($\chi^2=17,67$, $p=0,000$), sosyal güvence durumu ($U=1356,50$, $p=0,030$), sigara kullanım durumu ($\chi^2=31,10$, $p=0,000$) ve yaşanılan ortamda sigara kullanım durumu ($U=5940,50$, $p=0,047$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Olumsuz Etki alt boyut puan ortalamasının 52-65 yaş grubunda olanlarda ($34,83\pm12,89$), erkeklerde ($29,91\pm12,47$), lise mezunu olanlarda ($33,85\pm13,97$), ilçede yaşayanlarda ($31,53\pm14,55$), çiftçilerde ($37,37\pm10,45$), çalışanlarda ($38,41\pm12,76$), sosyal güvencesi olanlarda ($28,39\pm12,44$), sigara kullananlarda ($37,34\pm9,53$) ve yaşadığı ortamda sigara kullanılan bireylerde ($30,51\pm13,77$) diğer gruplara göre yüksek olduğu gözlenmiştir. Olumsuz Etki alt boyutu puan ortalaması ile medeni durum ($U=4863$, $p=0,444$), ekonomik durum ($KW=4,47$, $p=0,093$), birlikte yaşanan bireyler ($KW=6,36$, $p=0,095$) ve ısınma şekli ($U=7261,50$, $p=0,738$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

KOAH Öz Etkililik Ölçeği Duygusal Durum alt boyut puan ortalaması ile yaş ($\chi^2=33,03$, $p=0,000$), cinsiyet ($U=5452,50$, $p=0,001$), meslek ($\chi^2=17,17$, $p=0,028$), çalışma durumu ($\chi^2=12,12$, $p=0,002$), sosyal güvence durumu ($U=1414,50$, $p=0,048$) ve sigara kullanım durumu ($\chi^2=14,69$, $p=0,001$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Duygusal Durum alt boyut puan ortalamasının 52-65 yaş grubunda ($21,70\pm8,20$), erkeklerde ($18,42\pm8,06$), çiftçilerde ($21,62\pm7,46$), çalışanlarda ($22,47\pm8,03$), sosyal güvencesi olanlarda ($17,42\pm8,06$) ve sigara kullananlarda ($20,89\pm7,81$) diğer gruplara göre daha yüksektir. Duygusal Durum alt boyutu puan ortalaması ile eğitim durumu ($KW=5,13$, $p=0,162$), medeni durum ($U=4368,50$, $p=0,67$), yaşanılan yer ($KW=3,26$, $p=0,196$), ekonomik durum ($KW=2,64$, $p=0,266$), birlikte yaşanan bireyler ($KW=5,45$, $p=0,141$), yaşanılan ortamda sigara kullanım durumu ($U=6636$, $p=0,485$) ve ısınma şekli ($U=7250,50$, $p=0,722$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

KOAH Öz Etkililik Ölçeği Fiziksel Çaba alt boyut puan ortalaması ile yaş ($\chi^2=27,89$, $p=0,000$), cinsiyet ($U=5989,50$, $p=0,006$), eğitim durumu ($\chi^2=8,95$, $p=0,030$), yaşanılan yer ($\chi^2=8,18$, $p=0,017$), çalışma durumu ($\chi^2=25,57$, $p=0,000$),

sigara kullanım durumu ($x^2=18,23$, $p=0,000$) ve birlikte yaşanan bireyler ($x^2=10,81$, $p=0,013$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Fiziksel Çaba alt boyut puan ortalamasının 52-65 yaş grubunda olanlarda ($10,05\pm5,29$), erkeklerde ($8,21\pm4,59$), üniversite mezunu olanlarda ($11,66\pm7,63$), ilde yaşayanlarda ($9,44\pm5,17$), çalışanlarda ($12,35\pm5,06$), sigara kullananlarda ($10,51\pm4,94$) ve anne/babası ile yaşayanlarda ($12,14\pm6,01$) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Fiziksel Çaba alt boyutu puan ortalaması ile medeni durum ($U=4715$, $p=0,224$), meslek ($KW=13,50$, $p=0,096$), sosyal güvence durumu ($U=1801,50$, $p=0,485$), ekonomik durum ($KW=1,85$, $p=0,397$), yaşanılan ortamda sigara kullanım durumu ($U=6418$, $p=0,217$) ve ısınma şekli ($U=7203$, $p=0,622$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

KOAH Öz Etkililik Ölçeği Hava/Çevre Etkisi alt boyut puan ortalaması ile yaş ($x^2=18,27$, $p=0,000$), eğitim durumu ($x^2=15,74$, $p=0,001$), yaşadığı yer ($x^2=7,57$, $p=0,023$), çalışma durumu ($x^2=18,53$, $p=0,000$), ekonomik durum ($x^2=8,63$, $p=0,013$) ve sigara kullanım durumu ($x^2=19,55$, $p=0,000$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Hava/Çevre Etkisi alt boyut puan ortalamasının 52-65 yaş grubunda olanlarda ($13,19\pm6,39$), lise mezunu olanlarda ($14,05\pm6,61$), ilde yaşayanlarda ($12,11\pm4,80$), çalışanlarda ($15,88\pm5,56$), ekonomik durumu iyi olanlarda ($12,83\pm6,49$) ve sigara kullananlarda ($14,06\pm5,41$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Hava/Çevre Etkisi alt boyutu puan ortalaması ile cinsiyet ($U=6301$, $p=0,055$), medeni durum ($U=4782,50$, $p=0,335$), meslek ($KW=13,74$, $p=0,089$), sosyal güvence durumu ($U=1611,50$, $p=0,187$), birlikte yaşanılan bireyler ($KW=5,52$, $p=0,137$), yaşanılan ortamda sigara kullanım durumu ($U=6438$, $p=0,275$) ve ısınma şekli ($U=7055$, $p=0,469$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

KOAH Öz Etkililik Ölçeği Davranışsal Risk Faktörleri alt boyut puan ortalaması ile yaş ($x^2=23,68$, $p=0,000$), cinsiyet ($U=6045$, $p=0,019$), eğitim durumu ($x^2=17,04$, $p=0,001$), çalışma durumu ($x^2=7,3$, $p=0,025$), sigara kullanım durumu ($x^2=22,43$, $p=0,000$), yaşanılan ortamda sigara kullanım durumu ($U=5952,50$, $p=0,049$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Davranışsal Risk Faktörleri alt boyut puan ortalamasının 28-51 yaş grubunda olanlarda ($9,72\pm3,77$), erkeklerde ($3,51\pm3,51$), ortaokul mezunu olanlarda

(9,97±2,83), çalışanlarda (9,82±3,20), sigara kullananlarda (10,10±2,39) ve yaşanan ortamda sigara kullananlarda (8,90±3,75) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Davranışsal Risk Faktörleri alt boyutu puan ortalaması ile medeni durum (U=4812, p=0,379), yaşanan yer (KW=2,96, p=0,227), meslek (KW=13,59, p=0,093), sosyal güvence durumu (U=1472,50, p=0,075), ekonomik durum (KW=0,06, p=0,969), birlikte yaşanan bireyler (KW=6,86, p=0,076) ve ısınma şekli (U=7279, p=0,760) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

KOAH Öz Etkililik Ölçeği puan ortalaması ile yaş ($x^2=39,22$, p=0,000), cinsiyet (U=5559, p=0,001), eğitim durumu ($x^2=11,27$, p=0,010), yaşadığı yer ($x^2=6,81$, p=0,033), meslek ($x^2=16,57$, p=0,035), çalışma durumu ($x^2=17,58$, p=0,000), sosyal güvence durumu (U=1351,50, p=0,029) ve sigara kullanım durumu ($x^2=28,09$, p=0,000) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. KÖEÖ puan ortalamasının 52-65 yaş grubunda (89,44±32,08), erkeklerde (76,48±29,87), lise mezunu olanlarda (86,45±36,67), köyde yaşayanlarda (79,37±34,30), küçük sanayi işletmecilerinde (94,60±38,37), çalışanlarda (98,94±32,51), sosyal güvencesi olanlarda (72,93±29,73) ve sigara kullananlarda (92,93±26,38) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. KÖEÖ puan ortalaması ile medeni durum (U=4604, p=0,187), ekonomik durum (KW=4,03, p=0,133), birlikte yaşanan bireyler (KW=6,53, p=0,088), yaşanan ortamda sigara kullanım durumu (U=6138,50, p=0,107) ve ısınma şekli (U=7310,50, p=0,805) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 5.5. KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerin KÖEÖ'nün alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (n=250)

Özellikler		n	Olumsuz Etki $\bar{X} \pm SS$	Duygusal Durum $\bar{X} \pm SS$	Fiziksel Çaba $\bar{X} \pm SS$	Hava/Çevre Etkisi $\bar{X} \pm SS$	Davranışsal Risk Faktörleri $\bar{X} \pm SS$	KÖEÖ $\bar{X} \pm SS$
KOAH Evresi	1. Evre	82	32,40±13,37	21,02±8,70	10,12±5,29	13,91±6	9,41±3,03	86,87±32,91
	2. Evre	115	26,65±11,67	16,05±7,37	6,96±3,46	9,95±4,68	7,82±3,50	67,45±26,09
	3. ve 4. Evre	53	23,86±10,92	13,71±5,97	5,66±2,76	8±3,97	7,35±3,60	58,60±21,74
Test İstatistiği			$\chi^2=15,51$	$\chi^2=29,43$	$\chi^2=43,56$	$\chi^2=43,80$	$\chi^2=15,80$	$\chi^2=30,67$
p Değeri			p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*
Ek Hastalık Durumu	Var	11	25,63±11,36	17,90±8,53	9,09±4,65	11,18±5,13	8±3,34	71,81±30,06
	Yok	239	28,05±12,56	17,15±8,05	7,66±4,37	10,82±5,52	8,25±3,48	71,95±29,77
Test İstatistiği			U=1189,50	U=1239	U=1012	U=1208	U=1287	U=1304,50
p Değeri			p=0,593	p=0,747	p=0,147	p=0,640	p=0,906	p=0,966
KOAH Tanısı Aldıktan Bu Yana Geçen Süre	1-5 yıl	112	31,11±12,77	19,52±7,77	9,08±1,44	12,62±3,81	9,09±3,58	81,44±31,19
	6-10 yıl	72	28,27±11,84	16,79±8,14	7,23±2,37	10,26±3,35	7,90±3,03	70,47±27,99
	11-15 yıl	28	23,60±11,52	13,35±5,02	5,60±5,96	8,42±3,58	7,67±3,73	58,67±20,57
	16 yıl ve üstü	38	21,18±10,22	13,86±4,26	6,21±5,33	8,44±3,35	6,81±3,11	56,52±23,64
Test İstatistiği			$\chi^2=22,71$	$\chi^2=29,52$	$\chi^2=25$	$\chi^2=25,29$	$\chi^2=14,11$	$\chi^2=29,81$
p Değeri			p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,003*	p=0,000*

Tablo 5.5. KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerin KÖEÖ'nün alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (Devamı)

KOAH Nedeniyle	1-3	93	29,11±12,80	19,21±8,54	8,83±4,82	12,13±5,94	8,88±3,28	78,19±31,23
Son 6 Ayda	4-6	152	27,20±12,47	16,03±7,59	7,10±4,02	10,05±5,11	7,79±3,53	68,19±28,58
Kullanılan İlaç Sayısı	7 ve üstü	5	28,80±5,58	14,60±6,06	5,80±1,78	10,40±4,61	10,20±2,94	69,80±16,72
Test İstatistiği			$\chi^2=1,45$	$\chi^2=8,92$	$\chi^2=13,61$	$\chi^2=7,43$	$\chi^2=7,54$	$\chi^2=6,61$
p Değeri			p=0,483	p=0,012*	p=0,001*	p=0,024*	p=0,023*	p=0,037*
İlaçlarınızı Düzenli Kullanma Durumu	Kullanıyor	230	27,81±12,52	17,20±8,01	7,65±4,35	10,79±5,48	8,36±3,50	71,84±29,68
	Bazen kullanıyor	19	29,15±12,73	16,94±9,11	8,42±4,92	11,31±5,95	6,94±2,75	72,78±31,77
Test İstatistiği			U=2028,50	U=2065	U=1926	U=2032	U=1645	U=2132,50
p Değeri			p=0,603	p=0,690	p=0,334	p=0,602	p=0,071	p=0,862
KOAH Tedavisinde Kullandığınız İlaçların Komplikasyonlarını Deneyimleme Durumu	Evet	5	32,2±14,72	19,4±9,58	10,4±3,50	11,2±4,86	8,6±3,50	81,8±28,29
	Hayır	245±	27,86±12,47	17,14±8,04	7,66±4,39	10,83±5,52	8,24±3,47	71,74±29,77
Test İstatistiği			U=501,50	U=529,50	U=344,50	U=567	U=587	U=443
p Değeri			p=0,487	p=0,603	p=0,060	p=0,770	p=0,873	p=0,290

Tablo 5.5. KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerin KÖEÖ'nün alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (Devamı)

Yaşanılan Yerde	Evet	147	26,23±11,41	15,51±7,17	6,78±3,72	9,87±5,09	7,57±3,40	65,97±26,25
Oksijen Kullanım Durumunuz	Hayır	103	30,38±13,59	19,58±8,66	9,06±4,90	12,22±5,78	9,21±3,33	80,47±32,33
Test İstatistiği			U=6215	U=5441,50	U=5314	U=5700,50	U=5489	U=5532,50
p Değeri			p=0,016*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,001*	p=0,000*	p=0,000*
Yaşanılan Yerde	Evet	166	26,41±11,74	15,95±7,30	6,72±3,70	9,60±4,88	7,92±3,62	66,62±26,52
Nebulizör Kullanma Durumu	Hayır	84	30,97±13,44	19,63±8,94	9,69±4,95	13,27±5,85	8,89±3,05	82,46±32,91
Test İstatistiği			U=5544	U=5294	U=4163,50	U=4274	U=5819	U=4936,50
p Değeri			p=0,008*	p=0,002*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,032*	p=0,000*
KOAH Nedeniyle	1 kere	22	27,54±11,03	17,09±7,46	9,68±5,23	12,50±5,67	8,36±3,09	75,18±28,99
Son Bir Yılda	2 kere	65	36,01±11,77	21,04±8,37	9,61±4,90	13,41±5,70	9,89±2,97	89,98±29,63
Hastaneye Başvuru Durumu	3 ve üzeri	163	24,78±11,55	15,66±7,53	6,70±3,68	9,58±4,98	7,57±3,49	64,31±26,67
Test İstatistiği			$\chi^2=37,64$	$\chi^2=22,09$	$\chi^2=27,55$	$\chi^2=28,88$	$\chi^2=21,92$	$\chi^2=37$
p Değeri			p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*
Kontrollere Düzenli	Evet	208	27,82±12,59	17,27±8,23	7,64±4,43	10,63±5,20	8,27±3,43	71,65±29,71
Gitme Durumu	Hayır	42	28,57±12,16	16,76±7,24	8,09±4,20	11,85±5,34	8,09±3,66	73,38±30,08
Test İstatistiği			U=4145,50	U=4323	U=3914,50	U=3656	U=4225,50	U=4183
p Değeri			p=0,602	p=0,916	p=0,233	p=0,087	p=0,737	p=0,665

Tablo 5.5. KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerin KÖEÖ'nün alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (Devamı)

KOAH İle İlgili	Evet	198	28,29±12,33	17,24±8,07	7,65±4,28	10,75±5,41	8,43±3,46	72,39±29,56
Bilgi Alma Durumu	Hayır	52	26,61±13,16	16,96±8,09	7,98±4,79	11,15±5,85	7,53±3,41	70,25±30,57
Test İstatistiği			U=4724,50	U=507	U=4818	U=5012,50	U=4307,50	U=4934
p Değeri			p=0,361	p=0,793	p=0,424	p=0,764	p=0,068	p=0,645
Genel Sağlık Durumunuz	Çok iyi	4	30±12,93	24±10,95	9,75±5,73	13±8,24	8±4,08	84,75±35,17
	İyi	51	37,47±12,62	23,37±7,66	11,21±5,12	15,13±5,98	11,31±2,73	98,50±29,25
	Orta	113	29,12±10,45	17,28±6,90	7,06±3,12	10,53±4,30	8,51±3,06	72,51±22,26
	Kötü	59	21,74±10,04	13,28±6,80	6,35±4,27	8,71±4,98	6,25±2,91	56,35±25,95
	Çok kötü	23	16,60±10,27	11,82±7,29	6,39±4,21	7,91±5,15	5,30±2,16	48,04±25,90
Test İstatistiği			$\chi^2=67,35$	$\chi^2=66,57$	$\chi^2=50,78$	$\chi^2=50,67$	$\chi^2=76,82$	$\chi^2=82,32$
p Değeri			p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*

χ^2 : Kruskal Wallis, U: Mann Whitney U, p: Anlamlılık düzeyi, *: İstatistiksel olarak anlamlı değer, $\bar{X} \pm SS$: Ortalama $\pm$ Standart Sapma, KÖEÖ: KOAH Öz Etkililik Ölçeği

KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerin KÖEÖ'nün alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması Tablo 5.5'de gösterilmiştir. KÖEÖ Olumsuz Etki alt boyut puan ortalaması ile KOAH evresi ($x^2=15,51$, $p=0,000$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre ($x^2=22,71$, $p=0,000$), yaşanılan yerde oksijen kullanım durumu ($U=6215$, $p=0,016$), yaşanılan yerde nebulizör kullanma durumu ($U=5544$, $p=0,008$), KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye başvuru durumu ($x^2=37,64$, $p=0,000$) ve genel sağlık durumu ($x^2=67,35$, $p=0,000$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Olumsuz Etki alt boyut puan ortalamasının KOAH evresi 1 olanlarda ($32,40\pm13,37$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre 1-5 yıl arasında olanlarda ($31,11\pm12,77$), yaşanılan yerde oksijen kullanmayanlarda ($30,38\pm13,59$), yaşanılan yerde nebulizör kullanmayanlarda ($30,97\pm13,44$), son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye 2 kere başvuranlarda ($36,01\pm11,77$) ve genel sağlık durumu iyi olanlarda ($37,47\pm12,62$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Olumsuz Etki alt boyutu puan ortalaması ile ek hastalık durumu ($U=1189,50$, $p=0,593$), KOAH nedeniyle son 6 ayda kullanılan ilaç sayısı ($KW=1,45$, $p=0,483$), ilaçları düzenli kullanma durumu ($U=2028,50$, $p=0,603$), ilaçların komplikasyon durumu ($U=501,50$, $p=0,487$) ve kontrollere düzenli gitme durumu ($U=4145,50$, $p=0,602$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

KOAH Öz Etkililik Ölçeği Duygusal Durum alt boyut puan ortalaması ile KOAH evresi ($x^2=29,43$, $p=0,000$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre ($x^2=29,52$, $p=0,000$), KOAH nedeniyle son 6 ayda kullanılan ilaç sayısı ($x^2=8,92$, $p=0,012$), yaşanılan yerde oksijen kullanım durumu ($U=5441,50$, $p=0,000$), yaşanılan yerde nebulizör kullanım durumu ($U=5294$, $p=0,002$), KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye başvuru durumu ($x^2=22,09$, $p=0,000$) ve genel sağlık durumu ($x^2=66,57$, $p=0,000$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Duygusal Durum alt boyut puan ortalamasının KOAH evresi 1 olanlarda ($21,02\pm8,70$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre 1-5 yıl arasında olanlarda ($19,52\pm7,77$), son 6 ayda 1-3 adet arasında ilaç kullananlarda ($19,21\pm8,54$), yaşanılan yerde oksijen kullananlarda ($19,58\pm8,66$), yaşanılan yerde nebulizör kullananlarda ($19,63\pm8,94$), KOAH nedeniyle son 1 yılda hastaneye 2 kere başvuranlarda ($21,04\pm8,37$) ve genel sağlık durumu iyi olanlarda ($23,37\pm7,66$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Duygusal Durum alt

boyutu puan ortalaması ile ek hastalık durumu ($U=1239$, $p=0,747$), ilaçları düzenli kullanma durumu ($U=2065$, $p=0,690$), ilaçların komplikasyon durumu ($U=529,50$, $p=0,603$), kontrollere düzenli gitme durumu ($U=4323$, $p=0,916$) ve KOAH ile ilgili bilgi alma durumu ($U=507$, $p=0,793$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

KOAH Öz Etkililik Ölçeği Fiziksel Çaba alt boyut puan ortalaması ile KOAH evresi ($x^2=43,56$, $p=0,000$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre ($x^2=25$, $p=0,000$), KOAH nedeniyle son 6 ayda kullanılan ilaç sayısı ($x^2=13,61$, $p=0,001$), yaşanılan yerde oksijen kullanım durumu ($U=5314$, $p=0,000$), yaşanılan yerde nebulizör kullanım durumu ($U=4163,50$, $p=0,000$), KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye başvuru durumu ($x^2=27,55$, $p=0,000$), genel sağlık durumu ($x^2=50,78$, $p=0,000$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Fiziksel Çaba alt boyut puan ortalamasının KOAH evresi 1 olanlarda ($10,12\pm5,29$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre 1-5 yıl arasında olanlarda ($9,08\pm1,44$), KOAH nedeniyle son 6 ayda 1-3 adet arasında ilaç kullananlarda ($8,83\pm4,82$), yaşanılan yerde oksijen kullanmayanlarda ($9,06\pm4,90$), yaşanılan yerde nebulizör kullanmayanlarda ($9,69\pm4,95$), KOAH nedeniyle son 1 yılda 1 kez hastaneye başvuranlarda ($9,68\pm5,23$) ve genel sağlık durumu iyi olanlarda ($11,21\pm5,12$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Fiziksel Çaba alt boyutu puan ortalaması ile ek hastalık durumu ($U=1012$, $p=0,147$), ilaçları düzenli kullanma durumu ($U=1926$, $p=0,334$), ilaçların komplikasyon durumu ($U=344,50$, $p=0,060$), kontrollere düzenli gitme durumu ($U=3914,50$, $p=0,233$) ve KOAH ile ilgili bilgi alma durumu ($U=4818$, $p=0,424$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

KOAH Öz Etkililik Ölçeği Hava/Çevre Etkisi alt boyut puan ortalaması ile KOAH evresi ($x^2=43,80$, $p=0,000$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre ($x^2=25,29$, $p=0,000$), KOAH nedeniyle son 6 ayda kullanılan ilaç sayısı ($x^2=7,43$, $p=0,024$), yaşanılan yerde oksijen kullanım durumunuz ($U=5700,50$, $p=0,001$), yaşanılan yerde nebulizör kullanım durumu ($U=4274$, $p=0,000$), KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye başvuru durumu ($x^2=28,88$, $p=0,000$) ve genel sağlık durumu ($x^2=50,67$, $p=0,000$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Hava/Çevre Etkisi alt boyut puan ortalamasının KOAH evresi 1 olanlarda ($13,91\pm6$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre 1-5 yıl arasında

olanlarda($12,62\pm3,81$), KOAH nedeniyle son 6 ayda 1-3 adet arasında ilaç kullananlarda ($12,13\pm5,94$), yaşanan yerde oksijen kullanmayanlarda ($12,22\pm5,78$), yaşanan yerde nebulizör kullanmayanlarda ($13,27\pm5,85$), son bir yılda KOAH nedeniyle hastaneye 2 kere başvuranlarda ($13,41\pm5,70$) ve genel sağlık durumu iyi olanlarda ($15,13\pm5,98$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Hava/Çevre Etkisi alt boyutu puan ortalaması ile ek hastalık durumu ($U=1208$, $p=0,640$), ilaçları düzenli kullanma durumu ($U=2032$, $p=0,602$), ilaçların komplikasyon durumu ($U=567$, $p=0,770$), kontrollere düzenli gitme durumu ($U=3656$, $p=0,087$) ve KOAH ile ilgili bilgi alma durumu ($U=5012,50$, $p=0,764$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

KOAH Öz Etkililik Ölçeği Davranışsal Risk Faktörü alt boyut puan ortalaması ile KOAH evresi ($\chi^2=15,80$, $p=0,000$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre ($\chi^2=14,11$, $p=0,003$), KOAH nedeniyle son 6 ayda kullanılan ilaç sayısı ($\chi^2=7,54$, $p=0,023$), yaşanan yerde oksijen kullanım durumu ($U=5489$, $p=0,000$), yaşanan yerde nebulizör kullanım durumu ($U=5819$, $p=0,032$), KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye başvuru durumu ($\chi^2=21,92$, $p=0,000$) ve genel sağlık durumu ($\chi^2=76,82$, $p=0,000$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Davranışsal Risk Faktörü alt boyut puan ortalamasının KOAH evresi 1 olanlarda ($9,41\pm3,03$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre 1-5 yıl arasında olanlarda ($9,09\pm3,58$), KOAH nedeniyle son 6 ayda 7 ve üstü ilaç kullananlarda ($10,20\pm2,94$), yaşanan yerde oksijen kullanmayanlarda ($9,21\pm3,33$), yaşanan yerde nebulizör kullanmayanlarda ($8,89\pm3,05$), son bir yılda KOAH nedeniyle hastaneye 2 kere başvuranlarda ($9,89\pm2,97$) ve genel sağlık durumu iyi olanlarda ($11,31\pm2,73$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Davranışsal Risk Faktörü alt boyutu puan ortalaması ile ek hastalık durumu ($U=1287$, $p=0,906$), ilaçları düzenli kullanma durumu ($U=1645$, $p=0,071$), ilaçların komplikasyon durumu ($U=587$, $p=0,873$), kontrollere düzenli gitme durumu ($U=4225,50$, $p=0,737$) ve KOAH ile ilgili bilgi alma durumu ($U=4307,50$, $p=0,068$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

KOAH Öz Etkililik Ölçeği puan ortalaması ile KOAH evresi ($\chi^2=30,67$, $p=0,000$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre ($\chi^2=29,81$, $p=0,000$), KOAH nedeniyle son 6 ayda kullanılan ilaç sayısı ($\chi^2=6,61$, $p=0,037$), yaşanan yerde oksijen kullanım durumu ($U=5532,50$, $p=0,000$), yaşanan yerde nebulizör kullanım

durumu ($U=4936,50$, $p=0,000$), KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye başvuru durumu ($x^2=37$, $p=0,000$) ve genel sağlık durumu ($x^2=82,32$, $p=0,000$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. KÖEÖ puan ortalamasının KOAH evresi 1 olanlarda ($86,87\pm32,91$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre 1-5 yıl arasında olanlarda ($81,44\pm31,19$), KOAH nedeniyle son 6 ayda 1-3 adet arasında ilaç kullananlarda ($78,19\pm31,23$), yaşanılan yerde oksijen kullanmayanlarda ($80,47\pm32,33$), yaşanılan yerde nebulizör kullanmayanlarda ($82,46\pm32,91$), son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye 2 kere başvuranlarda ($89,98\pm29,63$) ve genel sağlık durumu iyi olanlarda ($98,50\pm29,25$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. KÖEÖ puan ortalaması ile ek hastalık durumu ($U=1304,50$, $p=0,966$), ilaçları düzenli kullanma durumu ($U=2132,50$, $p=0,862$), ilaçların komplikasyon durumu ($U=443$, $p=0,290$), kontrollere düzenli gitme durumu ($U=4183$, $p=0,665$) ve KOAH ile ilgili bilgi alma durumu ($U=4934$, $p=0,645$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

5.3. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği (İKSİÖ) Puan Ortalamasına İlişkin Bulgular

Tablo 5.6. İKSİÖ alt boyut ve toplam puanı ortalama, standart sapma, ortanca değerleri (250)

Ölçek ve Alt Boyutları	Minimum	Maksimum	$\bar{X}\pm SS$
Duyarlılık Algısı	6,00	30,00	$26,48\pm4,99$
Önemseme/Ciddiyet Algısı	6,00	30,00	$23,64\pm6,65$
Sağlık Motivasyonu	6,00	30,00	$26,69\pm4,87$
Yarar Algısı	4,00	20,00	$18,20\pm2,92$
Engel Algısı	6,00	30,00	$12,57\pm6,80$
Öz Etkililik	7,00	35,00	$30,30\pm5,96$
Ölçek Toplam Puan	71,00	175,00	$137,90\pm18,01$

$\bar{X} \pm SS$: Ortalama $\pm$ Standart Sapma, İKSİÖ: İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği (İKSİÖ) alt boyut, toplam puan ortalaması ve standart sapma değerlerine ilişkin bulgular Tablo 5.6'da gösterilmiştir. Ölçek alt boyut puan ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla Duyarlılık Algısı $26,48\pm4,99$; Önemseme/Ciddiyet Algısı $23,64\pm6,65$; Sağlık Motivasyonu

26,69±4,87; Yarar Algısı 18,2±2,92; Engel Algısı 12,57±6,80 ve Öz Etkililik 30,30±5,96 olarak belirlenmiştir. İKSiÖ toplam puan ortalaması ise 137,90±18,01'dir.



Tablo 5.7. KOAH'lı bireylerin demografik özelliklerinin İKSiÖ alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (n=250)

Özellikler		n	Duyarlılık Algısı $\bar{X} \pm SS$	Önemseme/Ciddiyet Algısı $\bar{X} \pm SS$	Sağlık Motivasyonu $\bar{X} \pm SS$	Yarar Algısı $\bar{X} \pm SS$	Engel Algısı $\bar{X} \pm SS$	Öz Etkililik $\bar{X} \pm SS$	İKSİÖ $\bar{X} \pm SS$
Yaş	38-51	11	26,45±4,29	24,72±5,58	25,54±7,14	17,36±4,24	14,72±7,56	31,63±4,22	140,45±17,59
	52-65	67	27,40±4,02	23,70±6,77	26,94±4,26	18,52±2,49	12,17±6,83	31,88±5,29	140,62±15,07
	66-79	106	26,38±5,27	22,96±7,04	26,82±4,93	18,18±3,07	12,72±6,85	30,16±5,66	137,25±19,53
	80 ve üstü	66	25,71±5,44	24,5±6,04	26,43±4,99	18,03±2,83	12,37±6,63	28,71±6,91	135,77±18,28
Test İstatistiği			$\chi^2=5,45$	$\chi^2=1,86$	$\chi^2=0,75$	$\chi^2=1,40$	$\chi^2=1,44$	$\chi^2=9,30$	$\chi^2=1,417$
p Değeri			p=0,141	p=0,602	p=0,86	p=0,705	p=0,696	p=0,026*	p=0,701
Cinsiyet	Kadın	94	26,21±4,82	23,40±6,33	26,29±5,10	18,04±3,21	12,78±6,75	29,27±6,62	136,02±18,37
	Erkek	156	26,64±5,09	23,78±6,86	26,93±4,73	18,29±2,73	12,44±6,84	30,92±5,46	139,04±17,75
Test İstatistiği			U=6813	U=6918	U=6720	U=7038	U=7023,50	U=6340	U=6646,50
p Değeri			p=0,315	p=0,442	p=0,234	p=0,549	p=0,571	p=0,055	p=0,215
Eğitim	İlkokul	178	26,17±5,31	23,63±6,62	26,29±5,32	18,01±3,21	12,93±7,06	29,98±6,27	137,04±19,15
	Ortaokul	34	27,14±3,97	22,38±6,92	27,67±3,21	18,50±2,07	13,11±6,70	30,02±5,25	138,85±15,12
	Lise	35	27,20±4,22	24,48±6,68	27,51±3,62	18,71±1,90	9,91±4,08	31,80±4,89	139,62±13,60
	Üniversite	3	28,66±2,30	28,66±2,30	30±0	20±0	16±12,49	35±0	158,33±16,04
Test İstatistiği			$\chi^2=2,27$	$\chi^2=4,34$	$\chi^2=3,50$	$\chi^2=2,82$	$\chi^2=5,38$	$\chi^2=5,30$	$\chi^2=3,70$
p Değeri			p=0,517	p=0,227	p=0,320	p=0,420	p=0,146	p=0,151	p=0,287

Tablo 5.7. KOAH'lı bireylerin demografik özelliklerinin İKSiÖ alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (Devamı)

Medeni	Evli	197	26,67±4,47	24,07±6,13	26,99±4,29	18,17±2,92	12,67±6,88	30,13±5,72	138,72±16,52
Durum	Bekar	53	25,79±6,56	22,05±8,19	25,58±6,53	18,28±2,93	12,20±6,52	30,96±6,81	134,88±22,64
Test İstatistiği			U=5205,50	U=4646	U=4869	U=5160	U=5078,50	U=4433	U=4877,50
p Değeri			p=0,973	p=0,207	p=0,418	p=0,884	p=0,757	p=0,071	p=0,463
	İl	9	23,66±4,79	23,33±5,58	24,33±4,66	17,22±2,63	16,66±8,29	28,66±5,14	133,88±12,97
Yaşadığı Yer	İlçe	88	26,44±5,17	22,90±6,90	26,53±5,01	17,92±3,20	13,31±7,42	29,98±6,08	137,11±19,09
	Köy	153	26,67±4,87	24,08±6,61	26,92±4,79	18,41±2,75	11,90±6,23	30,58±5,95	138,60±17,67
Test İstatistiği			$\chi^2=4,19$	$\chi^2=2,23$	$\chi^2=4,42$	$\chi^2=4,08$	$\chi^2=3,33$	$\chi^2=2,24$	$\chi^2=1,65$
p Değeri			p=0,123	p=0,327	p=0,110	p=0,130	p=0,189	p=0,326	p=0,438
	Madenci	80	26,53±5,57	24,25±6,90	27,38±4,44	18,33±2,93	12±6,93	31,26±5,41	139,77±19,17
	İşçi	18	24,50±4,09	23,27±3,23	24,55±3,97	16,22±2,36	16,77±5,80	25,27±5,58	130,61±10,04
	Çiftçi	8	27,50±3,11	18,25±7,59	27,00±3,16	17,87±2,35	12,37±5,68	30,25±5,47	133,25±11,08
Meslek	Diğer	27	26,66±5,80	24±8,08	26,51±6,67	19,22±2,60	13,40±7,70	32,96±4,89	142,77±21,73
	Ev Hanımı	85	26,34±4,79	23,40±6,32	26,22±5,25	18±3,29	12,48±6,70	29,30±6,77	135,75±18,22
	Memur	13	28,84±2,30	26,23±4,90	28,07±3,75	19,07±1,55	10,76±6,74	32,15±3,46	145,15±12,69
	Esnaf	19	26,28±4,46	22,44±5,37	27,17±3,30	18,35±1,98	11,51±5,66	30,64±4,45	136,42±13,8
Test İstatistiği			$\chi^2=14,10$	$\chi^2=15,51$	$\chi^2=14,06$	$\chi^2=26,91$	$\chi^2=12,28$	$\chi^2=29,91$	$\chi^2=17,22$
p Değeri			p=0,079	p=0,050	p=0,080	p=0,001*	p=0,139	p=0,000*	p=0,028*

Tablo 5.7. KOAH'lı bireylerin demografik özelliklerinin İKSiÖ alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (Devamı)

Çalışma Durumu	Çalışmıyor	75	26,17±4,72	22,70±6,79	25,70±5,26	17,81±3,48	13±6,84	29,38±6,57	134,78±18,62
	Çalışıyor	17	25,05±4,64	22,52±7,35	26,88±3,85	18,11±2,02	14,23±7,22	31,58±4,38	138,41±18,54
	Emekli	158	26,78±5,14	24,20±6,49	27,14±4,73	18,39±2,69	12,19±6,74	30,60±5,78	139,33±17,58
Test İstatistiği			$\chi^2=4,45$	$\chi^2=3,17$	$\chi^2=5,74$	$\chi^2=1,73$	$\chi^2=2,07$	$\chi^2=2,35$	$\chi^2=4,20$
p Değeri			p=0,108	p=0,205	p=0,057	p=0,420	p=0,354	p=0,308	p=0,122
Sosyal	Var	233	26,49±5,06	23,55±6,65	26,84±4,80	18,23±2,97	12,23±6,56	30,47±5,89	137,84±18,07
Güvence Durumu	Yok	17	26,29±3,91	24,82±6,75	24,64±5,51	17,76±2,07	17,29±8,31	28±6,62	138,82±17,69
Test İstatistiği			U=1753	U=1737,50	U=1459,50	U=1541	U=1268,50	U=1527,50	U=1869
p Değeri			p=0,397	p=0,386	p=0,051	p=0,085	p=0,012*	p=0,091	p=0,698
Ekonomik Durum	İyi	62	26,58±4,68	23,53±6,70	27,50±4,86	18,64±1,88	12,74±7,25	30,24±4,98	139,24±16,38
	Orta	159	26,46±5,24	23,66±6,72	26,50±4,85	18,01±3,34	12,13±6,55	30,47±6,39	137,25±19,11
	Kötü	29	26,37±4,26	23,79±6,39	26,03±4,96	18,24±2,04	14,65±6,99	29,51±5,55	138,62±15,26
Test İstatistiği			$\chi^2=0,66$	$\chi^2=0,11$	$\chi^2=4,43$	$\chi^2=0,74$	$\chi^2=3,57$	$\chi^2=2,43$	$\chi^2=0,29$
p Değeri			p=0,739	p=0,945	p=0,109	p=0,689	p=0,168	p=0,297	p=0,861
Sigara	Evet	29	25,96±4,52	23,34±6,52	26,79±4,23	17,96±2,92	11,72±6,57	30,86±5,22	136,65±17,01
Kullanım Durumu	Hayır	128	26,25±5,11	23,55±6,71	26,50±5,31	18,16±3,11	12,71±6,60	29,69±6,38	136,88±18,59
	Bırakmış	93	26,96±4,96	23,86±6,68	26,92±4,44	18,32±2,66	12,65±7,17	30,97±5,54	139,70±17,53
Test İstatistiği			$\chi^2=2,38$	$\chi^2=0,37$	$\chi^2=0,04$	$\chi^2=0,51$	$\chi^2=0,67$	$\chi^2=2,34$	$\chi^2=1,98$
p Değeri			p=0,303	p=0,829	p=0,978	p=0,773	p=0,715	p=0,309	p=0,370

Tablo 5.7. KOAH'lı bireylerin demografik özelliklerinin İKSiÖ alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (Devamı)

Birlikte Yaşanan Bireyler	Yalnız	22	26,68±5,60	22,40±8,26	24,81±6,29	17,45±2,98	14,81±7,10	29,13±6,26	135,31±20,51
	Eş/çocuk	214	26,37±5,01	23,81±6,44	26,87±4,75	18,27±2,95	12,49±6,84	30,40±5,93	138,24±17,96
	Anne/baba	7	27,85±2,85	22,71±5,90	26±4,47	17,42±2,57	11,28±5,55	3,93±3,93	137,14±17,09
	Arkadaş	7	27,85±4,41	23,14±9,17	27,71±2,98	19±1,29	9,28±4,07	7,95±7,95	136,57±14,69
Test İstatistiği			$\chi^2=1$	$\chi^2=0,624$	$\chi^2=3,37$	$\chi^2=4,28$	$\chi^2=4,26$	$\chi^2=1,19$	$\chi^2=0,95$
p Değeri			p=0,799	p=0,891	p=0,337	p=0,233	p=0,234	p=0,754	p=0,812
Yaşanılan Yerde Sigara Kullanım Durumu	Evet	85	25,94±4,49	22,76±6,54	27,27±3,85	18,42±2,31	13,17±6,74	29,55±6,07	137,12±16,40
	Hayır	165	26,76±5,21	24,09±6,69	26,40±5,31	18,08±3,18	12,26±6,82	30,69±5,88	138,30±18,82
Test İstatistiği			U=5924	U=6032	U=6532	U=6946	U=6313	U=6209	U=6334
p Değeri			p=0,031*	p=0,063	p=0,339	p=0,890	p=0,189	p=0,112	p=0,112
Isınma Şekli	Soba ve	152	26,57±4,99	23,63±6,92	26,73±4,90	18,30±2,82	12,39±6,63	30,32±6,06	137,96±18,09
	Elektrikli Isıtıcı								
	Doğalgaz	98	26,34±5	23,65±6,26	26,63±4,85	18,04±3,07	12,85±7,08	30,28±5,84	137,81±17,98
Test İstatistiği			U=7060	U=7260	U=7388	U=7143,50	U=7250	U=7258,50	U=7209
p Değeri			p=0,456	p=0,729	p=0,908	p=0,538	p=0,718	p=0,716	p=0,668

χ^2 : Kruskal Wallis, U: Mann Whitney U, p: Anlamlılık düzeyi, *: İstatistiksel olarak anlamlı değer, X ±SS: Ortalama ± Standart Sapma, İKSiÖ: İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

KOAH'lı bireylerin demografik özelliklerinin İKSiÖ alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması Tablo 5.7'de gösterilmiştir. İKSiÖ Duyarlılık Algısı alt boyut puan ortalaması ile yaşanan yerde sigara kullanım durumu ($U=1092$, $p=0,000$) değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Duyarlılık Algısı alt boyut puan ortalamasının yaşanan yerde sigara kullanılması ($26,76 \pm 5,21$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Duyarlılık Algısı alt boyutu puan ortalaması ile yaş ($KW=5,45$, $p=0,141$), cinsiyet ($U=6813$, $p=0,315$), eğitim durumu ($KW=2,27$, $p=0,517$), medeni durum ($U=5205,50$, $p=0,973$), yaşanan yer ($KW=4,19$, $p=0,123$), meslek ($KW=14,10$, $p=0,079$), çalışma durumu ($KW=4,45$, $p=0,108$), sosyal güvence durumu ($U=1753$, $p=0,397$), ekonomik durum ($KW=0,66$, $p=0,739$), sigara kullanım durumu ($KW=2,38$, $p=0,303$), yaşanan bireyler ($KW=1$, $p=0,799$) ve ısınma şekli ($U=7060$, $p=0,456$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Önemsene/Ciddiyet Algısı alt boyut puan ortalaması ile yaş ($KW=1,86$, $p=0,602$), cinsiyet ($U=6918$, $p=0,442$), eğitim durumu ($KW=4,34$, $p=0,227$), medeni durum ($U=4646,50$, $p=0,207$), yaşanan yer ($KW=2,23$, $p=0,327$), meslek ($KW=15,51$, $p=0,050$), çalışma durumu ($KW=3,17$, $p=0,205$), sosyal güvence durumu ($U=1737,50$, $p=0,386$), ekonomik durum ($KW=0,11$, $p=0,945$), sigara kullanım durumu ($KW=0,37$, $p=0,829$), yaşanan bireyler ($KW=0,624$, $p=0,891$), yaşanan yerde sigara kullanım durumu ($U=6032$, $p=0,063$) ve ısınma şekli ($U=7260$, $p=0,729$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Sağlık Motivasyon alt boyut puan ortalaması ile yaş ($KW=0,75$, $p=0,860$), cinsiyet ($U=6720$, $p=0,234$), eğitim durumu ($KW=3,50$, $p=0,320$), medeni durum ($U=4869$, $p=0,418$), yaşanan yer ($KW=4,42$, $p=0,110$), meslek ($KW=14,06$, $p=0,080$), çalışma durumu ($KW=5,74$, $p=0,057$), sosyal güvence durumu ($U=1459,50$, $p=0,051$), ekonomik durum ($KW=4,43$, $p=0,109$), sigara kullanım durumu ($KW=0,04$, $p=0,978$), yaşanan bireyler ($KW=3,37$, $p=0,337$), yaşanan yerde sigara kullanım durumu ($U=6532$, $p=0,339$) ve ısınma şekli ($U=7388$, $p=0,908$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Yarar Algısı alt boyut puan ortalaması ile meslek ($x^2=26,91$, $p=0,001$) değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Yarar Algısı alt boyut puan ortalamasının esnafların ($19,12\pm1,64$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Yarar Algısı alt boyut puan ortalaması ile yaş ($KW=1,40$, $p=0,705$), cinsiyet ($U=7038$, $p=0,549$), eğitim durumu ($KW=2,82$, $p=0,420$), medeni durum ($U=5160$, $p=0,884$), yaşanılan yer ($KW=4,08$, $p=0,130$), çalışma durumu ($KW=1,73$, $p=0,420$), sosyal güvence durumu ($U=1541$, $p=0,085$), ekonomik durum ($KW=0,74$, $p=0,689$), sigara kullanım durumu ($KW=0,51$, $p=0,773$), yaşanılan bireyler ($KW=4,28$, $p=0,233$), yaşanılan yerde sigara kullanım durumu ($U=6946$, $p=0,890$) ve ısınma şekli ($U=7143,50$, $p=0,538$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Engel Algısı alt boyut puan ortalaması ile sosyal güvence durumu ($U=1268,50$, $p=0,012$) değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Engel Algısı alt boyut puan ortalamasının sosyal güvencesi olmayanların ($17,29\pm8,31$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Engel Algısı alt boyut puan ortalaması ile yaş ($KW=1,44$, $p=0,696$), cinsiyet ($U=7023,50$, $p=0,571$), eğitim durumu ($KW=5,38$, $p=0,146$), medeni durum ($U=5078,50$, $p=0,757$), yaşanılan yer ($KW=3,33$, $p=0,189$), meslek ($KW=12,28$, $p=0,139$), çalışma durumu ($KW=2,07$, $p=0,354$), ekonomik durum ($KW=3,57$, $p=0,168$), sigara kullanım durumu ($KW=0,67$, $p=0,715$), yaşanılan bireyler ($KW=4,26$, $p=0,234$), yaşanılan yerde sigara kullanım durumu ($U=6313$, $p=0,189$) ve ısınma şekli ($U=7250$, $p=0,718$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Öz Etkililik alt boyut puan ortalaması ile yaş ($x^2=9,30$, $p=0,026$), meslek ($x^2=29,91$, $p=0,000$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Öz Etkililik alt boyut puan ortalamasının 52-65 yaş grubunda olanlarda ($31,88\pm5,29$) ve diğer meslek grubunda olanların ($32,96\pm4,89$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Öz Etkililik alt boyut puan ortalaması ile cinsiyet ($U=6340$, $p=0,055$), eğitim durumu ($KW=5,30$, $p=0,151$), medeni durum ($U=4433$, $p=0,071$), yaşanılan yer ($KW=2,24$, $p=0,326$), çalışma durumu ($KW=2,35$, $p=0,308$), sosyal güvence durumu ($U=1527,50$, $p=0,091$), ekonomik durum ($KW=2,43$,

p=0,297), sigara kullanım durumu (KW=2,34, p=0,309), yaşanan bireyler (KW=1,19, p=0,754), yaşanan yerde sigara kullanım durumu (U=6209, p=0,112) ve ısınma şekli (U=7258,50, p=0,716) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği puan ortalaması ile meslek ($x^2=17,22$, p=0,028) değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. İKSiÖ puan ortalaması memur olanların (145,15±12,69) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. İKSiÖ puan ortalaması ile yaş (KW=1,417, p=0,701), cinsiyet (U=6646,50, p=0,215), eğitim durumu (Kw=3,70, p=0,287), medeni durum (U=4877,50, p=0,463), yaşanan yer (KW=1,65, p=0,438), çalışma durumu (KW=4,20, p=0,122), sosyal güvence durumu (U=1869, p=0,698), ekonomik durum (KW=0,29, p=0,861), sigara kullanım durumu (KW=1,98, p=0,370), yaşanan bireyler (KW=0,95, p=0,812), yaşanan yerde sigara kullanım durumu (U=6334, p=0,112) ve ısınma şekli (U=7209, p=0,668) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 5.8. KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerin İKSiÖ'nün alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (n=250)

Özellikler		n	Duyarlılık Algısı $\bar{X} \pm SS$	Önemseme/Ciddiyet Algısı $\bar{X} \pm SS$	Sağlık Motivasyonu $\bar{X} \pm SS$	Yarar Algısı $\bar{X} \pm SS$	Engel Algısı $\bar{X} \pm SS$	Öz Etkililik $\bar{X} \pm SS$	İKSiÖ $\bar{X} \pm SS$
KOAH Evresi	1. Evre	82	26,69±3,98	23,35±6,67	26,76±4,80	18,15±2,65	11,87±6,11	30,95±5,35	137,80±15,54
	2. Evre	115	26,32±5,93	23,59±7,08	26,40±5,40	18,15±3,27	12,94±7,44	30±6,25	137,41±20,52
	3. ve 4. Evre	53	26,50±4,13	24,20±5,67	27,22±3,63	18,35±2,49	12,84±6,37	29,98±6,23	139,13±15,87
Test İstatistiği			$\chi^2=1,69$	$\chi^2=0,38$	$\chi^2=0,33$	$\chi^2=0,66$	$\chi^2=1$	$\chi^2=0,68$	$\chi^2=0,67$
p Değeri			p=0,428	p=0,827	p=0,845	p=0,604	p=0,604	p=0,710	p=0,712
Ek Hastalık Durumu	Var	11	27,27±3,34	21,36±8,29	26,72±3,52	18,81±1,88	14,54±8,97	32,63±3,23	141,36±15,73
	Yok	239	26,44±5,05	23,74±6,57	26,69±4,93	18,17±2,95	12,48±6,69	30,20±6,04	137,74±18,12
Test İstatistiği			U=1243	U=1102,50	U=1187,50	U=1220	U=1172,50	U=1092,50	U=1221
p Değeri			p=0,744	p=0,353	p=0,559	p=0,649	p=0,535	p=0,310	p=0,690
KOAH Tanısı Aldıktan Bu Yana Geçen Süre	1-5 yıl	112	26,32±5,32	23,39±6,88	26,35±5,36	18,08±3,12	12,58±6,70	30,85±5,56	137,58±18,78
	6-10 yıl	72	26,80±6,69	24,41±6,33	26,94±4,94	18,25±3,07	12,31±6,87	29,69±6,40	138,43±18,03
	11-15 yıl	28	27,78±3,40	23,82±6,79	27,10±4,77	19,10±1,61	12,03±7,16	30,17±6,48	140,03±16,43
	16 yıl ve üstü	38	25,39±5,38	22,78±6,57	26,92±3,09	17,78±2,67	13,44±6,88	29,94±5,95	136,28±17,24
Test İstatistiği			$\chi^2=3,55$	$\chi^2=1,48$	$\chi^2=2,38$	$\chi^2=3,83$	$\chi^2=1,37$	$\chi^2=0,95$	$\chi^2=0,96$
p Değeri			p=0,313	p=0,686	p=0,497	p=0,280	p=0,711	p=0,813	p=0,809

Tablo 5.8. KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerin İKSİÖ'nün alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (Devamı)

KOAH Nedeniyle	1-3	93	26,63±4,90	24,02±6,99	26,25±5,76	18,39±2,66	12,10±6,35	31,41±5,46	138,83±18,81
Son 6 Ayda	4-6	152	26,40±5,03	23,48±6,44	26,96±4,27	18,05±3,08	12,93±7,08	29,51±6,20	137,36±17,38
Kullanılan İlaç Sayısı	7 ve üstü	5	26,20±6,34	21,40±7,53	26,60±4,56	19±2,23	10,40±6,02	33,60±3,13	137,20±24,95
Test İstatistiği			$\chi^2=0,09$	$\chi^2=1,49$	$\chi^2=0,19$	$\chi^2=1,24$	$\chi^2=0,76$	$\chi^2=7,52$	$\chi^2=0,48$
p Değeri			p=0,952	p=0,473	p=0,907	p=0,536	p=0,681	p=0,023*	p=0,784
İlaçlarınızı Düzenli Kullanma Durumu	Kullanıyor	230	26,80±4,91	23,77±6,75	26,98±4,78	18,40±2,76	12,07±6,56	30,72±5,88	138,77±17,70
	Bazen kullanıyor	19	22,89±5,52	22,10±5,44	23,42±4,87	15,84±3,74	18,63±6,99	25,42±4,91	128,31±19,43
Test İstatistiği			U=1092	U=1716,50	U=1207	U=1120	U=1069	U=998,50	U=1345
p Değeri			p=0,000*	p=0,110	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,005*
KOAH Tedavisinde Kullandığınız İlaçların Kopmlikasyonlarını Deneyimleme Durumu	Evet	5	25±4,79	16±8,03	20,8±7,19	17,8±3,03	9,6±3,28	32,2±3,83	121,4±8,35
	Hayır	245	26,51±4,99	23,8±6,55	26,81±4,76	18,20±2,92	12,63±6,84	30,26±6	138,24±18
Test İstatistiği			U=486	U=270	U=282	U=553	U=474,50	U=513,50	U=211,50
p Değeri			p=0,399	p=0,028*	p=0,026*	p=0,675	p=0,380	p=0,507	p=0,012*

Tablo 5.8. KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerin İKSiÖ'nün alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (Devamı)

Yaşanılan Yerde	Evet	147	26,27±5,03	23,80±6,46	26,89±4,52	18,10±3,06	13,04±6,86	29,61±6,34	137,74±18,33
Kullanım Durumunuz	Hayır	103	26,77±4,93	23,41±6,95	26,41±5,34	18,33±2,71	11,90±6,68	31,29±5,26	138,14±17,63
Test İstatistiği			U=7202,50	U=7469,50	U=7184	U=7345	U=6658	U=6531,50	U=7539
p Değeri			p=0,482	p=0,854	p=0,459	p=0,651	p=0,099	p=0,048*	p=0,955
Yaşanılan Yerde	Evet	166	26,51±5,19	23,62±6,58	26,79±4,96	18,29±3,01	12,26±6,74	30,33±18,72	137,83±
Nebulizör Kullanım Durumu	Hayır	84	26,41±4,58	23,67±6,84	26,50±4,70	18,01±2,73	13,19±6,90	30,26±16,63	138,05±
Test İstatistiği			U=6548,50	U=6851,50	U=6452,50	U=6341,50	U=6396,50	U=6856	U=6843
p Değeri			p=0,400	p=0,819	p=0,300	p=0,188	p=0,278	p=0,818	p=0,812
KOAH Nedeniyle	1 kere	22	25,31±6,27	22,27±7,33	25,90±5,95	17,77±2,46	13,13±7,95	30,68±4,43	135,09±18,40
Son Bir Yılda	2 kere	65	26,06±4,86	22,33±6,69	26,23±4,57	18,10±2,77	11,64±5,90	30,93±5,30	135,32±15,91
Hastaneye Başvuru Durumu	3 ve üzeri	163	26,80±4,84	24,34±6,48	26,98±4,84	18,29±3,04	12,87±6,97	30±6,38	139,31±18,68
Test İstatistiği			$\chi^2=3,19$	$\chi^2=6,19$	$\chi^2=2,89$	$\chi^2=2,88$	$\chi^2=1,18$	$\chi^2=0,67$	$\chi^2=5,01$
p Değeri			p=0,203	p=0,045*	p=0,235	p=0,236	p=0,552	p=0,713	p=0,082
Kontrollere Düzenli	Evet	208	26,64±5,02	24,03±6,66	27±4,96	18,30±3,02	12,25±6,59	30,50±6,10	138,74±18,52
Gitme Durumu	Hayır	42	25,66±4,81	21,71±6,34	25,19±4,15	17,69±2,33	14,19±7,64	29,30±5,18	133,76±14,70
Test İstatistiği			U=3617,50	U=3329,50	U=2980	U=3425	U=3760	U=3645	U=3307
p Değeri			p=0,060	p=0,013*	p=0,000*	p=0,013*	p=0,148	p=0,070	p=0,013*

Tablo 5.8. KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerin İKSiÖ'nün alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (Devamı)

KOAH İle İlgili	Evet	198	26,56±5,05	23,77±6,64	27,27±4,48	18,36±2,90	12,51±6,81	30,45±5,89	138,93±18,02
Bilgi Alma Durumu	Hayır	52	26,19±4,76	23,15±6,74	24,50±5,67	17,57±2,93	12,80±6,82	29,75±6,25	133,98±17,59
Test İstatistiği			U=4811,50	U=4841	U=3541	U=4087	U=5037,50	U=4815	U=4281
p Değeri			p=0,437	p=0,497	p=0,000*	p=0,010*	p=0,809	p=0,441	p=0,061
Genel Sağlık Durumunuz	Çok iyi	4	24,50±9,71	23,75±10,01	20,25±11,32	19,50±1	10±4,89	34±2	132±30,04
	İyi	51	27,58±3,69	23,07±6,99	27,96±3,42	19,07±1,52	9,52±4,74	33,35±3,26	140,58±12,90
	Orta	113	26,68±5,10	23,92±6,61	27,23±4,19	18,43±2,84	12,98±7,33	30,65±5,70	139,91±18,07
	Kötü	59	25,94±5,29	24,01±6,63	25,89±5,54	17,79±3,22	13,77±6,71	28,32±6,35	135,76±19,72
	Çok kötü	23	24,78±4,88	22,52±5,93	24,43±5,88	15,91±3,76	14,69±6,62	26,30±7,36	128,65±18,34
Test İstatistiği			$\chi^2=8,39$	$\chi^2=2,53$	$\chi^2=11,46$	$\chi^2=22,83$	$\chi^2=18,41$	$\chi^2=32,84$	$\chi^2=7,67$
p Değeri			p=0,078	p=0,639	p=0,022*	p=0,000*	p=0,001*	p=0,000*	p=0,104

χ^2 : Kruskal Wallis, U: Mann Whitney U, p: Anlamlılık düzeyi, *: İstatistiksel olarak anlamlı değer, X ±SS: Ortalama ± Standart Sapma, İKSiÖ: İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerin İKSiÖ'nün alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması Tablo 5.8'de gösterilmiştir. İKSiÖ Duyarlılık Algısı alt boyut puan ortalaması ile ilaçlarınızı düzenli kullanma durumu ($U=1092$, $p=0,000$) değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Duyarlılık Algısı alt boyut puan ortalamasının ilaçlarını düzenli kullananların ($26,80\pm4,91$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Duyarlılık Algısı alt boyut puan ortalaması ile KOAH evresi ($KW=1,69$, $p=0,428$), ek hastalık durumu ($U=1243$, $p=0,744$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre ($KW=3,55$, $p=0,313$), KOAH nedeniyle son 6 ayda kullanılan ilaç sayısı ($KW=0,09$, $p=0,952$), ilaçların komplikasyon durumu ($U=486$, $p=0,399$), yaşanan yerde oksijen kullanım durumu ($U=7202,50$, $p=0,482$), yaşanan yerde nebulizör kullanım durumu ($U=6548,50$, $p=0,400$), son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye başvuru durumu ($KW=3,19$, $p=0,203$), kontrollere düzenli gitme durumu ($U=3617,50$, $p=0,060$), KOAH ile ilgili bilgi alma durumu ($U=4811,50$, $p=0,437$) ve genel sağlık durumu ($KW=8,39$, $p=0,078$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Önemseme/Ciddiyet Algısı alt boyut puan ortalaması ile KOAH tedavisinde kullandığınız ilaçların komplikasyon durumu ($U=270$, $p=0,028$), KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye başvuru durumu ($\chi^2=6,19$, $p=0,045$), kontrollere düzenli gitme durumu ($U=3329,50$, $p=0,013$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Önemseme/Ciddiyet Algısı alt boyut puan ortalamasının kullanılan ilaçlarda komplikasyon olmayanların ($23,8\pm6,55$), son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye 3 ve üzeri başvuranların ($24,34\pm6,48$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Önemseme/Ciddiyet Algısı alt boyut puan ortalaması ile KOAH evresi ($KW=0,38$, $p=0,827$), ek hastalık durumu ($U=1102,50$, $p=0,353$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre ($KW=1,48$, $p=0,686$), KOAH nedeniyle son 6 ayda kullanılan ilaç sayısı ($KW=1,49$, $p=0,473$), ilaçları düzenli kullanma durumu ($U=1716,50$, $p=0,110$), yaşanan yerde oksijen kullanım durumu ($U=7469,50$, $p=0,854$), yaşanan yerde nebulizör kullanım durumu ($U=6851,50$, $p=0,819$), KOAH ile ilgili bilgi alma durumu ($U=4841$, $p=0,497$) ve genel sağlık durumu ($KW=2,53$, $p=0,639$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Sağlık Motivasyonu alt boyut puan ortalaması ile ilaçlarınızı düzenli kullanma durumu ($U=1207$, $p=0,000$), KOAH tedavisinde kullandığınız ilaçların komplikasyon durumu ($U=282$, $p=0,026$), kontrollere düzenli gitme durumu ($U=2980$, $p=0,000$), KOAH ile ilgili bilgi alma durumu ($U=3541$, $p=0,000$), genel sağlık durumu ($x^2=11,46$, $p=0,022$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Sağlık Motivasyonu alt boyut puan ortalamasının ilaçlarını düzenli kullananların ($26,98\pm4,78$), kullanılan ilaçların komplikasyonu olmayanların ($26,81\pm4,76$), kontrollere düzenli gidenlerin ($27\pm4,96$), KOAH ile ilgili bilgi alanların ($27,27\pm4,48$) ve genel sağlık durumu iyi olanların ($27,96\pm3,42$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Sağlık Motivasyonu alt boyut puan ortalaması ile KOAH evresi ($KW=0,33$, $p=0,845$), ek hastalık durumu ($U=1187,50$, $p=0,559$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre ($KW=2,38$, $p=0,497$), KOAH nedeniyle son 6 ayda kullanılan ilaç sayısı ($Kw=0,19$, $p=0,907$), yaşanılan yerde oksijen kullanım durumu ($U=7184$, $p=0,459$), yaşanılan yerde nebulizör kullanım durumu ($U=6452,50$, $p=0,300$) ve son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye başvuru durumu ($KW=2,89$, $p=0,235$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Yarar Algısı alt boyut puan ortalaması ile ilaçlarınızı düzenli kullanma durumu ($U=1120$, $p=0,000$), kontrollere düzenli gitme durumu ($U=3425$, $p=0,013$), KOAH ile ilgili bilgi alma durumu ($U=4087$, $p=0,010$) ve genel sağlık durumu ($x^2=22,83$, $p=0,000$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Yarar Algısı alt boyut puan ortalamasının ilaçlarını düzenli kullananların ($18,40\pm2,76$), kontrollere düzenli gidenlerin ($18,30\pm3,02$), KOAH ile ilgili bilgi alanların ($18,36\pm2,90$) ve genel sağlık durumu çok iyi olanların ($19,50\pm1$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Yarar Algısı alt boyut puan ortalaması ile KOAH evresi ($KW=0,66$, $p=0,604$), ek hastalık durumu ($U=1220$, $p=0,649$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre ($KW=3,83$, $p=0,280$), KOAH nedeniyle son 6 ayda kullanılan ilaç sayısı ($KW=1,24$, $p=0,536$), ilaçların komplikasyon durumu ($U=553$, $p=0,675$), yaşanılan yerde oksijen kullanım durumu ($U=7345$, $p=0,651$), yaşanılan yerde nebulizör kullanım durumu ($U=6341,50$, $p=0,188$) ve son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye

başvuru durumu (KW=2,88, p=0,236) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Engel Algısı alt boyut puan ortalaması ile ilaçlarınızı düzenli kullanma durumu (U=1069, p=0,000), genel sağlık durumu ($x^2=18,41$, p=0,001) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Engel Algısı alt boyut puan ortalamasının ilaçlarını düzenli kullananların (18,63±6,99), genel sağlık durumu kötü olanların (14,69±6,62) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Engel Algısı alt boyut puan ortalaması ile KOAH evresi (KW=1, p=0,604), ek hastalık durumu (U=1172,50, p=0,535), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre (KW=1,37, p=0,711), KOAH nedeniyle son 6 ayda kullanılan ilaç sayısı (KW=0,76, p=0,681), ilaçların komplikasyon durumu (U=474,50, p=0,380), yaşanılan yerde oksijen kullanım durumu (U=6658, p=0,099), yaşanılan yerde nebulizör kullanım durumu (U=6396,50, p=0,278), son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye başvuru durumu (KW=1,18, p=0,552), kontrollere düzenli gitme durumu (U=3760, p=0,148) ve KOAH ile ilgili bilgi alma durumu (U=5037,50, p=0,809) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Öz Etkililik alt boyut puan ortalaması ile KOAH nedeniyle son 6 ayda kullanılan ilaç sayısı ($x^2=7,52$, p=0,023), ilaçları düzenli kullanma durumu (U=998,50, p=0,000), yaşanılan yerde oksijen kullanım durumu (U=6531,50, p=0,048) ve genel sağlık durumu ($x^2=32,84$, p=0,000) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Öz Etkililik alt boyut puan ortalamasının KOAH nedeniyle son 6 ayda kullanılan ilaç sayısı 7 ve üstü olanlar (33,60±3,13), ilaçlarını düzenli kullananlar (30,72±5,88), yaşanılan yerde oksijen kullanmayanlar (31,29±5,26) ve genel sağlık durumu iyi olanlar (34±2) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Öz Etkililik alt boyut puan ortalaması ile KOAH evresi (KW=0,68, p=0,710), ek hastalık durumu (U=1092,50, p=0,310), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre (KW=0,95, p=0,813), ilaçların komplikasyon durumu (U=513,50, p=0,507), yaşanılan yerde nebulizör kullanım durumu (U=6856, p=0,818), son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye başvuru durumu (Kw=0,67, p=0,713), kontrollere düzenli gitme durumu (U=3645, p=0,070) ve

KOAH ile ilgili bilgi alma durumu (U=4815, p=0,441) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği puan ortalaması ile ilaçlarınızı düzenli kullanma durumu (U=1345, p=0,005), KOAH tedavisinde kullanılan ilaçların komplikasyon durumu (U=211,50, p=0,012) ve kontrollere düzenli gitme durumu (U=3307, p=0,013) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. İKSİÖ puan ortalamasının ilaçlarını düzenli kullananların (138,77±17,70), kullanılan ilaçlarda komplikasyon olmayanların (138,24±18) ve kontrollere düzenli gidenlerin (138,74±18,52) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. İKSİÖ puan ortalaması ile KOAH evresi (KW=0,67, p=0,712), ek hastalık durumu (U=1221, p=0,690), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre (Kw=0,96, p=0,809), KOAH nedeniyle son 6 ayda kullanılan ilaç sayısı (KW=0,48, p=0,784), yaşanılan yerde oksijen kullanım durumu (U=7539, p=0,955), yaşanılan yerde nebulizör kullanım durumu (U=6843, p=0,812), son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye başvuru durumu (KW=5,01, p=0,082), KOAH ile ilgili bilgi alma durumu (U=4281, p=0,061) ve genel sağlık durumu (KW=7,67, p=0,104) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

5.4. Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) Puan Ortalamasına İlişkin Bulgular

Tablo 5.9. PAIS-SR alt boyut ve toplam puanı ortalama, standart sapma, ortanca değerleri (n=250)

Ölçek ve Alt Boyutları	Minimum	Maksimum	$\bar{X} \pm SS$
Sağlık Bakımına Uyum	0,00	21,00	5,82±4,44
Mesleki Çevre	0,00	18,00	11,15±4,09
Aile Çevresi	0,00	23,00	8,61±4,73
Cinsel İlişkiler	0,00	18,00	9,76±4,86
Geniş Aile İlişkileri	0,00	15,00	4,46±3,35
Sosyal Çevre	0,00	18,00	12,86±5,60
Psikolojik Alan	0,00	21,00	7,02±4,62
Ölçek Toplam Puan	1,00	118,00	59,70±20,99

X ±SS: Ortalama ± Standart Sapma, PAIS-SR: Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği

Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) alt boyut, toplam puan ortalaması ve standart sapma değerlerine ilişkin bulgular Tablo 5.9’da gösterilmiştir. Ölçek alt boyut puan ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla Sağlık Bakımına Uyum $5,82 \pm 4,44$; Mesleki Çevre $11,15 \pm 4,09$; Aile Çevresi $8,61 \pm 4,73$; Cinsel İlişkiler $9,76 \pm 4,86$; Geniş Aile İlişkileri $4,46 \pm 3,35$; Sosyal Çevre $12,86 \pm 5,60$ ve Psikolojik Alan $7,02 \pm 4,62$ olarak belirlenmiştir. PAIS-SR toplam puan ortalaması ise $59,70 \pm 20,99$ ’dur.



Tablo 5.10. KOAH'lı bireylerin demografik özelliklerinin PAIS-SR alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (n=250)

Özellikler		n	Sağlık Bakımına Uyum $\bar{X} \pm SS$	Mesleki Çevre $\bar{X} \pm SS$	Aile Çevresi $\bar{X} \pm SS$	Cinsel İlişkiler $\bar{X} \pm SS$	Geniş Aile İlişkileri $\bar{X} \pm SS$	Sosyal Çevre $\bar{X} \pm SS$	Psikolojik Alan $\bar{X} \pm SS$	PAIS-SR $\bar{X} \pm SS$
Yaş	38-51	11	6,90±5,70	9,54±4,90	7,54±4,41	2,27±3,31	3±2,44	7,27±5,13	8,81±7,13	45,36±19,66
	52-65	67	5,29±4,38	8,85±4,24	6,71±4,08	6,41±4,54	3,82±2,84	8,86±6,36	5,97±4,21	45,94±21,08
	66-79	106	5,66±4,51	11,75±3,19	9,48±4,44	11,30±3,51	5,09±3,32	14,62±3,97	7,15±4,02	65±16,22
	80 ve üstü	66	6,42±4,16	12,78±4,05	9,31±5,33	11,93±4,27	4,36±3,82	15,04±4,24	7,59±5,28	67,46±20,37
Test İstatistiği			$\chi^2=3,61$	$\chi^2=34,68$	$\chi^2=15,92$	$\chi^2=76,11$	$\chi^2=8,68$	$\chi^2=56,05$	$\chi^2=4,85$	$\chi^2=49,23$
p Değeri			p=0,306	p=0,000*	p=0,001*	p=0,000*	p=0,034*	p=0,000*	p=0,183	p=0,000*
Cinsiyet	Kadın	94	6,09±4,21	11,78±4,29	9,69±5,09	10,90±4,79	4,85±3,42	13,30±5,47	7,61±5,13	64,25±22,24
	Erkek	156	5,65±4,58	10,76±3,92	7,96±4,40	9,07±4,79	4,23±3,29	12,60±5,68	6,66±4,27	56,96±19,78
Test İstatistiği			U=6680,50	U=6223	U=5959,50	U=5572,50	U=6557	U=6869,50	U=6686	U=5764
p Değeri			p=0,238	p=0,044*	p=0,013*	p=0,001*	p=0,160	p=0,395	p=0,244	p=0,005*
Eğitim Durumu	İlkokul	178	6,34±4,45	11,97±3,67	9,20±4,77	10,77±3,38	4,41±3,28	14,31±4,59	7,60±4,76	64,63±18,78
	Ortaokul	34	4,58±3,81	9,41±4,32	8,94±4,34	8,41±4,63	5,52±3,74	10,41±5,91	5,82±3,78	53,11±20,42
	Lise	35	4,20±4,33	8,85±4,37	5,57±3,75	6,62±5,33	3,74±3,22	8,40±6,67	5,51±4,24	42,91±21,17
	Üniversite	3	7,66±6,50	8,66±6,65	5,33±4,04	1,66±2,88	4±2,64	7±4,58	3,66±2,30	38±24,75
Test İstatistiği			$\chi^2=12,16$	$\chi^2=21,48$	$\chi^2=18,22$	$\chi^2=27,60$	$\chi^2=4,95$	$\chi^2=36,23$	$\chi^2=10,90$	$\chi^2=31,45$
p Değeri			p=0,007*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,175	p=0,000*	p=0,012*	p=0,000*

Tablo 5.10. KOAH'lı bireylerin demografik özelliklerinin PAIS-SR alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (Devamı)

Medeni	Evli	197	5,91±4,59	11,24±3,98	8,76±4,75	9,83±4,93	4,56±3,27	12,79±5,58	7,04±4,49	60,16±20,95
Durum	Bekar	53	5,45±3,86	10,79±4,49	8,05±4,69	9,49±4,62	4,11±3,65	13,15±5,74	6,96±5,13	58,01±21,29
Test İstatistiği			U=5114	U=4866	U=4783,50	U=4851,50	U=4629	U=4897,50	U=5009,50	U=4874
p Değeri			p=0,819	p=0,446	p=0,348	p=0,427	p=0,203	p=0,611	p=0,651	p=0,458
	İl	9	11,44±6,74	9,11±3,91	6,44±3,46	3,11±4,10	4,33±2,39	9,44±4,69	4,88±4,59	48,77±22,73
Yaşadığı Yer	İlçe	88	5,35±4,32	10,52±4,48	8,48±4,61	8,51±5,04	4,44±3,19	11,01±6,23	6,95±4,82	55,28±22,15
	Köy	153	5,75±4,15	11,63±3,79	8,81±4,86	10,87±4,30	4,49±3,50	14,13±4,87	7,18±4,50	62,89±19,63
Test İstatistiği			$\chi^2=8,21$	$\chi^2=5,01$	$\chi^2=1,52$	$\chi^2=24,33$	$\chi^2=0,55$	$\chi^2=19,63$	$\chi^2=2,75$	$\chi^2=7,37$
p Değeri			p=0,010*	p=0,081	p=0,466	p=0,000*	p=0,973	p=0,000*	p=0,252	p=0,025*
	Madenci	80	5,13±3,92	11,57±3,32	8,22±4,28	10,20±4,24	4,10±3,32	13,43±5,10	6,86±3,96	59,53±17,58
	İşçi	18	10,94±5,76	11,05±3,84	8,22±5,17	5,38±5,45	4,77±3,28	11,50±6,20	6,66±4,21	58,55±23,93
	Çiftçi	8	3,50±2,87	9,50±4,62	7,00±4,65	8,25±4,39	5,62±4,74	12,75±7,04	5,62±5,44	52,25±25,47
Meslek	Diğer	27	4,96±3,85	10,70±3,86	7,88±4,29	10,22±4,23	3,40±2,51	13,03±5,57	6,66±4,72	56,88±18,65
	Ev Hanımı	85	6,05±4,23	11,84±4,28	9,64±5,17	11,25±4,63	4,83±3,42	13,44±5,40	7,55±5,02	64,64±22,41
	Memur	13	5,53±4,87	9,69±4,76	7,53±3,40	7±4,52	5,23±3,49	11,76±6,15	5,61±3,27	52,38±18,48
	Esnaf	8	4,85±3,71	8,76±5,32	8,22±5,09	7,31±5,58	4,61±3,54	9,86±6,8	7,66±6,05	51,38±25,47
Test İstatistiği			$\chi^2=22,27$	$\chi^2=10,85$	$\chi^2=7,82$	$\chi^2=34,09$	$\chi^2=6,18$	$\chi^2=7,30$	$\chi^2=6,99$	$\chi^2=12,06$
p Değeri			p=0,004*	p=0,210	p=0,451	p=0,000*	p=0,626	p=0,505	p=0,537	p=0,148

Tablo 5.10. KOAH'lı bireylerin demografik özelliklerinin PAIS-SR alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (Devamı)

Çalışma Durumu	Çalışmıyor	75	6,28±4,35	12,22±3,98	10,08±5,13	11,38±4,44	4,93±3,38	13,34±5,35	8,14±5,25	66,40±22,04
	Çalışıyor	17	6,29±4,70	5,88±4,02	5,94±3,66	3,82±4,73	3,52±3,12	7,11±6,15	5,05±4,37	37,64±21,57
	Emekli	158	5,55±4,46	11,20±3,72	8,20±4,45	9,63±4,56	4,34±3,35	13,25±5,35	6,70±4,22	58,90±18,66
Test İstatistiği			$\chi^2=2,19$	$\chi^2=26,48$	$\chi^2=11,87$	$\chi^2=28,89$	$\chi^2=3,17$	$\chi^2=13,88$	$\chi^2=6,86$	$\chi^2=22,90$
p Değeri			p=0,334	p=0,000*	p=0,003*	p=0,000*	p=0,205	p=0,001*	p=0,032*	p=0,000*
Sosyal	Var	233	5,64±4,43	11,03±4,08	8,39±4,67	9,70±4,86	4,28±3,36	12,78±5,65	6,89±5,59	58,75±20,75
Güvence Durumu	Yok	17	8,17±3,92	12,82±3,92	11,58±4,74	10,58±4,88	6,94±2,10	13,94±4,95	8,76±4,86	72,82±20,54
Test İstatistiği			U=1225	U=1475,50	U=1171	U=1747	U=954	U=1812	U=1551,50	U=1284,50
p Değeri			p=0,008*	p=0,078	p=0,005*	p=0,415	p=0,000*	p=0,553	p=0,135	p=0,016*
Ekonomik Durum	İyi	62	4,82±4	9,83±4,64	7,51±5,12	8,37±5,33	4,45±3,58	10,11±6,24	5,11±3,83	50,22±22,25
	Orta	159	6,20±4,65	11,50±3,75	8,53±4,44	10,18±4,65	4,19±3,16	13,70±5,17	7,39±4,60	61,72±19,32
	Kötü	29	5,82±3,94	12±4,14	11,37±4,53	10,44±4,50	6±3,55	14,17±4,59	9,06±5,04	68,89±20,65
Test İstatistiği			$\chi^2=4,34$	$\chi^2=5,96$	$\chi^2=14,64$	$\chi^2=5,14$	$\chi^2=6,59$	$\chi^2=18,18$	$\chi^2=17,06$	$\chi^2=15,83$
p Değeri			p=0,114	p=0,051	p=0,001*	p=0,076	p=0,037*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*
Sigara	Evet	29	5±4,72	7,68±4,58	6,89±3,98	6,34±4,67	3,58±2,89	9±6,39	4,72±6,39	43,24±21,41
Kullanım Durumu	Hayır	128	5,70±4,04	12,01±3,93	9,23±4,97	11,01±4,51	4,64±3,53	13,64±5,26	7,28±5,26	63,53±20,82
	Bırakmış	93	6,23±4,04	11,04±3,56	8,29±4,50	9,10±4,78	4,50±3,21	13±5,36	7,38±5,36	59,56±18,68
Test İstatistiği			$\chi^2=2,09$	$\chi^2=22,07$	$\chi^2=6,18$	$\chi^2=27,34$	$\chi^2=2,03$	$\chi^2=13,55$	$\chi^2=8,18$	$\chi^2=21,65$
p Değeri			p=0,350	p=0,000*	p=0,045*	p=0,000*	p=0,362	p=0,001*	p=0,017*	p=0,000*

Tablo 5.10. KOAH'lı bireylerin demografik özelliklerinin PAIS-SR alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (Devamı)

Birlikte Yaşanan Bireyler	Yalnız	22	7,27±4,73	11,09±4,41	12±5,94	10,68±5,09	6,81±3,95	13,27±6	8,04±5,37	69,18±26,04
	Eş/çocuk	214	5,66±4,44	11,35±3,83	8,40±4,48	9,92±4,80	4,31±3,20	13,19±5,33	6,98±4,58	59,84±19,74
	Anne/baba	7	7,14±3,97	9,42±7,16	7,57±4,64	6,14±4,41	3,28±3,25	5,57±6,45	7,71±4,11	46,85±23,93
	Arkadaş	7	4,71±3,45	6,71±5,12	5,42±3,77	5,71±3,59	2,85±3,38	8,85±6,30	4,28±3,14	38,57±21,63
Test İstatistiği			$\chi^2=4,29$	$\chi^2=6,23$	$\chi^2=13,43$	$\chi^2=11,40$	$\chi^2=10,87$	$\chi^2=11,89$	$\chi^2=3,50$	$\chi^2=13,65$
p Değeri			p=0,232	p=0,101	p=0,004*	p=0,010*	p=0,012*	p=0,008*	p=0,321	p=0,004*
Yaşanılan Yerde Sigara Kullanım Durumu	Evet	85	5,30±3,99	11,10±4,26	9,29±4,99	9,77±4,98	4,91±3,49	12,15±6,02	7,25±4,80	59,81±21,84
	Hayır	165	6,08±4,64	11,17±4,01	8,26±4,57	9,75±4,81	4,23±3,26	13,23±5,36	6,90±4,54	59,65±20,61
Test İstatistiği			U=6421	U=6928,50	U=6168,50	U=6992,50	U=6149	U=6467	U=6697	U=6994,50
p Değeri			p=0,273	p=0,879	p=0,118	p=0,970	p=0,129	p=0,332	p=0,559	p=0,973
Isınma Şekli	Soba ve Elektrikli Isıtıcı	152	5,63±4,17	11,37±3,95	8,99±4,86	10,40±4,64	4,70±3,48	13,38±5,31	7,24±4,32	61,73±21,06
	Doğalgaz	98	6,11±4,83	10,80±4,29	8,02±4,49	8,77±5,04	4,10±3,12	12,07±5,98	6,68±5,06	56,57±20,62
Test İstatistiği			U=7216	U=7111	U=6681,50	U=6104,50	U=6712,50	U=6680	U=6675,50	U=6229,50
p Değeri			p=0,677	p=0,544	p=0,169	p=0,014*	p=0,185	p=0,161	p=0,165	p=0,029*

χ^2 : Kruskal Wallis, U: Mann Whitney U, p: Anlamlılık düzeyi, *: İstatistiksel olarak anlamlı değer, X ±SS: Ortalama ± Standart Sapma, PAIS-SR: Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği

KOAH'lı bireylerin demografik özelliklerinin PAIS-SR alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması Tablo 5.10'da gösterilmiştir. PAIS-SR Sağlık Bakımına Uyum alt boyut puan ortalaması ile eğitim durumu ($\chi^2=12,16$, $p=0,007$), yaşadığı yer ($\chi^2=8,21$, $p=0,010$), meslek ($\chi^2=22,27$, $p=0,004$), sosyal güvence durumu ($U=1225$, $p=0,008$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Sağlık Bakımına Uyum alt boyut puan ortalamasının üniversite mezunu olanların ($7,66\pm6,50$), ilde yaşayanların ($11,44\pm6,74$), işçilerin ($10,94\pm5,76$) ve sosyal güvencesi olmayanların ($8,17\pm3,92$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Sağlık Bakımına Uyum alt boyut puan ortalaması ile yaş ($KW=3,61$, $p=0,306$), cinsiyet ($U=6680,50$, $p=0,238$), medeni durum ($U=5114$, $p=0,819$), çalışma durumu ($KW=2,19$, $p=0,334$), ekonomik durum ($KW=4,34$, $p=0,114$), sigara kullanım durumu ($KW=2,09$, $p=0,350$), birlikte yaşanan bireyler ($KW=4,29$, $p=0,232$), yaşanılan yerde sigara kullanım durumu ($U=6421$, $p=0,273$) ve ısınma şekli ($U=7216$, $p=0,677$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği Mesleki Çevre alt boyut puan ortalaması ile yaş ($\chi^2=34,68$, $p=0,000$), cinsiyet ($U=6223$, $p=0,044$), eğitim durumu ($\chi^2=21,48$, $p=0,000$), çalışma durumu ($\chi^2=26,48$, $p=0,000$) ve sigara kullanım durumu ($\chi^2=22,07$, $p=0,000$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Mesleki Çevre alt boyut puan ortalamasının 80 ve üstü yaş grubunda olanlar ($12,78\pm4,05$), kadınlar ($11,78\pm4,29$), ilkokul mezunu olanlar ($11,97\pm3,67$), çalışmayanlar ($12,22\pm3,98$) ve sigara kullanmayanlar ($12,01\pm3,93$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Mesleki Çevre alt boyut puan ortalaması ile medeni durum ($U=4866$, $p=0,446$), yaşadığı yer ($KW=5,01$, $p=0,081$), meslek ($KW=10,85$, $p=0,210$), sosyal güvence durumu ($U=1475,50$, $p=0,078$) ekonomik durum ($KW=5,96$, $p=0,051$), birlikte yaşanan bireyler ($KW=6,23$, $p=0,101$), yaşanılan yerde sigara kullanım durumu ($U=6928,50$, $p=0,879$) ve ısınma şekli ($U=7111$, $p=0,544$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği Aile Çevresi alt boyut puan ortalaması ile yaş ($\chi^2=15,92$, $p=0,001$), cinsiyet ($U=5959,50$, $p=0,013$), eğitim durumu ($\chi^2=18,22$, $p=0,000$), çalışma durumu ($\chi^2=11,87$, $p=0,003$), sosyal güvence durumu

($U=1171$, $p=0,005$), ekonomik durum ($x^2=14,64$, $p=0,001$), sigara kullanım durumu ($x^2=6,18$, $p=0,045$) ve birlikte yaşanan bireyler ($x^2=13,43$, $p=0,004$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Aile Çevresi alt boyut puan ortalamasının 66-79 yaş grubunda olanlarda ($9,48\pm4,44$), kadınlarda ($9,69\pm5,09$), ilkokul mezunu olanlarda ($9,20\pm4,77$), çalışmayanlarda ($10,08\pm5,13$), sosyal güvencesi olmayanlarda ($11,58\pm4,74$), ekonomik durumu kötü olanlarda ($11,37\pm4,53$), sigara kullanmayanlarda ($9,23\pm4,97$) ve yalnız yaşayanlarda ($12\pm5,94$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Aile Çevresi alt boyut puan ortalaması ile medeni durum ($U=4783,50$, $p=0,348$), yaşadığı yer ($KW=1,52$, $p=0,466$), meslek ($KW=7,82$, $p=0,451$), yaşanan yerde sigara kullanım durumu ($U=6168,50$, $p=0,118$) ve ısınma şekli ($U=6681,50$, $p=0,169$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği Cinsel İlişkiler alt boyut puan ortalaması ile yaş ($x^2=76,11$, $p=0,000$), cinsiyet ($U=5572,50$, $p=0,001$), eğitim durumu ($x^2=27,60$, $p=0,000$), yaşadığı yer ($x^2=24,33$, $p=0,000$), meslek ($x^2=34,09$, $p=0,000$), çalışma durumu ($x^2=28,89$, $p=0,000$), sigara kullanım durumu ($x^2=27,34$, $p=0,000$), birlikte yaşanan bireyler ($x^2=11,40$, $p=0,010$) ve ısınma şekli ($U=6104,50$, $p=0,014$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Cinsel İlişkiler alt boyut puan ortalamasının yaşı 80 ve üzerinde olanlarda ($11,93\pm4,27$), kadınlarda ($10,90\pm4,79$), ilkokul mezunu olanlarda ($10,77\pm3,38$), köyde yaşayanlarda ($10,87\pm4,30$), ev hanımlarında ($11,25\pm4,63$), çalışmayanlarda ($11,38\pm4,44$), sigara kullanmayanlarda ($11,01\pm4,51$), yalnız yaşayanlarda ($10,68\pm5,09$) ve soba ve elektrikli ısıtıcı kullananlarda ($10,40\pm4,64$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Cinsel İlişkiler alt boyut puan ortalaması ile medeni durum ($U=4851,50$, $p=0,427$), sosyal güvence durumu ($U=1747$, $p=0,415$), ekonomik durum ($KW=5,14$, $p=0,076$) ve yaşanan yerde sigara kullanım durumu ($U=6992,50$, $p=0,970$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği Geniş Aile İlişkileri alt boyut puan ortalaması ile yaş ($x^2=8,68$, $p=0,034$), sosyal güvence durumu ($U=954$, $p=0,000$), ekonomik durum ($x^2=6,59$, $p=0,037$) ve birlikte yaşanan bireyler ($x^2=10,87$, $p=0,012$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Geniş Aile İlişkileri alt boyut puan ortalamasının 66-79 yaş grubunda

olanlarda ($5,09 \pm 3,32$), sosyal güvencesi olmayanlarda ($6,94 \pm 2,10$), ekonomik durumu kötü olanlarda ($6 \pm 3,55$) ve yalnız yaşayanlarda ($6,81 \pm 3,95$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Geniş Aile İlişkileri alt boyut puan ortalaması cinsiyet ($U=6557$, $p=0,160$), eğitim durumu ($KW=4,95$, $p=0,175$), medeni durum ($U=4629$, $p=0,203$), yaşadığı yer ($KW=0,55$, $p=0,973$), meslek ($KW=6,18$, $p=0,626$), çalışma durumu ($KW=3,17$, $p=0,205$), sigara kullanım durumu ($KW=2,03$, $p=0,362$), yaşanılan yerde sigara kullanım durumu ($U=6149$, $p=0,129$) ve ısınma şekli ($U=6712,50$, $p=0,185$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği Sosyal Çevre alt boyut puan ortalaması ile yaş ($x^2=56,05$, $p=0,000$), eğitim durumu ($x^2=36,23$, $p=0,000$), yaşadığı yer ($x^2=19,63$, $p=0,000$), çalışma durumu ($x^2=13,88$, $p=0,001$), ekonomik durum ($x^2=18,18$, $p=0,000$), sigara kullanım durumu ($x^2=13,55$, $p=0,001$) ve birlikte yaşanan bireyler ($x^2=11,89$, $p=0,008$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Sosyal Çevre alt boyut puan ortalamasının 80 ve üstü yaş grubundakilerde ($15,04 \pm 4,24$), ilkokul mezunu olanlarda ($14,31 \pm 4,59$), köyde yaşayanlarda ($14,13 \pm 4,87$), çalışmayanlarda ($13,34 \pm 5,35$), ekonomik durumu kötü olanlarda ($14,17 \pm 4,59$), sigara kullanmayanlarda ($13,64 \pm 5,26$) ve yalnız yaşayanlarda ($13,27 \pm 6$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Sosyal Çevre alt boyut puan ortalaması cinsiyet ($U=6869,50$, $p=0,395$), medeni durum ($U=4897,50$, $p=0,611$), meslek ($KW=7,30$, $p=0,505$), sosyal güvence durumu ($U=1812$, $p=0,553$), yaşanılan yerde sigara kullanım durumu ($U=6467$, $p=0,332$) ve ısınma şekli ($U=6680$, $p=0,161$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği Psikolojik Alan alt boyut puan ortalaması ile eğitim durumu ($x^2=10,90$, $p=0,012$), çalışma durumu ($x^2=6,86$, $p=0,032$), ekonomik durum ($x^2=17,06$, $p=0,000$) ve sigara kullanım durumu ($x^2=8,18$, $p=0,017$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Psikolojik Alan alt boyut puan ortalamasının ilkokul mezunu olanlarda ($7,60 \pm 4,76$), çalışmayanlarda ($8,14 \pm 5,25$), ekonomik durumu kötü olanlarda ($9,06 \pm 5,04$) ve sigarayı kullanmayı bırakanlarda ($7,38 \pm 5,36$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Psikolojik Alan alt boyut puan ortalaması yaş ($Kw=4,85$, $p=0,183$), cinsiyet ($U=6686$, $p=0,244$), medeni

durum ($U=5009,50$, $p=0,651$), yaşadığı yer ($Kw=2,75$, $p=0,252$), meslek ($KW=6,99$, $p=0,537$), sosyal güvence durumu ($U=1551,50$, $p=0,135$), birlikte yaşanan bireyler ($KW=3,50$, $p=0,321$), yaşanan yerde sigara kullanım durumu ($U=6697$, $p=0,559$) ve ısınma şekli ($U=6675,50$, $p=0,165$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği puan ortalaması ile yaş ($x^2=49,23$, $p=0,000$), cinsiyet ($U=5764$, $p=0,005$), eğitim durumu ($x^2=31,45$, $p=0,000$), yaşadığı yer ($x^2=7,37$, $p=0,025$), çalışma durumu ($x^2=22,90$, $p=0,000$), sosyal güvence durumu ($U=1284,50$, $p=0,016$), ekonomik durum ($x^2=15,83$, $p=0,000$), sigara kullanım durumu ($x^2=21,65$, $p=0,000$), birlikte yaşanan bireyler ($x^2=13,65$, $p=0,004$) ve ısınma şekli ($U=6229,50$, $p=0,029$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. PAIS-SR puan ortalamasının 80 yaş ve üzeri grubundakilerde ($67,46\pm20,37$), kadınlarda ($64,25\pm22,24$), ilkokul mezunu olanlarda ($64,63\pm18,78$), köyde yaşayanlarda ($62,89\pm19,63$), çalışmayanlarda ($66,40\pm22,04$), sosyal güvencesi olmayanlarda ($72,82\pm20,54$), ekonomik durumu kötü olanlarda ($68,89\pm20,65$), sigara kullanmayanlarda ($63,53\pm20,82$), yalnız yaşayanlarda ($69,18\pm26,04$) ve soba veya elektrikli ısıtıcı kullananlarda ($61,73\pm21,06$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. PAIS-SR puan ortalaması medeni durum ($U=4874$, $p=0,458$), meslek ($KW=12,06$, $p=0,148$) ve yaşanan yerde sigara kullanım durumu ($U=6994,50$, $p=0,973$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 5.11. KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerin PAIS-SR'nin alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (n=250)

Özellikler		n	Sağlık Bakımına Uyum $\bar{X} \pm SS$	Mesleki Çevre $\bar{X} \pm SS$	Aile Çevresi $\bar{X} \pm SS$	Cinsel İlişkiler $\bar{X} \pm SS$	Geniş Aile İlişkileri $\bar{X} \pm SS$	Sosyal Çevre $\bar{X} \pm SS$	Psikolojik Alan $\bar{X} \pm SS$	PAIS-SR $\bar{X} \pm SS$
KOAH Evresi	1. Evre	82	5,63±4,18	8,68±4,71	6,60±4,77	8±5,23	4,24±3,78	9,53±6,21	6±4,66	48,70±23,17
	2. Evre	115	5,85±4,51	11,86±3,15	9,49±4,30	10,12±4,72	4,73±3,10	13,92±4,71	7,12±4,49	63,12±17,55
	3. ve 4. Evre	53	6,03±4,75	13,41±2,79	9,79±4,67	11,71±3,54	4,22±3,18	15,73±3,65	8,39±4,53	69,32±16,99
Test İstatistiği			$\chi^2=0,4$	$\chi^2=43,15$	$\chi^2=22,58$	$\chi^2=15,55$	$\chi^2=2,49$	$\chi^2=45,73$	$\chi^2=10,50$	$\chi^2=31,53$
p Değeri			p=0,979	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,287	p=0,000*	p=0,005*	p=0,000*
Ek Hastalık Durumu	Var	11	4±3,74	12,54±2,38	8,45±3,58	9,90±4,18	4,81±2,99	10,63±6,13	7,09±4,48	57,45±18,80
	Yok	239	5,90±4,46	11,08±4,14	8,61±4,79	9,75±4,89	4,45±3,37	12,97±5,57	7,02±4,64	59,81±21,12
Test İstatistiği			U=983,50	U=1038	U=1216	U=1313	U=1171	U=993	U=1297	U=1283,50
p Değeri			p=0,157	p=0,236	p=0,674	p=0,995	p=0,538	p=0,162	p=0,940	p=0,895
KOAH Tanısı Alındıktan Bu Yana Geçen Süre	1-5 yıl	112	5,72±4,20	9,54±4,54	7,41±4,49	8,02±5,17	4±3,29	10,57±6,33	6,54±4,93	51,83±21,94
	6-10 yıl	72	6,08±4,91	12,15±3,34	9,44±4,58	11,13±4,36	4,87±3,54	14,18±4,57	7,55±4,04	65,43±16,83
	11-15 yıl	28	5,03±4,29	13,03±2,45	10,60±4,76	11,25±3,64	4,35±2,88	15,71±2,81	7,53±4,46	67,53±16,46
	16 yıl ve üstü	38	6,18±4,37	12,60±3,19	9,10±4,96	11,18±4	5,13±3,40	15,05±3,87	7,05±4,86	66,31±20,92
Test İstatistiği			$\chi^2=1,25$	$\chi^2=28,29$	$\chi^2=14,45$	$\chi^2=23,88$	$\chi^2=5,11$	$\chi^2=30,85$	$\chi^2=4,75$	$\chi^2=25,80$
p Değeri			p=0,740	p=0,000*	p=0,002*	p=0,000*	p=0,164	p=0,000*	p=0,191	p=0,000*

Tablo 5.11. KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerin PAIS-SR'nin alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (Devamı)

KOAH Nedeniyle	1-3	93	6,13±4,39	10,34±4,72	7,74±4,83	9,32±5,05	4,22±3,42	11,77±6,05	7,18±4,88	56,73±22,94
Son 6 Ayda	4-6	152	5,71±4,51	11,59±3,62	9,05±4,59	9,94±4,75	4,61±3,34	13,42±5,28	6,88±4,40	61,23±19,80
Kullanılan İlaç Sayısı	7 ve üstü	5	3±1,41	12,80±2,77	11,20±5,49	12,60±4,15	4,40±2,40	16,20±2,48	8,40±6,94	68,60±11,45
Test İstatistiği			KW=3,03	KW=4,06	KW=5,30	KW=1,60	KW=0,90	KW=6,70	KW=0,30	KW=3,18
p Değeri			p=0,219	p=0,131	p=0,070	p=0,449	p=0,637	p=0,035*	p=0,857	p=0,204
İlaçlarınızı Düzenli	Kullanıyor	230	5,35±4,01	11,17±4,04	8,34±4,44	9,93±4,63	4,23±3,29	12,90±5,63	6,97±4,60	58,93±20,06
Kullanma Durumu	Bazen kullanıyor	19	11,15±5,78	11,10±4,71	11,94±6,84	8,15±6,74	7,36±2,79	12,89±5,19	7,78±5,02	70,42±28,46
Test İstatistiği			U=934	U=2162	U=1563,50	U=1950,50	U=983	U=2150	U=2112	U=1799
p Değeri			p=0,000*	p=0,939	p=0,039*	p=0,435	p=0,000*	p=0,906	p=0,567	p=0,201
KOAH Tedavisinde	Evet	5	8,4±2,30	11,4±4,66	7±2,23	9,6±5,85	3,4±2,96	11,6±5,02	6,2±4,76	57,6±17,28
Kullandığınız İlaçların										
Kopmlikasyonlarını	Hayır	245	5,76±4,46	11,14±4,09	8,64±4,77	9,76±4,85	4,48±3,36	12,89±5,62	7,04±4,63	59,75±21,09
Deneyimleme Durumu										
Test İstatistiği			U=323	U=607,50	U=481,50	U=581,50	U=510,50	U=492,50	U=537,50	U=574,50
p Değeri			p=0,070	p=0,975	p=0,412	p=0,846	p=0,522	p=0,445	p=0,639	p=0,812

Tablo 5.11. KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerin PAIS-SR'nin alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (Devamı)

Yaşanılan Yerde	Evet	147	5,77±4,33	12,27±3,37	9,17±4,69	10,51±3,32	4,39±4,41	14,10±3,17	7,31±4,81	63,55±19,02
Oksijen Kullanım Durumu	Hayır	103	5,88±4,61	9,54±4,48	7,81±4,71	8,68±2,41	4,57±5,27	11,10±3,60	6,61±4,18	54,22±22,51
Test İstatistiği			U=7539	U=4729	U=6370,50	U=6280,50	U=7483,50	U=5323,50	U=6647,50	U=5844
p Değeri			p=0,955	p=0,000*	p=0,032*	p=0,021	p=0,877	p=0,000*	p=0,100	p=0,002*
Yaşanılan Yerde	Evet	166	5,53±4,04	12,22±3,30	9,19±4,40	10,67±4,35	4,36±3,15	14,19±4,80	7,32±4,54	63,50±18,60
Nebulizör Kullanım Durumu	Hayır	84	6,38±5,12	9,03±4,65	7,46±5,17	7,96±5,31	4,67±3,73	10,25±6,15	6,42±4,75	52,20±23,43
Test İstatistiği			U=6536	U=4091	U=5481	U=5015,50	U=6767	U=4194	U=6035	U=4852,50
p Değeri			p=0,418	p=0,000*	p=0,006*	p=0,000*	p=0,703	p=0,000*	p=0,082	p=0,000*
KOAH Nedeniyle	1 kere	22	8±5,09	10,22±4,59	6,22±3,57	8,86±5,21	3,50±2,40	11,63±5,66	4,81±3,72	53,27±18,33
Son Bir Yılda	2 kere	65	4,81±4,28	9,03±4,25	7,23±5,07	7,86±5,16	4,75±3,72	9,87±6,36	6,52±4,83	50,09±23,76
Hastaneye Başvuru Durumu	3 ve üzeri	163	5,92±4,31	12,12±3,60	9,48±4,51	10,64±4,46	4,48±3,30	14,22±4,74	7,52±4,50	64,41±18,60
Test İstatistiği			x ² =9,34	x ² =26,67	x ² =18,75	x ² =13,20	x ² =1,46	x ² =25,58	x ² =8,10	x ² =23,67
p Değeri			p=0,009*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,001*	p=0,480	p=0,000*	p=0,017*	p=0,000*
Kontrollere Düzenli	Evet	208	5,42±4,25	11,20±4	8,48±4,74	9,90±4,81	4,35±3,39	13,01±5,55	7,09±4,66	59,48±20,85
Gitme Durumu	Hayır	42	7,76±4,87	10,88±4,53	9,26±4,69	9,04±5,08	5,04±3,13	12,14±5,89	6,66±4,47	60,80±21,92
Test İstatistiği			U=3086,50	U=4233	U=4013	U=4039,50	U=3727,50	U=3960	U=4132,50	U=4296
p Değeri			p=0,003*	p=0,751	p=0,405	p=0,440	p=0,132	p=0,331	p=0,581	p=0,866

Tablo 5.11. KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerin PAIS-SR'nin alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması (Devamı)

KOAH İle İlgili	Evet	198	4,98±3,74	10,92±4,14	8,39±4,53	9,65±4,73	4,43±3,42	12,57±5,85	6,51±4,38	57,48±20,51
Bilgi Alma Durumu	Hayır	52	8,98±5,43	12,01±3,78	9,44±5,41	10,19±5,34	4,59±3,11	13,98±4,39	8,96±5,04	68,17±20,84
Test İstatistiği			U=2889,50	U=4426	U=4785,50	U=4435,50	U=4861	U=4735,50	U=3658	U=3909,50
p Değeri			p=0,000*	p=0,118	p=0,400	p=0,123	p=0,534	p=0,365	p=0,001*	p=0,008*
Genel Sağlık Durumunuz	Çok iyi	4	6,25±5,05	10,50±5,06	7,50±4,12	9,75±5,90	2,75±1,89	12,25±4,64	6±4,16	55±16,45
	İyi	51	3,70±3,08	7,47±4,01	5,78±4,40	6,37±5,21	3,37±3,29	7,52±5,51	5,19±4,82	39,43±20,03
	Orta	113	5,48±4,49	11,02±3,38	8,06±3,95	9,94±4,43	4,57±3,23	13,58±4,85	6,47±3,83	59,15±16,17
	Kötü	59	7,28±4,52	12,93±2,77	10,54±4,13	10,86±4,26	4,76±3,46	15,01±3,74	8,10±4,75	69,50±14,94
	Çok kötü	23	8,30±4,27	15,47±3,32	12,82±5,83	13,56±2,79	5,91±3,38	15,78±3,07	11,17±4,67	83,04±18,29
Test İstatistiği			$\chi^2=28,19$	$\chi^2=79,38$	$\chi^2=73,58$	$\chi^2=38,47$	$\chi^2=12,61$	$\chi^2=48,05$	$\chi^2=30,67$	$\chi^2=82,72$
p Değeri			p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,013*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,000*

χ^2 : Kruskal Wallis, U: Mann Whitney U, p: Anlamlılık düzeyi, *: İstatistiksel olarak anlamlı değer, X ±SS: Ortalama ± Standart Sapma, PAIS-SR: Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği

KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerin PAIS-SR'nin alt boyut ve toplam puanı ortalaması ile karşılaştırılması Tablo 5.11'de gösterilmiştir. PAIS-SR Sağlık Bakımına Uyum alt boyut puan ortalaması ile ilaçlarınızı düzenli kullanma durumu ($U=934$, $p=0,000$), KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye başvuru durumu ($x^2=9,34$, $p=0,009$), kontrollere düzenli gitme durumu ($U=3086,50$, $p=0,003$), KOAH ile ilgili bilgi alma durumu ($U=2889,50$, $p=0,000$) ve genel sağlık durumu ($x^2=28,19$, $p=0,000$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Sağlık Bakımına Uyum alt boyut puan ortalamasının ilaçlarını bazen kullananlar ($11,15\pm5,78$), son 1 yılda KOAH nedeniyle 1 kere hastaneye başvuranlar ($8\pm5,09$), kontrollere düzenli gelmeyeneler ($7,76\pm4,87$), KOAH ile ilgili bilgi almayanlar ($8,98\pm5,43$) ve genel sağlık durumu çok kötü olanlar ($8,30\pm4,27$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Sağlık Bakımına Uyum alt boyut puan ortalaması KOAH evresi ($KW=0,4$, $p=0,979$), ek hastalık durumu ($U=983,50$, $p=0,157$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre ($KW=1,25$, $p=0,740$), son 6 ayda KOAH nedeniyle kullanılan ilaç sayısı ($KW=3,03$, $p=0,219$), kullanılan ilaçların komplikasyon durumu ($U=323$, $p=0,070$), yaşanılan yerde oksijen kullanım durumu ($U=7539$, $p=0,955$) ve yaşanılan yerde nebulizör kullanım durumu ($U=6536$, $p=0,418$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği Mesleki Çevre alt boyut puan ortalaması ile KOAH evresi ($x^2=43,15$, $p=0,000$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre ($x^2=28,29$, $p=0,000$), yaşanılan yerde oksijen kullanım durumunuz ($U=4729$, $p=0,000$), yaşanılan yerde nebulizör kullanım durumu ($U=4091$, $p=0,000$), KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye başvuru durumu ($x^2=26,67$, $p=0,000$) ve genel sağlık durumu ($x^2=79,38$, $p=0,000$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Sağlık Bakımına Uyum alt boyut puan ortalamasının KOAH evresi 3 ve 4 olanlar ($13,41\pm2,79$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre 11-15 yıl arasında olanlar ($13,03\pm2,45$), yaşanılan yerde oksijen kullananlar ($12,27\pm3,37$), yaşanılan yerde nebulizör kullananlar ($12,22\pm3,30$), son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye 3 ve daha fazla kez başvuranlar ($12,12\pm3,60$) ve genel sağlık durumu çok kötü olanlar ($15,47\pm3,32$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Mesleki Çevre alt boyut puan ortalaması ek hastalık durumu ($U=1038$, $p=0,236$), son 6 ayda KOAH nedeniyle kullanılan ilaç

sayısı (KW=4,06, p=0,131), ilaçları düzenli kullanma durumu (U=2162, p=0,939), kullanılan ilaçların komplikasyon durumu (U=607,50, p=0,975), kontrollere düzenli gitme durumu (U=4233, p=0,751) ve KOAH ile ilgili bilgi alma durumu (U=4426, p=0,118) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği Aile Çevresi alt boyut puan ortalaması ile KOAH evresi ($x^2=22,58$, p=0,000), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre ($x^2=14,45$, p=0,002), ilaçları düzenli kullanma durumu (U=1563,50, p=0,039), yaşanılan yerde oksijen kullanım durumu (U=6370,50, p=0,032), yaşanılan yerde nebulizör kullanım durumu (U=5481, p=0,006), KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye başvuru durumu ($x^2=18,75$, p=0,000) ve genel sağlık durumu ($x^2=73,58$, p=0,000) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Aile Çevresi alt boyut puan ortalamasının KOAH evresi 3 ve 4 olanlar ($9,79\pm4,67$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre 11-15 yıl arasında olanlar ($10,60\pm4,76$), ilaçlarını bazen kullananlar ($11,94\pm6,84$), yaşanılan yerde oksijen kullananlar ($9,17\pm4,69$), yaşanılan yerde nebulizör kullananlar ($9,19\pm4,40$), son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye 3 ve daha fazla kez başvuranlar ($9,48\pm4,51$) ve genel sağlık durumu çok kötü olanlar ($12,82\pm5,83$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Aile Çevresi alt boyut puan ortalaması ek hastalık durumu (U=1216, p=0,674), son 6 ayda KOAH nedeniyle kullanılan ilaç sayısı (KW=5,30, p=0,070), kullanılan ilaçların komplikasyon durumu (U=481,50, p=0,412), kontrollere düzenli gitme durumu (U=4013, p=0,405) ve KOAH ile ilgili bilgi alma durumu (U=4785,50, p=0,400) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği Cinsel İlişkiler alt boyut puan ortalaması ile KOAH evresi ($x^2=15,55$, p=0,000), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre ($x^2=23,88$, p=0,000), yaşanılan yerde nebulizör kullanım durumu (U=5015,50, p=0,000), KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye başvuru durumu ($x^2=13,20$, p=0,001) ve genel sağlık durumu ($x^2=38,47$, p=0,000) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Cinsel İlişkiler alt boyut puan ortalamasının KOAH evresi 3 ve 4 olanlar ($11,71\pm3,54$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre 11-15 yıl arasında olanlar ($11,25\pm3,64$), yaşanılan yerde nebulizör kullananlar ($10,67\pm4,35$), son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye 3 ve daha fazla kez başvuranlar ($10,64\pm4,46$) ve genel sağlık durumu çok

kötü olanlar ($13,56 \pm 2,79$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Cinsel İlişkiler alt boyut puan ortalaması ek hastalık durumu ($U=1313$, $p=0,995$), son 6 ayda KOAH nedeniyle kullanılan ilaç sayısı ($KW=1,60$, $p=0,449$), ilaçları düzenli kullanma durumu ($U=1950,50$, $p=0,435$), kullanılan ilaçların komplikasyon durumu ($U=581,50$, $p=0,846$), yaşanılan yerde oksijen kullanma durumu ($U=6280,50$, $p=0,021$), kontrollere düzenli gitme durumu ($U=4039,50$, $p=0,440$) ve KOAH ile ilgili bilgi alma durumu ($U=4435,50$, $p=0,123$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği Geniş Aile İlişkileri alt boyut puan ortalaması ile ilaçlarınızı düzenli kullanma durumu ($U=983$, $p=0,000$) ve genel sağlık durumunuz ($\chi^2=12,61$, $p=0,013$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Geniş Aile İlişkileri alt boyut puan ortalamasının ilaçlarını bazen kullananlar ($7,36 \pm 2,79$) ve genel sağlık durumu çok kötü olanlar ($5,91 \pm 3,38$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Geniş Aile İlişkileri alt boyut puan ortalaması KOAH evresi ($KW=2,49$, $p=0,287$), ek hastalık durumu ($U=1171$, $p=0,538$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre ($KW=5,11$, $p=0,164$), son 6 ayda KOAH nedeniyle kullanılan ilaç sayısı ($KW=0,90$, $p=0,637$), kullanılan ilaçların komplikasyon durumu ($U=510,50$, $p=0,522$), yaşanılan yerde oksijen kullanım durumu ($U=7483,50$, $p=0,877$), yaşanılan yerde nebulizör kullanım durumu ($U=6767$, $p=0,703$), KOAH nedeniyle son 1 yılda hastaneye başvuru durumu ($KW=1,46$, $p=0,480$), kontrollere düzenli gitme durumu ($U=3727,50$, $p=0,132$) ve KOAH ile ilgili bilgi alma durumu ($U=4861$, $p=0,534$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği Sosyal Çevre alt boyut puan ortalaması ile KOAH evresi ($\chi^2=45,73$, $p=0,000$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre ($\chi^2=30,85$, $p=0,000$), KOAH nedeniyle son 6 ayda kullanılan ilaç sayısı ($KW=6,70$, $p=0,035$), yaşanılan yerde oksijen kullanım durumu ($U=5323,50$, $p=0,000$), yaşanılan yerde nebulizör kullanım durumu ($U=4194$, $p=0,000$), KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye başvuru durumu ($\chi^2=25,58$, $p=0,000$) ve genel sağlık durumu ($\chi^2=48,05$, $p=0,000$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Sosyal Çevre alt boyut puan ortalamasının KOAH evresi 3 ve 4 olanlar ($11,71 \pm 3,54$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre 11-15 yıl arasında olanlar ($15,71 \pm 2,81$), KOAH nedeniyle son 6 ayda kullanılan ilaç sayısı 7 ve üstü

olanlar (16,20±2,48), yaşanılan yerde oksijen kullananlar (14,10±3,17), yaşanılan yerde nebulizör kullananlar (14,19±4,80), son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye 3 ve daha fazla kez başvuranlar (14,22±4,74), genel sağlık durumu çok kötü olanlar (15,78±3,07) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Sosyal Çevre alt boyut puan ortalaması ek hastalık durumu (U=993, p=0,162), ilaçları düzenli kullanma durumu (U=2150, p=0,906), kullanılan ilaçların komplikasyon durumu (U=492,50, p=0,445), kontrollere düzenli gitme durumu (U=3960, p=0,331) ve KOAH ile ilgili bilgi alma durumu (U=4735,50, p=0,365) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği Psikolojik Alan alt boyut puan ortalaması ile KOAH evresi ($\chi^2=10,50$, p=0,005), KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye başvuru durumu ($\chi^2=8,10$, p=0,017), KOAH ile ilgili bilgi alma durumu (U=3658, p=0,001) ve genel sağlık durumu ($\chi^2=30,67$, p=0,000) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Psikolojik Alan alt boyut puan ortalamasının KOAH evresi 3 ve 4 olanlar (8,39±4,53), son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye 3 ve daha fazla kez başvuranlar (7,52±4,50), KOAH ile ilgili bilgi almayanlar (8,96±5,04) ve genel sağlık durumu çok kötü olanlar (11,17±4,67) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Psikolojik Alan alt boyut puan ortalaması ek hastalık durumu (U=1297, p=0,940), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre (KW=4,75, p=0,191), KOAH nedeniyle son 6 ayda kullanılan ilaç sayısı (KW=0,30, p=0,857), ilaçları düzenli kullanma durumu (U=2112, p=0,567), kullanılan ilaçların komplikasyon durumu (U=537,50, p=0,639), yaşanılan yerde oksijen kullanım durumu (U=6647,50, p=0,100), yaşanılan yerde nebulizör kullanım durumu (U=6035, p=0,082) ve kontrollere düzenli gitme durumu (U=4132,50, p=0,581) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği puan ortalaması ile KOAH evresi ($\chi^2=31,53$, p=0,000), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre ($\chi^2=25,80$, p=0,000), yaşanılan yerde oksijen kullanım durumu (U=5844, p=0,002), yaşanılan yerde nebulizör kullanım durumu (U=4852,50, p=0,000), KOAH nedeniyle son 1 yılda hastaneye başvuru durumu ($\chi^2=23,67$, p=0,000), KOAH ile ilgili bilgi alma durumu (U=3909,50, p=0,008) ve genel sağlık durumu ($\chi^2=82,72$, p=0,000) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. PAIS-SR

puan ortalamasının KOAH evresi 3 ve 4 olanlar ($69,32 \pm 16,99$), KOAH tanısı aldıktan bu yana geçen süre 11-15 yıl arasında olanlar ($67,53 \pm 16,46$), yaşanılan yerde oksijen kullananlar ($63,55 \pm 19,02$), yaşanılan yerde nebulizör kullananlar ($63,50 \pm 18,60$), KOAH nedeniyle son 1 yılda 3 ve daha fazla kez hastaneye başvuranlar ($64,41 \pm 18,60$), KOAH ile ilgili bilgi almayanlar ($68,17 \pm 20,84$) ve genel sağlık durumu çok kötü olanlar ($83,04 \pm 18,29$) diğer gruplara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir. PAIS-SR puan ortalaması ek hastalık durumu ($U=1283,50$, $p=0,895$), KOAH nedeniyle son 6 ayda kullanılan ilaç sayısı ($KW=3,18$, $p=0,204$), ilaçları düzenli kullanma durumu ($U=1799$, $p=0,201$), kullanılan ilaçların komplikasyon durumu ($U=574,50$, $p=0,812$) ve kontrollere düzenli gitme durumu ($U=4296$, $p=0,866$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

5.5. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği, İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği, Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği Aralarındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Tablo 5.12. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği, İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği, Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği Arasındaki İlişki

		İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği	Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği
KOAH Öz Etkililik Ölçeği	r	0,01	-0,59
	p	0,79	0,000*
İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği	r		-,17
	p		0,005*

***** $p < 0,05$, *****: İstatistiksel olarak anlamlı değer, r: Spearman korelasyonu

KOAH öz-etkililik ölçeği, İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği, Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 5.12’de gösterilmiştir. Analiz sonucuna göre KOAH Öz Etkililik Ölçeği ile Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği arasında hesaplanan -0,59 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü, orta düzeyli bir ilişki bulunmuştur. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği ile Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği arasında hesaplanan -0,17 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü, çok zayıf düzeyli bir ilişki bulunmuştur.

6. TARTIŞMA

KOAH hava yollarındaki kalıcı hava akımı sınırlaması olarak tanımlanmaktadır (Yao vd., 2021). KOAH prognozundaki ilerlemeler sonucu bireyin günlük yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenmektedir. Bu durum bireyin öz etkililik, ilaç kullanımına yönelik sağlık inancı ve psikososyal uyum üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. KOAH'lı bireylerin öz etkililik ve ilaç kullanımına yönelik sağlık inançlarının düzeyleri tespit edilerek psikososyal uyumları belirlenip, bireyin eksik olan gereksinimlerinin karşılanması sağlanmalıdır. Yapılan çalışmalarda KOAH'lı bireylerin öz etkililikleri ve KOAH'lı bireylerin psikososyal uyumları incelenmiş olmasına rağmen güncel literatürde KOAH'lı bireylerin öz etkililikleri ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançlarının psikososyal uyum üzerine ilişkisi incelenmemiştir. Bu açıdan bu araştırma ulusal nitelikte ilk çalışmadır.

6.1. KOAH'lı Bireylerin Demografik Özelliklerinin Tartışılması

Bu araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde Bireylerin %42,4'ünün 66-79 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5.1). Ay'ın (2020) araştırmasında bireylerin %45'inin 71 yaş ve üzeri olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada bireylerin %62,4'ünün erkek olduğu görülmüştür (Tablo 5.1). Kant'ın (2020) araştırmasında bireylerin %73,4'ünün erkek olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada eğitim durumlarına bakıldığında ise %71,2'sinin ilköğretim olduğu saptanmıştır (Tablo 5.1). Koç'un (2020) araştırmasında bireylerin 41,5'inin ilköğretim mezunu olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların %78,8'sinin evli olduğu belirlenmiştir (Tablo 5.1). Yarış'ın (2019) araştırmasında bireylerin %93,2'sinin evli olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada yaşadıkları yer incelendiğinde %61,2'sinin köyde yaşadıkları tespit edilmiştir. Katılımcıların mesleki durumları değerlendirildiğinde %34'ünün ev hanımı iken katılımcıların %63,2'sinin emekli olduğu görülmüştür (Tablo 5.1). Koç'un (2020) araştırmasında %47'si ev hanımı olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada sosyal güvence durumuna bakıldığında ise %93,2'sinin sosyal güvencesi bulunurken ayrıca ekonomik durumlarına bakıldığında %63,6'sının orta olduğu saptanmıştır. Bireylerin sigara kullanım durumu incelendiğinde %51,2'sinin kullanmadığı ve %58,8'inin 1-10 yıl sigara kullandığı ayrıca bir gün içinde %52,8'inin bir paket tükettiği tespit edilmiştir (Tablo 5.1).

Kara'nın (2019) araştırmasında %51.4'ünün hiç sigara kullanmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmada bireylerin birlikte yaşadıkları kişiler sorulduğunda %85,6'sının eş ve çocuğu ile birlikte yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 5.1). Saza'nın (2019) araştırmasında bireylerin %53.3'nün eşi ile birlikte yaşadığını belirtmiştir. Bu çalışmada katılımcıların bulunduğu ortamda %66'sında sigara kullanılmadığı saptanmıştır. Isınma şekillerinin %60,4'ünün soba olduğu görülmüştür (Tablo 5.1). Demirel'in (2018) araştırmasındaki katılımcıların %63.6'sının ısınma şeklinin soba olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmaya katılan bireylerin demografik bilgiler açısından literatür ile benzerlik gösterdiği söylenebilir.

6.2. KOAH'lı Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

Bu çalışmaya katılan bireylerin %95,6'sının diğer hastalığı olmadığı, ayrıca diğer hastalığı olanların %90'ında akut böbrek yetmezliği görüldüğü ve %90'ının diğer hastalıklar adına tedavi gördüğü tespit edilmiştir (Tablo 5.2). Kara'nın (2019) araştırmasında bireylerin %61'inde KOAH'a ek bir kronik hastalığın olmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların KOAH tanısının ilk ne zaman konulduğu incelendiğinde %44,8'inin 1-5 yıl olduğu belirlenmiştir. KOAH nedeniyle son altı ayda kullanılan ilaç sayısı ise %60,8'inin 4-6 olduğu ve %100'ünde kullanılan ilaçların reçeteli olduğu saptanmıştır. Bireylerin ilaçlarını düzenli olarak kullanma durumuna bakıldığında %92'sinde düzenli kullandığı görülmüştür (Tablo 5.2). Kara'nın (2019) araştırmasında bireylerin %81.9'u ilaçlarını düzenli kullandığı belirtilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların % 98'inde komplikasyon görülmediği bununla birlikte görülen komplikasyonlara bakıldığında %0,8'inde kas krampı olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların %46'sında 2. Evre KOAH olduğu saptanmıştır. Yaşanılan yerde oksijen kullanımına bakıldığında %58,8'inin kullandığı görülmüştür. Yaşanılan yerde tedaviye yardımcı cihazlar incelendiğinde; nebulizörün %66,4'ünde bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 5.2). Sarı'nın (2020) araştırmasında bireylerin %90'ında nebulizatör bulunduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların KOAH nedeniyle bir yılda hastaneye başvurma durumlarına bakıldığında %65,2'sinin ise 3 ve daha fazla kez başvurduğu görülmüştür (Tablo 5.2). Sarı'nın (2020) araştırmasında bireylerin %52.5'inin son bir yılda KOAH nedeniyle hastaneye yatma sayısı 3 ve daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların %83,2'sinin kontrollere düzenli gittiği ayrıca %79,2'sinin

KOAH ile ilgili bilgi aldığı saptanmıştır. Doğan'ın (2018) araştırmasında da düzenli kontrole gitme oranı %40 olarak belirtilmiştir. Sağlık durumlarını %45,2'sinin orta olarak tarif ettikleri görülmüştür (Tablo 5.2). Bu araştırmaya katılan bireylerin demografik bilgiler açısından literatür ile benzerlik gösterdiği söylenebilir.

6.3. KOAH Öz-Etkililik Ölçeğine (KÖEÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması

KOAH Öz Etkililik Ölçeği bireylerin öz etkililik düzeylerini tanımlayarak çözüm üretmek amacıyla kullanılmaktadır. KÖEÖ'den alınan toplam puanın düşük olması bireyin öz etkililiğinin düşük olduğunu gösterirken, KÖEÖ'den alınan puanın yüksek olması ise bireyin öz etkililiğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada bireylerin KÖEÖ toplam puan ortalamasının $71,94 \pm 29,72$ ve öz etkililik düzeylerinin orta düzeyin altında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5.3). Bu araştırmada KÖEÖ genel skoru ortalaması ise $2,11 \pm 0,87$ olarak bulunmuştur. Kara ve Mirici'nin (2002) araştırmasında KÖEÖ genel skor ortalaması kontrol grubunda $2,49 \pm 0,29$, taburculukta $2,80 \pm 0,32$ ve taburculuktan bir ay sonra $2,70 \pm 0,22$ olduğu belirtilmiş. Karaçar'ın (2019) araştırmasında KÖEÖ genel skor ortalaması kontrol grubundaki bireylerin ön test skoru $2,66 \pm 0,07$, son test skoru ise $2,60 \pm 0,07$ olarak belirtilmiştir. Kar'ın (2018) araştırmasında KÖEÖ genel skor ortalaması $2,32 \pm 0,43$ olarak belirtilmiştir. Bu araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin öz etkililik düzeyleri literatürdeki sonuçlarla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Bu araştırmada KÖEÖ alt boyutları; Olumsuz Etki, Duygusal Durum, Fiziksel Çaba, Hava/Çevre ve Davranışsal Risk Faktörleri alt boyut skor puanları sırasıyla 2,32, 2,14, 1,54, 1,80, 2,74'tür. Fiziksel Çaba alt boyutu en düşük skor puanını alırken, en yüksek skor değerinin Davranışsal Risk Faktörleri alt boyutunun olduğu görülmüştür (Tablo 5.3). Bu sonuçlara benzer şekilde Khoshkesht ve arkadaşlarının (2015), Kara Kaşıkçı ve Alberto'nun (2006) araştırmasında bireylerin Fiziksel Çaba Alt boyutunun puan ortalamasının yüksektir.

Bu araştırmada yaş gruplarına göre Duygusal Durum, Fiziksel Çaba, Hava/Çevre Etkisi, Davranışsal Risk Faktörleri alt boyutu ve KÖEÖ toplam puanının 52-65 arası yaş grubu ortalamasının 66-79 ve 80 ve üst yaş grupları ortalamasından fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 5.4). Kar'ın (2018) araştırmasında 60 yaş ve altı bireylerin puanlarının 60-80 yaş aralığı ve 80 yaş üzeri bireylerin Duygusal Durum,

Fiziksel Çaba, Hava/Çevre Etkisi, Davranışsal Risk Faktörleri alt boyutu ve toplam KÖEÖ puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte geri dönüşümü olmayan fizyolojik değişimler meydana gelir. Yaşanan bu değişimler yaşlı bireyleri sosyal, fiziksel ve kognitif yönden olumsuz etkiler (Yıldırım ve ark., 2012). Bu sebeple ileri yaşta olan KOAH'lı bireyler yaşlılığın getirdiği fizyolojik etkiler ve KOAH semptomlarının etkisiyle bazı aktiviteleri gerçekleştirirken güven eksikliği hissedebilirler (Kara ve Mirici, 2002).

Katılımcı bireylerin cinsiyetlerine göre Olumsuz Etki, Duygusal Durum, Fiziksel Çaba, Hava/Çevre Etkisi, Davranışsal Risk Faktörleri alt boyutu ve KÖEÖ puanı erkek grubu puan ortalamasının kadın grubu puan ortalamasından daha fazla olduğu saptanmıştır. Kar'ın (2018) araştırmasında ise Fiziksel Çaba alt boyutunda istatistiksel anlamlılık olduğu ve kadın katılımcıların erkek katılımcılardan daha fazla puan aldığı görülmüştür. Lee ve arkadaşlarının (2014) araştırmasında ise katılımcı bireylerin cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Kadınların aile içindeki rolünün erkeklere göre daha fazla olması öz etkililikteki bu farkı oluşturduğu söylenebilir.

Bireylerin eğitim durumlarına göre Davranışsal Risk Faktörü alt boyutunda ortaokul grubunun ortalamasının ilköğretim grubunun ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüşken; Olumsuz Etki, Hava/Çevre Etkisi ve KÖEÖ toplam puanının lise grubunun ortalamasının ilköğretim grubunun ortalamasından fazla olduğu görülmüştür (Tablo 5.4). Kar'ın (2018) araştırmasında eğitim durumlarına göre lise ve üstü eğitim düzeyinde olan katılımcıların ilköğretim mezunu, okuryazar olan ve okuryazar olmayanlardan Hava/Çevre ve Fiziksel Çaba alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada eğitim düzeyinin artmasıyla bireylerin KOAH'ı yönetebilme konusunda kendilerine olan güvenlerinde artış olduğu görülmüştür. Lee ve arkadaşlarının araştırmasında ise eğitim durumuna yönelik anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Araştırmada medeni duruma göre ölçek ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Benzer şekilde Lee ve arkadaşları (2014) ve Kar'ın (2018) araştırmasında medeni durum ile puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Eğitim seviyesinin yükselmesi bireyin sağlık hizmetine ve bilgiye ulaşmada önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Bu nedenle eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin öz etkililiklerinde yüksek olduğu söylenebilir.

Katılımcıların sigara kullanım durumlarına göre Olumsuz Etki, Duygusal Durum, Fiziksel Çaba, Hava/Çevre Etkisi, Davranışsal Risk Faktörleri ve KÖEÖ puanında “Kullanıyordum, bıraktım” ve “evet” gruplarının ortalamasının “hayır” grubunun ortalamasından ve “evet” grubu ortalamasının “kullanıyordum, bıraktım” grubunun ortalamasından fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 5.4). Kar’ın (2018) araştırmasında sigara içme durumuna göre sigara içenlerin Davranışsal Risk Faktörleri, Hava/Çevre Etkisi, Fiziksel Çaba ve KÖEÖ’nin toplam puan ortalamalarının hiç sigara içmeyenler ve sigara içmeyi bırakanlardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir. KOAH’lı olan ve sigara içen bireylerde yapılan araştırmalarda sigaranın, depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Eagan ve ark., 2004; Milanowska ve ark., 2017). Bu çalışmada depresyon ve anksiyete olguları değerlendirilmemekle birlikte sigara kullanımının depresyon ve anksiyete kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin KOAH tanısının ilk konma zamanına göre Olumsuz Etki, Fiziksel Çaba, Hava/Çevre Etkisi, Davranışsal Risk Faktörleri alt boyutu ve KÖEÖ toplam puanı “1-5 yıl” grubunun puan ortalamasının yüksek olduğu söylenebilir. Kar’ın (2018) araştırmasında Olumsuz Etki, Duygusal Durum, Fiziksel Çaba, Hava/Çevre ve toplam ölçek puanının hastalık süresinin 5 yıldan az olanların toplam puan ortalamasının hastalık süresi 5 yıldan fazla olanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Lee ve arkadaşlarının (2014) araştırmasında da aynı sonuçlar elde edilmiştir. Hastalığın ilerlemesi depresyon, anksiyete ve dispne artışa yol açmaktadır (Singh ve ark., 2015; Atasever ve Erdinç, 2013). Bu nedenle tanısı yeni konulmuş bireylerin tanısının uzun yıllar önce konulmuş bireylere göre öz etkililiklerinin yüksek olması ve günlük yaşamın daha az etkilendiği düşünülebilir.

Katılımcıların yaşadıkları yerde oksijen kullanım durumlarına göre Olumsuz Etki, Duygusal Durum, Fiziksel Çaba, Hava/Çevre Etkisi, Davranışsal Risk Faktörleri alt boyutu ve KÖEÖ toplam puanı “Hayır” grubu ortalamasının “Evet” grubu ortalamasından daha fazla olduğu söylenebilir. Kar’ın (2018) araştırmasında Olumsuz Etki, Fiziksel Çaba, Hava/Çevre Etkisi, Davranışsal Risk Faktörleri ve KÖEÖ toplam puanları yaşadıkları yerde oksijen kullanan bireylerde daha düşük olduğu belirtilmiştir. KOAH’lı bireylerde oksijen tedavisi mortalite oranını azaltırken yaşam süresini yaşam süresini uzatmaktadır (Düzenli ve ark., 2008; Ahmadi ve ark.,

2016; Pavlov ve ark., 2018). Ayrıca oksijen kullanımının KOAH'lı bireylerde hastaneye yatış sıklığında azalttığı bildirilmektedir (Güell Rous, 2008).

Katılımcıların hastaneye başvuru sıklığına göre Duygusal Durum, Davranışsal Risk Faktörleri alt boyutu ve KÖEÖ toplam puanı “2 kere başvurdum” grubunun ortalamasının “3 ve daha fazla kez başvurdum” grubunun ortalamasından fazla olduğu saptanmıştır. Kar'ın (2018) araştırmasında Duygusal Durum, Fiziksel Çaba, Hava/Çevre Etkisi ve KÖEÖ toplam puanının KOAH nedeniyle hastaneye daha önce yatanların puan ortalamasının daha düşük olduğunu belirtilmiştir.

6.4. İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeğine (İKSİÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği, bireylerin sağlık inançlarının düzeylerini tanımlayarak çözüm üretmek amacıyla kullanılmaktadır. İKSİÖ'den alınan toplam puanın düşük olması bireyin bilinçli ve reçeteli ilaç kullanımının düşük olduğunu gösterirken, İKSİÖ'den alınan puanın yüksek olması ise bireyin bilinçli ve reçeteli ilaç kullanımının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu araştırmadaki İKSİÖ toplam puanı $137,90 \pm 18,01$ ve sağlık inançlarının üst düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5.6). Bu sonu. Özer'in (2019), Aydoğar'ın (2018) ve Çiçek'in (2012) araştırma bulgularıyla benzerdir.

Bu çalışmada İKSİÖ alt boyutları; Duyarlılık Algısı, Önemseme/Ciddiyet Algısı, Sağlık Motivasyonu, Yarar Algısı, Engel Algısı, Öz Etkililik alt boyut puan ortalamaları sırasıyla 26,48, 23,64, 26,69, 18,20, 12,57, 30,30'dir. En yüksek puan ortalaması Öz Etkililik alt boyutu alırken, en düşük puan ortalamasını Engel Algısı alt boyutunun almıştır (Tablo 5.6). Sonuçlar Çiçek'in (2012) araştırmasındaki bulgularla benzerdir. Özer'in (2019) araştırmasında ise tüm alt boyut puan ortamlarının bu çalışmada elde edilen ortalamalardan yüksek olduğu görülmüştür. Aydoğar'ın (2018) araştırmasında ise eğitim öncesi puanların bu çalışmanın ilgili sonuçlarından düşük ancak eğitim sonrası puanın ise yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmaya katılan KOAH'lı bireylerin sağlık inanç algıları literatürdeki sonuçlarla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Bu çalışmada cinsiyet değişkeni ile İKSİÖ alt boyutları ve toplam puan ortlaması arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Benzer şekilde Özer'in (2019) ve

Aydoğar'ın (2018) araştırmasında cinsiyet değişkeninin tüm puan ortalmalarını etkilemeyen bir faktör olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada KOAH'lı bireylerin tanı alma süresi değişkeni ile İKSİÖ alt boyutları ve toplam ölçeğe anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Özer'in (2019) araştırmasında tanı süresi 15 yıldan uzun olan bireylerin sağlık inanç algıları yüksek düzeyde bulunmuştur. Bunun sebebinin ise bireyin hastalığa sağlamış olduğu uyumdan kaynaklı olduğu söylenebilir.

İlaçların reçeteli, yeterli ve düzenli kullanılması akılcı ilaç kullanımının önemli temelidir. Bu çalışmadaki katılımcıların düzenli ilaç kullanma durumlarına göre “Kullanıyorum” grubunun ortalamasının “Bazen kullanıyorum” grubunun ortalamasından fazla olduğu görülmektedir. Beggi ve Aşık'ın (2019) araştırmasında 64 yaş ve altındaki katılımcıların ilaçlarını düzenli kullandıkları belirtilmiştir. Şahin ve arkadaşlarının (2018) araştırmasında 65 yaş ve üstü katılımcı bireylerin düzenli ilaç kullanımı davranışının orta düzeyde olduğu belirtilmiştir. Pınar ve arkadaşlarının (2013) araştırmasında bireylerin %84,8'i ilaçlarını düzenli şekilde kullandığını belirtirken, Çiçek'in (2012) araştırmasında kadınların %45,2'si ilaçlarını zamanından önce bıraktığı belirtilmiştir. Bu çalışmanın ilgili sonuçlarının literatür ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. İlaçlarını düzenli kullanan bireylerin yaşı 64 yaş ve altındakiler olduğu görülmektedir. Bu durum bireylerin kendi bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi ve fiziksel olarak henüz işlevselliğini yitirmemiş olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmadaki katılımcıların KOAH tedavisinde kullanılan ilaçların yan etki durumlarına göre “Hayır” grubu ortalamasının “Evet” grubu ortalamasından daha fazladır (Tablo 5.7). Bireylerin kullanmış oldukları ilaçların yan etkisinin olmamasından dolayı sağlık inanç algılarının yüksek olduğu düşünülebilir. Bu çalışmadaki katılımcıların kontrole düzenli gelme durumuna göre “Evet” grubu ortalamasının “Hayır” grubu ortalamasından daha fazladır (Tablo 5.7). Kontrole düzenli gelen bireylerin bilgiye ulaşması daha hızlı ve kolay olduğu için sağlık inanç algılarının yüksek olduğu düşünülebilir.

6.5. Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeğine (PAIS-SR) İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği, bireylerin psikososyal uyum düzeylerinin tanımlayarak çözüm üretmek amacıyla kullanılmaktadır. PAIS-SR'den alınan toplam puanın düşük olması bireyin psikososyal uyumunun yüksek olduğunu gösterirken, PAIS-SR'den alınan toplam puanın yüksek olması ise bireyin psikososyal uyumunun düşük olduğunu göstermektedir. Bu araştırmadaki PAIS-SR toplam puanı $59,70 \pm 20,99$ 'dur. Bu sonuç bireylerin düşük psikososyal uyumlarının olduğunu göstermektedir (Tablo 5.9). Çelik (2018), Toğluk (2017), Atilla (2020), Çetinkaya (2019), Bil (2019), Fırat (2013), Karataş (2014) ve Böke'nin (2012) araştırmasında bu araştırmanın ilgili bulgularına benzer şekilde bireylerin düşük psikososyal uyumlarının olduğu belirlenmiştir. Buna karşın ulusal literatürde kronik hastalığı olan bireylerin yüksek psikososyal uyumunun olduğunu belirten araştırma sonuçları (Öyke, 2008; Nehir, 2011; Türten, 2011; Gündüz, 2014; Nazlı, 2019; Koçak, 2020; Aybaş, 2019; Türksen Ülkü, 2019; Yaylı, 2020) mevcuttur.

Bu araştırmadaki PAIS-SR alt boyutları; Sağlık Bakımına Uyum, Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Cinsel İlişkiler, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre, Psikolojik Alan alt boyut puan ortalamaları sırasıyla 5,82, 11,152, 8,61, 9,76, 4,46, 12,86, 7,02'tür. Bu araştırmada Sosyal Çevre alt boyutunun en yüksek puan ortalamasını alırken, en düşük puan ortalamasını ise Geniş Aile İlişkileri alt boyutu almıştır (Tablo 5.9). Literatürde Geniş Aile İlişkileri alt boyutunun en düşük puan ortalamasına sahip olduğu bir çok araştırma sonucu (Öyke, 2008; Atilla, 2020; Böke, 2012; Bil, 2019; Fırat, 2013; Karataş, 2014; Çelik, 2018; Yaylı, 2020; Toğluk, 2017; Türksen Ülkü, 2019; Çetinkaya, 2019; Koçak, 2020; Türten, 2011; Nehir, 2011; Gündüz, 2014; Nazlı, 2019; Aybaş, 2019) bulunmaktadır. Bu araştırmanın ilgili sonucuna benzer şekilde Karataş (2014), Aybaş (2019) ve Nazlı'nın (2019) araştırmasında Sosyal Çevre alt boyutunun en yüksek alt boyut puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin psikososyal uyum düzeylerinin literatürdeki sonuçlarla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Bu araştırmada yaş gruplarına göre Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Cinsel İlişkiler, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre ve toplam ölçek puan ortalamaları "66-79" ve "80 ve üstü" yaş grupları ortalamasının diğer yaş grubu ortalamalarından

daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 5.10). Bu sonuçlar Karataş'ın (2014) araştırmasındaki bulgularla benzerdir. Çam ve Nehir'in (2011) araştırmasında erken yaşta (32-58 yaş) miyokard infarktüs geçiren bireylerin psikososyal uyumlarının 59-83 yaş aralığındaki bireylere göre daha düşük olduğu bildirilmiştir. Koçak'ın (2020) araştırmasında ise yaşı 70 ve üstünde olan bireylerin Cinsel İlişkiler alt boyut puan ortalamasının yaşı 40'ın altında ve 41-50 arasında olan bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşın artmasıyla paralel olarak hastalığa uyumda artış gözlenmektedir. Bu sebeple yaş arttıkça psikososyal uyum ortalamasının yükseldiği söylenebilir.

Bu çalışmada kadın grubunun Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Cinsel İlişkiler ve toplam ölçek ortalaması erkek grubu PAIS-SR toplam puan ortalamasından daha yüksektir (Tablo 5.10). Türten (2011) ve Karataş'ın (2014) araştırmasında benzer şekilde kadınların ilgili alt boyut puan ortalamalarının kadınlara göre yüksek ve psikososyal uyumlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Çetinkaya (2019) ve Aksoy'un (2018) araştırmasında kadınların psikososyal uyumlarının erkeklere göre yüksek olduğu bulunmuştur. Yine Koçak (2020) araştırmasında kadınların Sağlık Bakımına Uyum, Cinsel İlişkiler alt boyutları ve toplam ölçek puan ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Buna karşın Akman'ın (2016) araştırmasında cinsiyet değişkeninin psikososyal uyumu etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmadaki katılımcıların %37,6'sının kadın ve %34'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada kadınların psikososyal uyumlarının düşük olmasında KOAH nedeniyle toplumun kadına atfettiği anne, eş gibi rol sorumluluklarının yerine getirilememesi ve kadınların bakım verici rolünden bakım alan rolüne geçmesinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların eğitim durumlarına göre Sağlık Bakımına Uyum, Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Cinsel İlişkiler, Sosyal Çevre, Psikolojik Alan alt boyutları ve toplam ölçek puan ortalaması "İlkokul" grubunun ortalamasının "Lise" grubunun ortalamasından fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 5.10). Literatürde ilgili sonuçları destekleyen araştırma sonuçları (Gündüz, 2014; Türten, 2011; Toğluk, 2017; Türksen Ülkü, 2019; Karataş, 2014; Akman, 2016; Yaylı, 2020) mevcuttur. Koçak'ın (2020) araştırmasında ise eğitim değişkeni ile ölçek alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir. Eğitim düzeyinin hastalık ile baş etmeyi etkilediği bilinmektedir. Bireylerin eğitim

seviyeleri yükseldikçe hastalıkla ilgili farkındalığın arttığı ve bilgi seviyesindeki artışın hastalıkla baş etmeyi kolaylaştırmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada katılımcıların çalışma durumlarına göre Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Cinsel İlişkileri Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre, Psikolojik Alan alt boyutları ve toplam ölçek puanında “Çalışmıyorum” ve “Emekliyim” gruplarının ortalamasının “Çalışıyorum” grubu ortalamasından ve “Çalışmıyorum” grubunun ortalamasının “Emekliyim” grubu ortalamasından fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 5.10). Bu araştırma Nazlı (2019), Böke (2012) ve Karataş’ın (2014) araştırma bulgularıyla benzerdir. Koçak’ın (2020) araştırmasında ise çalışma durumu değişkeni ile tüm puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu araştırmada sosyal güvence değişkenine göre Sağlık Bakımına Uyum, Aile Çevresi, Geniş Aile İlişkileri alt boyutları ve toplam ölçek puan ortalamalarında sosyal güvencesi olan bireylerin puan ortalamaları düşük olduğu görülmektedir. Koçak (2020), Çelik (2018), Akman (2016) ve Akın’ın (2006) araştırmalarında ise sosyal güvence değişkeni ile tüm puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Birey aktif olarak çalışabiliyorsa fiziksel kapasitesi henüz işlevselliğini yitirmemiş durumda olduğunu ve çalışma hayatında olan bireylerin sorumluluklarının bilincinde olması çalışan bireylerin psikososyal uyumlarının çalışmayan ve emekli olanlardan daha yüksek olduğunu açıklamaktadır.

Bu araştırmada bireylerin ekonomik durumlara göre Aile Çevresi, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre, Psikolojik Alan alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları “orta” ve “kötü” gruplarının ortalamasının “iyi” grubunu ortalamasından fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 5.10). Katılımcı bireylerin çoğunun çalışmayı bırakması ekonomik durumu olumsuz etkilemektedir. Bu durum aile içindeki rol değişimlerine neden olabileceğinden psikososyal uyum seviyesi ekonomik durumu iyi olmayan bireylerde düşük olabilir. Koçak (2020) ve Böke’nin (2012) araştırma bulguları bu araştırma sonucuna benzerlik göstermektedir. Çelik (2018) araştırmasında Sağlık Bakımına Uyum, Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre, Psikolojik Alan ve toplam ölçek puan ortalamaları gelir düzeylerinin yeterli olmayan bireylerin ortalamalarının yüksek olduğunu belirtmiştir.

Bu araştırmada bireylerin birlikte yaşadıkları bireylere göre Aile Çevresi, Cinsel İlişkiler, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre alt boyutları ve toplam ölçek puan ortalamasının “Yalnız yaşıyorum” grubunun ortalamasının “Arkadaşım ile

birlikte yaşıyorum” grubunun ortalamasından fazla olduğu söylenebilir. Sosyal desteğin artmasının psikososyal uyumu olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Karataş’ın (2014) araştırmasında yalnız yaşayan bireylerin tüm psikososyal uyum alt boyutlarının kötü olduğu belirtilmiştir. Çam ve arkadaşlarının (2009) araştırmasında yalnız yaşayan bireylerin hastalığa psikososyal uyumlarının kötü düzeyde olduğunu belirtmiştir. Çelik’in (2018) araştırmasında yalnız yaşayan bireylerin psikososyal uyumu, Sosyal Çevreyi, Geniş Aile İlişkilerini, Aile Çevresini, eşiyle veya çocuklarıyla yaşayan bireylere göre daha kötü olduğunu belirtmiştir. Akman’ın (2016) araştırmasında bekar bireylerin aile ilişkilerine uyumlarının evli olanlara göre daha kötü olduğu belirtilmiştir.

Bu çalışmada bireylerin KOAH tanısı konduktan bu yana geçen süreye göre Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Cinsel İlişkiler, Sosyal Çevre altboyutları ve toplam ölçek puan ortalamaları “1-5 yıl” grubunun ortalamasının ile “6-10 yıl”, “11-15 yıl” ve “16 yıl ve üstte” gruplarının ortalamasından daha az olduğu görülmektedir. Farkı yaratan grubun “1-5 yıl” grubu olduğu belirlenmiştir. Çelik’in (2018) araştırmasında Sağlık Bakımına Uyum, Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Psikolojik Baskı alt boyutları ve toplam ölçek puan ortalamaları KOAH tanısı alınmasından 7-11 yıl arasında ve üzerinde olan bireyler 6 yıl ve altında tanı KOAH tanısı almış bireylere oranla sağlık durumlarının kötü olduğunu ve psikososyal uyumlarının daha kötü olduğunu belirtmiştir. Akman’ın (2016) araştırmasında 0-5 yıl arası KOAH tanısı alan bireylerin 6-10 yıl KOAH tanısı alan bireylere göre psikososyal uyumlarının kötü olduğunu belirtmiştir. Tanı konma süresi yeni olan bireylerin psikososyal uyumlarının daha iyi olmasının sebebi ise henüz hastalığın ilk evrelerinde olmalarından kaynaklandığı söylenebilir.

Bu çalışmada bireylerin tedavilerine yardımcı nebulizör varlığına göre Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Cinsel İlişkiler, Sosyal Çevre altboyutları ve toplam ölçek puan ortalaması “Evet” grubu ortalamasının “Hayır” grubu ortalamasından daha fazla olduğu saptanmıştır. Çelik (2008) Mesleki Çevre, Psikolojik Alan alt boyutları ve toplam ölçek puan ortalaması nebulizör kullanan bireylerin, kullanmayan bireylere oranla psikososyal uyumlarının kötü olduğu belirtilmiştir. Oksijen kondansatörü ve nebulizatör cihazlarının iş ortamına uygun olmadığından bireyi çalışma imkanları açısından sınırlandırması sebebiyle hastaların mesleki çevreye uyumları olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Bu araştırmada bireylerin hastaneye başvuru sıklığına göre “3 ve daha fazla kez başvurdum” grubunun ortalamasının “1 kere başvurdum” ve “2 kere başvurdum” gruplarının ortalamasından fazla olduğu saptanmıştır. elik’in (2018) araştırmasında bireylerin 3 ayda bir kez hastaneye başvuran bireylerin, hastaneye ayda 1-2 kez başvuran bireylere göre psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu belirtilmiştir. Akın ve Durna’nın (2006) araştırmasında hastaneye sık başvuran bireylerin psikososyal uyumlarının bozulduğunu belirlenmiştir. Hastaneye sık başvuran bireylerin KOAH ataklarındaki sıklıktan kaynaklandığı ve bu atakların bireyin hastalığa uyumunu ve psikososyal uyumlarını olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Bu araştırmada bireylerin KOAH ile ilgili bilgi alma durumlarına göre Sağlık Bakımına Uyum alt boyutu ve toplam ölçek puan ortalamasının “hayır” grubu ortalamasının “evet” grubu ortalamasından daha fazla olduğu saptanmıştır. elik’in (2018) araştırmasında Sağlık Bakımına Uyum ve Sosyal evre alt boyutlarında anlamlı farklılık olduğu belirtilirken bireylerin %51,3’ünün hastalığı hakkında bilgi almadığı belirtilmiştir. Kocaman ve arkadaşlarının (2007) araştırmasında hastalığı hakkında bilgi almayan bireylerin psikososyal uyumunun hastalığı hakkında bilgi alan bireylere göre daha kötü olduğu vurgulanmıştır. Bireylerin hastalıkları hakkında bilgi edinmelerinin sağlık bakımlarına olan davranış ve tutumlarını geliştirdiği ancak korunma amacıyla sosyal çevreye olan uyumlarını ise olumsuz etkileyebileceği bildirilmiştir (Kocaman ve ark., 2007). Bu durumun bu araştırmanın ilgili sonucunu meydana getirmiş olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada bireylerin sağlık durumlarına göre tüm alt boyutlar ve ölçek toplam puan ortalaması “ok kötü” grubunun ortalamasının diğer gruplardan fazla olduğu saptanmıştır. elik’in (2018) araştırmasında sağlık durumunu çok kötü ve kötü olarak tarif eden bireylerin iyi ve orta algılayan bireylere oranla ölçek alt boyutlarının ve toplam ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Akman’ın (2016) araştırmasında sağlığını çok kötü olarak tarif eden bireylerin psikososyal uyumlarının en kötü seviyede olduğunu belirtmiştir. Bu araştırmaya katılan KOAH’lı bireylerin psikososyal uyumları literatürdeki sonuçlarla benzerlik gösterdiği söylenebilir. KOAH evresindeki artması bireyin sağlık durumunun kötüye gitmesine sebep olurken bireyde stres ve depresyona neden olmakla birlikte psikososyal uyumuda olumsuz etkilediği söylenebilir.

6.6. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği, İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği, Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması

Literatürde KOAH olan bireylerde öz etkililik, sağlık inancı ve psikososyal uyum arasındaki ilişkiyi araştıran herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu ilişkiyi araştıran bu çalışmada KÖEÖ ile PAIS-SR arasında hesaplanan -0,59 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü, orta düzeyli bir ilişki bulunmuştur. KOAH'lı bireylerin öz etkililiklerinin orta düzeyin altında olduğu, hastalığa psikososyal uyumlarının kötü düzeyde olduğu, öz etkililik düşüğe hastalığa psikososyal uyumlarının da bozulduğu saptanmıştır. KOAH'lı bireylerin yaşadıkları solunum güçlükleri yapacakları aktiviteleri doğrudan etkilemektedir. Bu güçlükten kaçınmak amacıyla bireyler öz etkililiklerinde azalma yaşamaktadır (Kara ve Mirici, 2002). Öz etkililikteki bu azalma psikososyal uyumu da olumsuz etkilemektedir.

İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği ile PAIS-SR arasında hesaplanan -0,17 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü, çok zayıf düzeyli bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada KOAH'lı bireylerin sağlık inançlarının üst düzeyde olduğu, psikososyal uyumlarının kötü düzeyde olduğu, bireyin sağlık inancının yükselmesinin psikososyal uyumu iyi yönde etkilediği saptanmıştır. Bireyin ilaç ve hastalık hakkında edinmiş olduğu bilgiler kendi sağlık bakımına olan önemi artırırken psikososyal uyumu da olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

7.1. Sonuçlar

KOAH'lı bireylerde öz etkililik ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançlarının psikososyal uyum üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- KOAH Öz Etkililik Ölçeği toplam puan ortalaması $71,94 \pm 29,72$ ile orta düzeyin altında olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 5.3).

- KOAH Öz Etkililik Ölçeği alt boyut puan ortalamalarından en yüksek skor puanı Davranışsal Risk Faktörleri (2,74) alt boyut puan ortalamasına, en düşük puan ise Fiziksel Çaba (1,54) alt boyut puan ortalamasına ait olduğu belirlenmiştir.

- KOAH'lı bireylerin öz etkililiklerini yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaşanan yer, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence, sigara kullanım durumu değişkenlerinin etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 5.4).

- İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği'nin toplam puan ortalamasına göre araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin sağlık inanç düzeylerinin çok iyi ($137,90 \pm 18,01$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 5.6).

- KOAH'lı bireylerin İKSİÖ alt boyut puanları incelendiğinde bireylerin Duyarlılık Algısı ($26,48 \pm 4,99$) çok iyi düzeyde, Önemseme/Ciddiyet Algısı ($23,64 \pm 6,65$) iyi düzeyde, Sağlık Motivasyonu ($26,69 \pm 4,87$) çok iyi düzeyde, Yarar Algısı ($18,20 \pm 2,92$) iyi düzeyde, Engel Algısı ($12,57 \pm 6,80$) orta düzeyde, Öz Etkililik ($30,30 \pm 5,96$) çok iyi düzeydedir (Tablo 5.6).

- KOAH'lı bireylerin sağlık inançlarını meslek, ilaçları düzenli kullanma durumu, ilaçların komplikasyon durumu ve kontrollere düzenli gitme değişkenlerinin etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 5.8).

- Hastalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği toplam puan ortalamasının $59,70 \pm 20,99$ ve katılımcı bireylerin psikososyal uyumlarının düşük düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 5.9).

- Hastalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği alt boyut puan ortalamalarından en yüksek puan Sosyal Çevre ($12,86 \pm 5,60$), en düşük puan ise Geniş Aile İlişkileri ($4,46 \pm 3,35$) alt boyut puan ortalamasına ait olduğu belirlenmiştir (Tablo 5.9).

- KOAH'lı bireylerin psikososyal uyumlarını yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaşanan yer, çalışma durumu, sosyal güvence, ekonomik durum, sigara kullanım durumu, birlikte yaşadığı bireyler, ısınma şekli, KOAH tanısının konulmasından bu yana geçen süre, KOAH evresi, yaşanan yerde oksijen kullanım durumu, yaşanan yerde nebulizatör kullanım durumu, hastaneye başvuru sıklığı, KOAH ile ilgili bilgi alma durumu, bireylerin sağlık durumu değişkenlerinin etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 5.10, 5.11).

- KOAH Öz Etkililik Ölçeği ile PAIS-SR arasında hesaplanan -0,59 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü, orta düzeyli bir ilişki bulunmuştur.

- İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği ile PAIS-SR arasında hesaplanan -0,17 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü, çok zayıf düzeyli bir ilişki bulunmuştur.

7.2. Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- KOAH semptom ve şiddetinin kontrol altına alınması sonucunda bireylerin psikososyal uyumlarının iyileştirilmesi,

- KOAH'lı bireylerin psikososyal uyumlarını geliştirecek ve iyileştirecek sosyal aktivitelerin desteklenmesi,

- KOAH'lı bireylerin öz etkililik ve günlük yaşamlarını destekleyici eğitim programlarının düzenlenmesi, önerilmektedir.

- KOAH'lı bireylerin sağlık inanç algılarını geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlıkların planlanması,

- KOAH'lı bireylerin öz etkililik, sağlık inanç algıları ve psikososyal uyumlarının farklı ve geniş örneklemelerde, farklı araştırma desenleri ile değerlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Agh, T., et al. (2011). Factors associated with medication adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiration*, 82(4), 328-334.
- Ahmadi, Z., et al. (2016). Long-term oxygen therapy 24 vs 15 h/day and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. *Plos One*, 11(9), e0163293.
- Akın, S. ve Durna, Z. (2006). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2).
- Akman, N. *Kronik obstrüktif akciğer hastalarının hastalığa psikososyal uyumlarının ve bakım verenlerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi*. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak, Yüksek Lisans Tezi, 2016; 26-42.
- Aksoy E. *Beyin tümörü tanısı konmuş bireylerin fonksiyonel değerlendirilmesi ve algıladıkları sosyal destek sistemlerinin yaşam kalitesi üzerine etkileri*. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ, Yüksek Lisans Tezi, 2018; 27-35.
- Albert, P., et al. (2012). Bronchodilator responsiveness as a phenotypic characteristic of established chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 67(8), 701-708.
- Albert, R., et al. (2011). Azithromycin for prevention of exacerbations of COPD. *N Engl J Med*, 365(8), 689-698. doi:10.1056/NEJMoa1104623
- Aryal, S., et al. (2013). COPD and gender differences: an update. *Translational Research*, 162(4), 208-218.
- Atasever, A. ve Erdinç, E. (2003). KOAH'da yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51(4), 446-455.
- Atila, N. *Sol ventrikül destek cihazlı hastaların hastalığa psikososyal uyumu ve etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2020; 17-30.
- Ay, A. *Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hastaların aktiflik düzeyini etkileyen faktörler ve yaşam kalitesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi. 2020; 23-47.
- Aybaşı, T. *Karaciğer nakli olan bireylerde progresif gevşeme egzersizinin, stresle baş etme ve psikososyal uyuma etkisi*. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya, Yüksek Lisans Tezi, 2019; 37-46.
- Aydın, H. T., vd. (2012). Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: fenomenolojik çalışma. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(3), 177-183.
- Aydoğar M. *Diyabet hastalarına sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin hastaların sağlık inancına, öz etkililik algısına ve karar verme düzeyine etkisi: bakım etiği boyutuyla*. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas. Yüksek Lisans Tezi, 2018; 41-58.
- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental psychology*, 25(5), 729.
- Barnett, K., et al. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43.
- Başıyigit, İ. (2010). Koah tanımı ve klinik özellikleri. *TTD Toraks Cerrahisi Bülten*, 1(2), 102-104.
- Beggi, B. ve Zeynep, A. (2019). Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların akılcı ilaç kullanımı yönünden değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 19(2), 251-260.
- Bil, N. *Multipl skleroz hastalarında posttravmatik büyümenin psikososyal uyum ile ilişkisi*. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, Yüksek Lisans Tezi, 2019; 35-44.
- Böke, A. *Kardiyoverter defibrilatör implantasyonu yapılan kalp yetmezliği hastalarında psikososyal uyumun değerlendirilmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 33-44.

- Brashier, B. B. and Kodgule, R. (2012). Risk factors and pathophysiology of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *J Assoc Physicians India*, 60(Suppl), 17-21.
- Celli, B. R. (2008). Update on the management of COPD. *Chest*, 133(6), 1451-1462.
- Çam, O., vd. (2009). Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 5(2), 79-80.
- Çelik, S. *Kronik obstrüktif akciğer hastalığında (KOA) psikososyal uyumu etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans, 2018; 39-63.
- Çetinkaya, S. *Kalp hastalıklarında hastalığa psikososyal uyum ve sosyal destek algısı*. T.C. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019; 38-49.
- Çiçek, Z. (2012). *Sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin kadınların bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanımı üzerine etkisi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Doktora Tezi, 2012; 28-41.
- De Bolle, L., et al. (2008). Home medication cabinets and self-medication: a source of potential health threats? *Annals of Pharmacotherapy*, 42(4), 572-579.
- De Marco, R., et al. (2011). Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease in a European cohort of young adults. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 183(7), 891-897.
- Decramer, M. and Janssens, W. (2013). Chronic obstructive pulmonary disease and comorbidities. *The Lancet Respiratory Medicine*, 1(1), 73-83.
- Demirel, Y. (2018). *Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olan bireylerde diyetle eklenen kurcuminin dispne ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kars, Yüksek Lisans Tezi, 2018; 37-44.
- Do Shoemaker, L. K., et al. (2011). Symptom management: an important part of cancer care. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 78(1), 25.
- Doğan, A. (2018). *KOA'lı hastalarda planlı hemşirelik eğitiminin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi*. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, Yüksek Lisans Tezi, 2018; 24-29.
- Donath, E., et al. (2013). A meta-analysis on the prophylactic use of macrolide antibiotics for the prevention of disease exacerbations in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respiratory Medicine*, 107(9), 1385-1392.
- Düzenli, H., vd. (2008). Kronik solunum yetmezliği olan olgularda uzun süreli oksijen tedavisinin yaşam süresi üzerine etkisi. *Toraks Dergisi*, 56, 179-186.
- Eagan, T., et al. (2004). Remission of respiratory symptoms by smoking and occupational exposure in a cohort study. *European Respiratory Journal*, 23(4), 589-594.
- Erdinç, E., vd. (2010). Türk toraks derneği kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanı ve tedavi uzlaşısı raporu. *Türk Toraks Dergisi*, 11, 39-45.
- Fielding, J. E., et al. (2001). Halting the illegal sale of prescription medications in Los Angeles County. *Journal of public health management and practice: JPHMP*, 7(3), 59-64.
- Fırat, H. *Hemodiyaliz hastalarına uygulanan grup eğitiminin hastaların psikososyal uyum ve öz-bakım gücüne etkisi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 2013; 32-45.
- Foreman, M. G., et al. (2012). Genes and chronic obstructive pulmonary disease. *Medical Clinics*, 96(4), 699-711.
- Gallefoss, F. and Bakke, P. S. (2000). Impact of patient education and self-management on morbidity in asthmatics and patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory medicine*, 94(3), 279-287.
- Gershon, A. S., et al. (2012). Chronic obstructive pulmonary disease and socioeconomic status: a systematic review. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9(3), 216-226.
- GOLD. (2018). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2018 Report). Retrieved from https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf

- GOLD. (2020). 2020 Global Strategy For Prevention, Diagnosis And Management Of Copd. Retrieved from <https://goldcopd.org/gold-reports/>
- Göçgeldi, E., vd. (2009). Evlerde Artık İlaç Bulunma Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(2), 113-117.
- Gözüm, S. ve Aksayan, S. (1999). Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 21-31.
- Grigg, J. (2009). Particulate matter exposure in children: relevance to chronic obstructive pulmonary disease. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 6(7), 564-569.
- Group, R. C. W. (2003). COPD prevalence in 12 Asia-Pacific countries and regions: Projections based on the COPD prevalence estimation model. *Respirology*, 8(2), 192-198.
- Guerra, S., et al. (2013). Combined effects of parental and active smoking on early lung function deficits: a prospective study from birth to age 26 years. *Thorax*, 68(11), 1021-1028.
- Gurgun, A., vd. (2013). Effects of nutritional supplementation combined with conventional pulmonary rehabilitation in muscle-wasted chronic obstructive pulmonary disease: A prospective, randomized and controlled study. *Respirology*, 18(3), 495-500.
- Gündüz, F. (2014). *Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda hastalık algısı, psikososyal uyum ve glisemik kontrolün değerlendirilmesi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 48-55.
- Hanania, N. A., et al. (2011). Determinants of depression in the ECLIPSE chronic obstructive pulmonary disease cohort. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 183(5), 604-611.
- Haney, M. Ö. and Kudubeş, A. A. (2017). Determination of medication use habits of adults living in rural area. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(4), 213-220.
- Hasson, F., et al. (2008). I can not get a breath: experiences of living with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of palliative nursing*, 14(11), 526-531.
- Hooper, R., et al. (2012). Risk factors for COPD spirometrically defined from the lower limit of normal in the BOLD project. *European respiratory journal*, 39(6), 1343-1353.
- Hynninen, K. M. J., et al. (2005). Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a review. *Journal of psychosomatic research*, 59(6), 429-443.
- Hynninen, M. J., et al. (2007). Factors affecting health status in COPD patients with co-morbid anxiety or depression. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 2(3), 323.
- Jenkins, C. R., et al. (2009). Efficacy of salmeterol/fluticasone propionate by GOLD stage of chronic obstructive pulmonary disease: analysis from the randomised, placebo-controlled TORCH study. *Respiratory research*, 10(1), 59.
- Jones, P. W. (2001). Health status measurement in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 56(11), 880-887.
- Kainu, A., et al. (2013). COPD in Helsinki, Finland: socioeconomic status based on occupation has an important impact on prevalence. *Scandinavian journal of public health*, 41(6), 570-578.
- Kamil, F., et al. (2013). Sex and race factors in early-onset COPD. *Current opinion in pulmonary medicine*, 19(2), 140.
- Kant, E. *Sağlı deri masajı ve müziğin KOAH'lı hastalarda uyku kalitesi, yorgunluk, dispne ve oksijen saturasyonu üzerine etkisi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Doktora Tezi, 2020; 36-45.
- Kar, S. *KOAH'lı hastalarda öz-etkililiğin, bakım verenlerin yükü ile ilişkisi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2018; 42-54.
- Kara, A. *KOAH'lı hastalarda hastalık algısının yaşam kalitesine etkisi*. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir, Yüksek Lisans Tezi, 2019; 39-67.

- Kara Kaşıkçı, M. and Alberto, J. (2007). Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of clinical nursing*, 16(8), 1468-1478.
- Kara, M. ve Mirici, A. (2002). Koah öz-etkililik ölçeği türkçe formu'nun geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Dergisi*, 61-66.
- Kara, M., ve Mirici, A. (2002). KOAH öz-etkililik ölçeği türkçe formu'nun geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi (YA The Eurasian Journal of Medicine)*, 34(3), 61-66.
- Karabulutlu, E. Y. ve Gündüz, (2016). F. Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda hastalık algısı, psikososyal uyum ve glisemik kontrolün değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(2), 108-113.
- Karaçar, Y. *KOAH Hastalarında Özyönetim Eğitimi Ve Motivasyonel Görüşmenin Öz-Etkililik Üzerine Etkisi*. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, Yüksek Lisans Tezi, 2019; 54-61.
- Karataş, T. *Koroner kalp hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve psikososyal uyum*. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 29-67.
- Kelly, C. and Lynes, D. (2008). Psychological effects of chronic lung disease. *Nursing times*, 104(47), 82-85.
- Kessler, R., et al. (2011). Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European cross-sectional study. *European respiratory journal*, 37(2), 264-272.
- Khassawneh, B. Y., et al. (2008). Handling of inhaler devices in actual pulmonary practice: metered-dose inhaler versus dry powder inhalers. *Respiratory care*, 53(3), 324-328.
- Khoshkesht, S., et al. (2015). The effect of home-based pulmonary rehabilitation on self-efficacy in chronic obstructive pulmonary disease patients. *rehabilitation*, 17, 18.
- Kılıç, Z. ve Özçelik, H. (2014). Management of the frequently observed symptoms in advance stage chronic obstructive pulmonary disease patients. *J Chest Dis Crit Care*, 1(2), 85-89.
- Kılıçkaya, C. *Koah öz-etkililik ölçeği türkçe formu'nun geçerlilik ve güvenilirliği*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2013; 34-43.
- Kocabaş, A., vd. (2014a). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) koruma, tanı ve tedavi raporu 2014. *Official journal of the Turkish Thoracic Society*, 15, 19-27.
- Kocabaş, A., vd. (2014b). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) koruma, tanı ve tedavi raporu 2014. *Turkish Thoracic Journal*, 34-76.
- Kocabaş, A., vd. (2014c). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) koruma, tanı ve tedavi raporu 2014. *Turkish Thoracic Journal* 1-7.
- Kocabaş, A., vd. (2014d). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) koruma, tanı ve tedavi raporu 2014. *Turkish Thoracic Journal*, 19-28.
- Kocaman, N., vd. (2007). Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. *Journal of clinical nursing*, 16(3a), 6-16.
- Koç, K. *Koah ve diyabetes mellitus hastalığına sahip bireylerin bakım bağımlılıklarının, yaşam doyumlarının ve mutluluk düzeylerinin karşılaştırılması*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2020; 23-33.
- Koçak, N. *Primer beyin tümörü olan bireylerin cerrahi girişim sonrası süreçteki psikososyal uyum düzeylerinin incelenmesi*. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2020; 40-59.
- Koefoed, M. M., et al. (2013). Influence of socioeconomic and demographic status on spirometry testing in patients initiating medication targeting obstructive lung disease: a population-based cohort study. *BMC Public Health*, 13(1), 580.
- Korkmaz, T. ve Tel, H. (2010). Koah'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 79-86.
- Kotaman, H. (2008). Özyeterlilik inancı ve öğrenme performansının geliştirilmesine ilişkin yazın taraması. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 111-133.

- Krigsman, K., et al. (2007). Adherence to multiple drug therapies: refill adherence to concomitant use of diabetes and asthma/COPD medication. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 16(10), 1120-1128.
- Kuyucu, T., vd. (2011). A cross-sectional observational study to investigate daily symptom variability, effects of symptom on morning activities and therapeutic expectations of patients and physicians in COPD-SUNRISE study. *Tuberkuloz ve toraks*, 59(4), 328-339.
- Laforest, L., et al. (2010). Correlates of adherence to respiratory drugs in COPD patients. *Primary Care Respiratory Journal*, 19(2), 148-154.
- Lareau, S. C. and Hodder, R. (2012). Teaching inhaler use in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24(2), 113-120.
- Lareau, S. C. and Yawn, B. P. (2010). Improving adherence with inhaler therapy in COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 5, 401.
- Lee, S.-D., et al. (2014). The COPD assessment test (CAT) assists prediction of COPD exacerbations in high-risk patients. *Respiratory medicine*, 108(4), 600-608.
- Levy, M. L., et al. (2016). Inhaler technique: facts and fantasies. A view from the Aerosol Drug Management Improvement Team (ADMIT). *NPJ primary care respiratory medicine*, 26(1), 1-7.
- Li, H., et al. (2014). Handling of Diskus dry powder inhaler in Chinese chronic obstructive pulmonary disease patients. *Journal of aerosol medicine and pulmonary drug delivery*, 27(3), 219-227.
- Lim, S. S., et al. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2224-2260. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)
- Lindberg, A., et al. (2006). Prevalence and underdiagnosis of COPD by disease severity and the attributable fraction of smoking: Report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. *Respiratory Medicine*, 100(2), 264-272. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rmed.2005.04.029>
- Lopez, A. D., et al. (2006). *Global burden of disease and risk factors*: The World Bank, 1747-1757.
- Lozano, R., et al. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2095-2128. doi:10.1016/s0140-6736(12)61728-0
- Mağfiret, K. ve Mirici, A. (2002). KOAH öz-etkililik ölçeği türkçe formu'nun geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 34(3), 61-66.
- Mannino, D. M. and Buist, A. S. (2007). Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *The Lancet*, 370(9589), 765-773.
- Marino, P., et al. (2008). Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 3(4), 713.
- McCathie, H., et al. (2002). Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors. *European respiratory journal*, 19(1), 47-53.
- McEvoy, R. D., et al. (2009). Nocturnal non-invasive nasal ventilation in stable hypercapnic COPD: a randomised controlled trial. *Thorax*, 64(7), 561-566.
- Melani, A. S., et al. (2012). Inhaler mishandling is very common in patients with chronic airflow obstruction and long-term home nebuliser use. *Respiratory Medicine*, 106(5), 668-676.
- Milanowska, J., et al. (2017). The quality of life of farmers with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24(2), 283-286.
- Miller, M. R., et al. (2005). Standardisation of spirometry. *European respiratory journal*, 26(2), 319-338. doi:10.1183/09031936.05.00034805

- Nazlı, Y. *Meme kanseri tedavisi alan hastaların psikososyal uyumu ve etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2019; 43-65.
- Nehir, S. *Miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Doktora Tezi, 2011; 66-102.
- Olçay, Ç. ve Nehir, S. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27(2), 47-59.
- Öyke, N. *Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyumu*. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce, Yüksek Lisans Tezi, 2008; 26-35.
- Özdemir, Ü. ve Taşcı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
- Özer, E. *Kronik hastalığa sahip hastaların ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançları ile tedaviye uyumları arasındaki ilişki*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2019; 38-50.
- Özkan, S. (2011). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında (KOAH) palyatif ve yaşam sonu bakımı. *Selçuk Tıp Dergisi*, 28(1), 69-74.
- Özkan, S. (2012). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan (KOAH) hastalarda fonksiyonel performans, yaşam kalitesi ve solunum parametreleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Nobel Medicus*, 91-97.
- Özkaptan, B. B. ve Kapucu, S. (2015). KOAH’II bireylerde öz-etkililiğin geliştirilmesinde evde bakımın önemi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 74-80.
- Paczek, L. and Nowak, M. (2011). The paradox of the 21st century—is there really an epidemic of most common killers? *International journal of general medicine*, 4, 799.
- Pavlov, N., et al. (2018). Long-term oxygen therapy in COPD patients: population-based cohort study on mortality. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 13, 979.
- Pellegrino, et al. (2005). Interpretative strategies for lung function tests. *European respiratory journal*, 26(5), 948-968.
- Pender, N. J., et al. (2002). Self-efficacy and perceived exertion of girls during exercise. *Nursing research*, 51(2), 86-91.
- Pınar, N., vd. (2013). Adana ilindeki insanların ilaç kullanım alışkanlıkları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(6), 639-650.
- Polkey, M. I., et al. (2013). Six-minute-walk test in chronic obstructive pulmonary disease: minimal clinically important difference for death or hospitalization. *Am J Respir Crit Care Med*, 187(4), 382-386. doi:10.1164/rccm.201209-1596OC
- Poole, P., et al. (2012). Mucolytic agents for chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8), 13-42.
- Press, V. G., et al. (2012). Teaching the use of respiratory inhalers to hospitalized patients with asthma or COPD: a randomized trial. *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1317-1325.
- Qaseem, A., et al. (2011). Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. *Ann Intern Med*, 155(3), 179-191. doi:10.7326/0003-4819-155-3-201108020-00008
- Roberts, C. M., et al. (2013). European hospital adherence to GOLD recommendations for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbation admissions. *Thorax*, 68(12), 1169-1171.
- Rous, M. R. G. (2008). Long-term oxygen therapy: are we prescribing appropriately? *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 3(2), 231.
- Rzadkiewicz, M. and Nasilowski, J. (2019). Psychosocial interventions for patients with severe COPD-An up-to-date literature review. *Medicina (Kaunas)*, 55(9), 2-19. doi:10.3390/medicina55090597

- Şahin, D. S., vd. (2018). Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına ilişkin davranışlarının sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 15-25.
- Salvi, S. (2014). Tobacco smoking and environmental risk factors for chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Chest Med*, 35(1), 17-27.
- Salvi, S. S. and Barnes, P. J. (2009). Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers. *The Lancet*, 374(9691), 733-743.
- Sarı, E. KOAH hastalarında algılanan sosyal desteğin öz bakım gücüne etkisi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir, Yüksek Lisans Tezi 2020; 27-41.
- Saza, S. KOAH tanısı almış hastalara uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin yorgunluk ve yaşam kalitesine etkisi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa, Yüksek Lisans Tezi, 2019; 26-35.
- Scherer, Y. K. and Schmieder, L. E. (1996). The role of self-efficacy in assisting patients with chronic obstructive pulmonary disease to manage breathing difficulty. *Clinical nursing research*, 5(3), 343-355.
- Seemungal, T. A., et al. (2008). Long-term erythromycin therapy is associated with decreased chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 178(11), 1139-1147.
- Sethi, S., et al. (2010). Pulsed moxifloxacin for the prevention of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Respiratory research*, 11(1), 10.
- Sin, D. D., et al. (2003). Contemporary management of chronic obstructive pulmonary disease: scientific review. *Jama*, 290(17), 2301-2312.
- Singh, G., et al. (2016). Association of psychological disorders with 30-day readmission rates in patients with COPD. *Chest*, 149(4), 905-915.
- Soriano, J. B. and Rodríguez-Roisin, R. (2011). Chronic obstructive pulmonary disease overview: epidemiology, risk factors, and clinical presentation. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 8(4), 363-367.
- Steinman, M. A., et al. (2006). Polypharmacy and prescribing quality in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(10), 1516-1523.
- Stern, D. A., et al. (2007). Poor airway function in early infancy and lung function by age 22 years: a non-selective longitudinal cohort study. *Lancet*, 370(9589), 758-764. doi:10.1016/s0140-6736(07)61379-8
- Struik, F. M., et al. (2013). Nocturnal non-invasive positive pressure ventilation for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6), 11-22.
- Stuifbergen, A. K., et al. (2000). An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nursing research*, 49(3), 122-129.
- Şahin, E., vd. (2014). Yaşlı kronik obstrüktif akciğer hastalarına verilen eğitimin inhalasyon cihazı kullanım becerilerine etkisi. *Türk Toraks Dergisi*, 15, 49-56.
- Takcı, M. A. ve Yıldırım, G. Diyabet hastalarına sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin sağlık inancına, öz etkililik algısına ve karar verme düzeyine etkisi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 11(1), 73-82.
- Takemura, M., et al. (2011). Relationships between repeated instruction on inhalation therapy, medication adherence, and health status in chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 6, 97.
- Toğluk, S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde ölüm anksiyetesinin psikososyal uyum üzerine etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, Yüksek Lisans Tezi, 2017; 38-52.
- TORAKS. (2020). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH). Retrieved from <https://www.toraks.org.tr/halk/Page.aspx?d=10>

- TÜİK. (2013-2014). Türkiye İstatistik Kurumu ölüm nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı. Retrieved from <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?sessionid=2nV8h3nTghK6V7TSTSmJB Y12L5cFp8dkyXNr0SNysDtLJYvG9LpT136722180?id=18855>
- TÜİK. (2020). Retrieved from <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronik-hava-yolu-hastaliklari/liste/kronik-hava-yolu-hastal%C4%B1klar%C4%B1-istatistik-verileri.html>
- Türten, T. *Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyumun belirlenmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 36-62.
- Türksen Ülkü, S. T. *Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumlarının belirlenmesi*. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, 2019; 24-43.
- Ünsal, A. ve Yetkin, A. (2005). Kronik obstruktif akciğer hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 42-53.
- Van Kruijssen, V., et al. (2015). Use of online self-management diaries in asthma and COPD: a qualitative study of subjects' and professionals' perceptions and behaviors. *Respiratory care*, 60(8), 1146-1156.
- Waschki, B., et al. (2011). Physical activity is the strongest predictor of all-cause mortality in patients with COPD: a prospective cohort study. *Chest*, 140(2), 331-342.
- WHO. (2020). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Retrieved from <https://www.who.int/respiratory/copd/en/>
- Wigal, J. K., et al. (1991). The COPD self-efficacy scale. *Chest*, 99(5), 1193-1196.
- Yao, Y., et al. (2021). Susceptibility of individuals with chronic obstructive pulmonary disease to respiratory inflammation associated with short-term exposure to ambient air pollution: A panel study in Beijing. *Science of The Total Environment*, 766, 142639.
- Yarşı, Ö. *KOAH'lı obez hastalarda uyku sorunlarının değerlendirilmesi*. Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir, Yüksek Lisans Tezi, 2019; 41-51.
- Yaylı, G. *Ayaktan tüberküloz tedavisi alan hastaların psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi*. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2020; 27-48.
- Yıldırım, B., vd. (2012). Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 19-23.
- Yin, P., et al. (2011). Prevalence of COPD and its association with socioeconomic status in China: findings from China Chronic Disease Risk Factor Surveillance 2007. *BMC Public Health*, 11(1), 586.
- Yuet, L. M., et al. (2002). Coping and adjustment in Chinese patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of nursing studies*, 39(4), 383-395.
- Yürüktümen, A., et al. (2009). Dispne ile başvuran geriyatrik olgularda yakınma şiddeti ile klinik ve laboratuvar verilerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 9(4), 163-168.
- Zawada, K., et al. (2015). Psychological distress and social factors in patients with asthma and chronic obstructive lung disease. *Psychiatria Danubina*, 27(Suppl 1), 462-464.

EKLER

EK 1: Hasta Tanıtım Formu

Bu araştırmanın amacı KOAH'lı bireylerin öz etkililik ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inanç düzeylerinin psikososyal uyum üzerine etkisinin incelenmesidir. Katılımcıların vermiş olduğu bilgiler araştırmacı dışında kimseyle paylaşılmayacaktır. Bu çalışma bilimsel bir araştırma olup veriler bilgisayar ortamında değerlendirilecektir. Sorulara verilen cevapların doğruluğu araştırma açısından önem arz etmektedir. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

1. **Yaşınız:**
2. **Cinsiyetiniz:** a) Kadın b) Erkek
3. **Eğitim durumunuz:** a) Okur-yazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite
4. **Medeni durumunuz:** a) Evli b) Bekar
5. **Yaşadığınız yer:** a) İl b) İlçe c) Köy
6. **Mesleğiniz nedir?**
7. **Çalışma durumunuz?** a) Çalışmıyorum b) Çalışıyorum c) Emekliyim
8. **Sosyal güvenceniz durumunuz?** a) Var b) Yok
9. **Ekonomik durumunuz?** a) İyi b) Orta c) Kötü
10. **Sigara kullanıyor musunuz?**
 - a) Kullanıyorum (kaç ay/yıldır kullanıyor....., günde kaç paket kullanıyorsunuz.....)
 - b) Kullanmıyorum
 - c) Kullanıyordum bıraktım (kaç yıl kullandınız?.....ay/yıl, günde kaç paket içiyordunuz?.....)
11. **Birlikte yaşadığınız bireyler?**
 - a) Yalnız
 - b) Eş/çocuğuk
 - c) Anne/baba
 - d) Arkadaş
12. **Yaşanılan yerde sigara kullanan var mı?** a) Evet b) Hayır
13. **Isınma şekliniz?**
14. **Diğer hastalıklarınız?**
15. **Diğer hastalıklarınız nedeniyle tedavi görüyor musunuz?** a) Evet b) Hayır
16. **KOAH tanısı ilk ne zaman konuldu?**(ay/yıl)

17. **KOAH nedeniyle son 6 ayda kullandığınız ilaçlar?**

<u>Adı</u>	<u>Dozu</u>	<u>Kullanma sebebi</u>	<u>Reçete ile mi alıyor?</u>
.....			Evet () Hayır ()
.....			Evet () Hayır ()

..... Evet () Hayır ()
..... Evet () Hayır ()
..... Evet () Hayır ()
..... Evet () Hayır ()
..... Evet () Hayır ()
..... Evet () Hayır ()

18. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

- a) Kullanıyorum
b) Kullanmıyorum(Sebebi.....)
c) Bazen kullanıyorum

19. KOAH tedavisinde kullandığınız ilaçların komplikasyonu oldu mu?

- a) Evet (Belirtiniz.....)
b) Hayır

20. KOAH evresi?

- a) 1.Evre b) 2.Evre c) 3.Evre d) 4.Evre

21. Yaşanılan yerde oksijen kullanım durumunuz? a) Evet b) Hayır

22. Yaşanılan yerde nebulizör kullanım durumu? a) Evet b) Hayır

23. KOAH nedeniyle bir yılda ne sıklıkla hastaneye başvurursunuz?

- a) Hiç başvurmadım
b) 1 kere başvurdum
c) 2 kere başvurdum
d) 3 ve daha fazla kez başvurdum

24. Kontrollere düzenli gider misiniz? a) Evet b) Hayır

25. KOAH ile ilgili bilgi aldınız mı? a) Evet b) Hayır

26. Size göre sağlık durumunuzu nasıl tarif edersiniz?

- a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü

EK 2: KOAH Öz-Etkililik Ölçeği

Aşağıdaki maddelerde belirtilen durumlarda nefes darlığı ile baş etmede veya nefes darlığını önlemede ne kadar yeterli olduğunuzu belirleyin.	Çok yeterliyim (5)	Oldukça yeterliyim (4)	Biraz yeterliyim (3)	Çok az yeterliyim (2)	Yetersizim(1)
Olumsuz Etki					
1.Solunum güçlüğü çektiğimi inkar ettiğimde					
2.Cinsel iktidarsızlık hissettiğimde					
3.Hayal kırıklığına uğradığımda					
4.Yatağa yattığımda					
5.Çaresiz olduğumda					
6.Alkol aldığımda					
7.Herkesten ve her şeyden uzaklaştığımda					
8.Endişeli olduğumda					
9.Bitkin düştüğümde yada bunaldığımda					
10.Değerli bir eşyayı ya da sevdiğim birini kaybettiğimde					
11.Evde bir sorun olduğunda					
12.Yetersizlik hissettiğimde					
Toplam:					
Duygusal Durum					
13.Çok yorgun olduğumda					
14.Üzüldüğümde					
15.Kızdığımda					
16.Yaşantım konusunda endişelendiğimde					
17.Biri benden uzaklaştığında					
18.Bağırdığımda yada çılgılık attığımda					
19.Çok fazla güldüğümde					
20.Korktuğumda					
Toplam:					
Fiziksel Çaba					
21.Merdivenleri çok hızlı çıktığımda					
22.Egzersiz yaptığımda yada kendimi bedenen zorladığımda					
23.Ağır bir şey kaldırdığımda					
24.Havasız bir odada hareket yaptığımda					
25.Acele ettiğimde yada telaşlandığımda					

Toplam:					
Hava/Çevre Etkisi					
26.Hava nemli olduğunda					
27.İlık bir ortamdan soğuk bir ortama çıktığımda					
28.Sigara içilen ortamlarda bulunduğumda					
29.Çok sıcak ve çok soğuk bir ortamda bulunduğumda					
30.Enfeksiyon / bulaşıcı hastalığım olduğunda (boğaz enfeksiyonu, sinüzit, soğuk algınlığı, nezle, v.s)					
31.Kirli havalarda					
Toplam:					
Davranışsal Risk Faktörleri					
32.Perhize uymadığımda					
33.Fazla yemek yediğimde					
34.Normal soluk alıp veremediğimde					
Toplam:					
GENEL TOPLAM:					

EK 3: İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

Ölçek Soruları	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
Duyarlılık Algısı					
1. Reçetesiz ilaç kullanmaktan zarar görme ihtimalim çok yüksek.					
2. Reçetesiz ilaç kullanmaktan dolayı ilaç alerjisi (zehirlenme) olma ihtimalim yüksektir.					
3. Reçetesiz ilaç kullanırsam ölebilirim.					
4. Reçetesiz ilaç kullanırsam vücudum, organlarım zarar görür.					
5. Başkalarının önerdiği ilaçlar bana zarar verir.					
6. Zarar vereceği için benim ilaçlarımı başkalarına önermem.					
Önemseme/Ciddiyet Algısı					
7. İlaç alerjisi (zehirlenme) beni korkutur.					
8. İlaçların vücuda verdiği zararları/yan etkileri düşündüğümde strese girerim.					
9. Reçetesiz ilaç alerjisini (zehirlenme) düşünmekten korkarım					
10. Reçetesiz ilaç kullanmanın zararları/yan etkilerinde yaşayacağım problemler çok uzun bir süre devam edecek.					
11. Reçetesiz ilaç kullanmam çevremle olan ilişkimde bana olan güveni sarsar					
12. Bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanmam hayatımda ciddi değişiklikler yapabilir.					
Sağlık Motivasyonu					
13. Sağlık problemlerimi erkenden teşhis ettirmek isterim.					
14. Sağlıklı olmak benim için çok önemlidir.					
15. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.					
16. Doğru ilaç kullanmak için yeni					

bilgileri öğrenirim.					
17. Sağlığımı geliştirecek bilgi ve davranışları yapmamın önemli olduğunu düşünürüm.					
18. Reçeteli ilaç kullanırım.					
Yarar Algısı					
19. Reçeteli ilaç kullanmak benim yararımadır.					
20. Reçeteli ilaç kullanmak iyileşmemi sağlar					
21. Reçeteli ilaç kullanmak ilaç zehirlenmelerini (alerjilerini) en aza indirebilir veya tamamen engeller.					
22. Reçeteli ilaç kullanmak yasal haklarımı korur					
Engel Algısı					
23. Reçete ile ilaç almak prosedürlerden dolayı benim için çok zor.					
24. Reçeteli ilaç alma prosedürleri çok zamanımı alıyor.					
25. Reçeteli ilaç almada bana yardım edecek biri yok					
26. Reçetesiz ilaçlar beni iyileştirdiği için sıkıcı prosedürlere uymam gerekmez.					
27. İlaç iyi geliyorsa reçeteli olması gerekmez					
28. Reçeteli ilaç almak için zamanım yok.					
Öz-Etkililik					
29. Reçeteli ilaç almanın prosedürünü biliyorum.					
30. İlaçlarımı doğru bir şekilde kullanabilirim.					
31. İlaçlarımı doğru bir şekilde kullanarak iyileşebilirim.					
32. Bana anlatılanlardan bilgiler edinebilirim ve ilaçlarımı doğru kullanabilirim.					
33. İlaçlarımı doğru bir şekilde kullanmak için gerekli bilgileri edinebilirim.					
34. İlaçlarımı doğru dozlarda kullanabilirim.					
35. İlaçlarımı önerilen zaman aralıklarında kullanabilirim.					

EK 4: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği

BÖLÜM-I

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?

- a) Sağlığımı çok ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim
- b) Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
- c) Genellikle sağlığım ile ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.
- d) Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

2. Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.

- a) Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.
- b) Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum, ya da yorgun veya meşgul oluyorum.
- c) Hastalığımın bakım ve korunması için yaptığım çok şey var.
- d) Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

3. Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?

- a) Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.
- b) Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.
- c) Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.
- d) Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

4. Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar, hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir, size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

- a) Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.
- b) Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.
- c) Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.
- d) Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel.

5. Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olan seçeneği işaretleyin.

- a) Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.
- b) Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğim ve tekrar eski halime döneceğimi düşünüyorum.
- c) Hastalığım hem ruhsal, hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim.
- d) Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

6. Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.

- a) Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.
- b) Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.
- c) Hastalığım hakkında genel bir kanıya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.
- d) Hastalığının genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7. Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanı seçiniz.

- a) Doktorum ve tıbbi personelden tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.
- b) Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.
- c) Tedavim çok tatsız, bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.
- d) Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye degeceğine emin değilim.

8. Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinden tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.

- a) Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum.
- b) Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.
- c) Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.
- d) Tedavimle ilgili her şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

BÖLÜM II

1. Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?

- a) Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.
- b) Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler
- c) Bazı ciddi sorunlar var.
- d) Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

2. Şu an mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?

- a) Kötü durumda
- b) Pek iyi değil
- c) Yeterli
- d) Çok iyi

3. Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

- a) 3 gün ve daha az
- b) Bir hafta
- c) İki hafta
- d) İki haftadan daha çok

4. Şu an işiniz/okulunuz/çalışmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha mı önemli?

- a) Şu an hiç önemli değil
- b) Oldukça az bir öneme sahip
- c) Eskiye göre biraz önemini yitirdi
- d) Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi

5. Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?

- a) Amaçlarım değişmez
- b) Amaçlarımda çok az bir değişme oldu
- c) Amaçlarım önemli ölçüde değişti
- d) Amaçlarımı tamamen değiştirdim

6. Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarda bir artış gözlediniz mi?

- a) Sorunlarda büyük artış var
- b) Sorunlarda orta derecede bir artış var
- c) Sorunlarda az ölçüde bir artış var
- d) Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok.

BÖLÜM III

1. Hastalanmanızdan bu yana eşinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

- a) İyi
- b) Fena değil
- c) Kötü
- d) Çok kötü

2. Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız?

- a) Çok kötü
- b) Kötü
- c) Fena değil
- d) İyi

3. Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

- a) Bir engelleme olmadı
- b) Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir
- c) Orta derecede bazı problemler var, bazıları üstesinden gelinebilecek gibi değil
- d) Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var.

4. Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

- a) Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı
- b) Ailem, bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler
- c) Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı
- d) Bu konuda bir sorun yok

5. Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?

- a) İletişimde bir azalma yok
- b) Çok az ölçüde bir azalma oldu
- c) İletişimde bir azalma, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum
- d) İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum.

6. Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaşlar, komşular, aile vb) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

- a) Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum.
- b) Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil
- c) Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum
- d) Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var

7. Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

- a) Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok
- b) Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
- c) Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
- d) Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

8. Sizin gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

- a) Önemli ölçüde maddi sıkıntılarım var
- b) Orta derecede maddi problemlerim var
- c) Çok az maddi problemim var
- d) Para ile ilgili bir problemim yok

BÖLÜM IV

1. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkilerinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

- a) İlişkinizde herhangi bir değişiklik olmadı
- b) Hastalanmadan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı
- c) Hastalanmadan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı.
- d) Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu.

2. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler. Hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?

- a) Hastalandığımdan bu yana kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum.
- b) Cinsel istekte belirgin bir azalma var
- c) Cinsel istekte hafif bir azalma var
- d) Cinsel istekte hiçbir azalma yok.

3. Hastalıklar bazen cinsel aktivitelerde bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?

- a) Cinsel aktivitede bir azalma yok
- b) Cinsel aktivitelerde çok az ölçüde bir azalma var
- c) Cinsel aktivitelerde önemli ölçüde bir azalma var
- d) Cinsel aktiviteler tamamen durdu

4. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?

- a) Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu
- b) Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var
- c) Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var
- d) Cinsel tatminde bir değişiklik yok

5. Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olması da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?

- a) Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok
- b) Cinsel performansıyla ilgili ufak problemler var
- c) Önemli cinsel problemlerim var
- d) Cinsellikten tamamen koptum.

6. Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ne derecede?

- a) Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var
- b) Bu konuda yoğun farklılıklar var
- c) Bazı farklılıklar var
- d) Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok

BÖLÜM V

1. Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre)?

- a) Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu
- b) Görüşmeler biraz azaldı
- c) Görüşmeler belirgin olarak azaldı
- d) Hastalık süresince hiç görüşmedik

2. Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?

- a) Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu
- b) Öncekine oranla onlara olan ilgi ve isteğim çok azaldı
- c) İlgim bir parça azaldı
- d) İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı

3. İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fiziki yardıma ihtiyaç duyduğunuzda onlarda destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

- a) Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar
- b) Yeterince yardım oluyorlar
- c) Yardım ediyorlar ama yeterince değil
- d) Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar.

4. Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağlıdırlar. Sizin bağlılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağlılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

- a) Bağlılığım önemli ölçüde yok oldu
- b) Bağlılığım önemli ölçüde azaldı
- c) Bağlılığım biraz azaldı
- d) Bağlılığım yoktu veya çok azdı, bu bağlılık hastalıktan hiç etkilenmedi

5. Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?

- a) İyi
- b) Fena değil
- c) Kötü
- d) Çok kötü

BÖLÜM VI

1. Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde az
- d) Hemen hiç ilgim kalmadı

2. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az, ya da hiç yok
- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c) Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

3. Hastalığınızdan öncekine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatlar, piknikler vb.) ilgi duyuyor musunuz?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde düşük
- d) İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı

4. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az, ya da şu anda hiçbir katılımım yok
- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c) Katılımım biraz azaldı
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

5. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere olan ilginizi devam ettirebildiniz mi? (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema)

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde az
- d) İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı

6. Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az, ya da yok
- b) Katılımım önemli, ölçüde azaldı
- c) Katılımım biraz azaldı
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

BÖLÜM VII

1. Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

2. Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilginiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

- a) Aşırı derecede
- b) Oldukça fazla
- c) Çok az
- d) Olmadı

3. Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az oldu
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

4. Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz, ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?

- a) Aşırı derecede
- b) Oldukça fazla
- c) Çok az
- d) Olmadı

5. Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

6. Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

- a) Aşırı derecede
- b) Oldukça fazla
- c) Çok az
- d) Olmadı

7. Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

EK 5: Etik Kurul Kararı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/422-565

08.07.2019

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Seval Ağaçdiken ALKAN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Öz- Etkililik ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnançlarının Psikososyal Uyum Üzerine Etkisi** başlıklı OMÜ KAEK 2019/399 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 09.05.2019 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra **başlanmasına** oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Gamis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK 6: KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Kullanım İzni

— □ ×

↶ Yanıtla ↷ Tümünü yanıtla → İlet 📁 Arşivle 🗑 Sil 🚩 Bayrak ekle ⋮

Re: KOAH Öz-Etkililik Ölçeği

MK

Mağfired Kara <magfired@atauni.edu.tr>
26.03.2019 12:00

📧

Kime: GAFFAR ACAR

—
Sevgili Gaffar,
Öncelikle "KOAH Öz-Etkililik Ölçeği"ne ilginiz için teşekkür ederim. Ölçeğe ilişkin bilgiler ölçek bilgilerinin yayımlandığı makale içinde bulunmaktadır. Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan dolayı çok memnun oluyorum. Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Mağfired KAŞIKÇI
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı

Professor Mağfired KAŞIKÇI
Atatürk University, Dean of Nursing Faculty

Kimden: "GAFFAR ACAR"
Kime: "magfired" <magfired@atauni.edu.tr>
Gönderilenler: 26 Mart Salı 2019 11:25:34
Konu: KOAH Öz-Etkililik Ölçeği

EK 7: İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Kullanım İzni

Yanıtla Tümünü yanıtla İlet Arşivle Sil Bayrak ekle

Re: Ölçek İzni



BEHİCE ERCİ <behice.erci@inonu.edu.tr>

22.04.2019 19:49



Kime: GAFFAR ACAR



İlaç Sağlık İnançları Ölçeği.doc
72,5 KB

Gaffar Acar,
İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği'ni kullanabilirsiniz. Ölçek ektedir. İyi çalışmalar.
Prof. Dr. Behice Erci

GAFFAR ACAR

22 Nis 2019 Pzt, 15:03 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Hocam,

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Dr. Öğr. Üyesi Seval Ağaçdiken Alkan'ın danışmanlığında yürütülecek olan yüksek lisans tezimde, danışmanlığı tarafınızdan yapılmış olan "[İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği](#)"ni izniniz dahilinde kullanmak istiyorum.

Desteginiz ve ilginiz için teşekkür ederim,

Saygılarımla,

Gaffar ACAR
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

EK 8: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği Kullanım İzni

Yanıtla

Tümünü yanıtla

İlet

Arşivle

Sil

Bayrak ekle

Re: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)

MA

Mahmure AYGÜN <maygun@biruni.edu.tr>

28.03.2019 13:44

Kime: GAFFAR ACAR

PAIS (1).pdf

2,34 MB

Sayın Gaffar Acar,

1995 yılında doktora tezimde incelediğim ve geçerlik-güvenirliliği çalışmamla kanıtlanmış olan 'Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim' ölçeği ile ilgili bilgileri içeren dosyayı gönderiyorum. Yüksek lisans tezinizde ilgili ölçeği kullanması konusunu onaylıyor ve başarılar diliyorum.

Dr. Öğr. Üyesi Mahmure Aygün

EK 9: Kurum İzni Belgesi



T.C.
ZONGULDAK VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 39330677-799
Konu : Araştırma İzni Hk. (Gaffar ACAR)

ZONGULDAK ÇAYCUMA DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Müdürlüğümüz evrak kaydına giren 18.09.2019 tarih ve 8205 sayılı yazı gereği, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde yüksek lisans öğrencisi Gaffar ACAR tarafından, "*Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Öz-Etkillilik ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnançlarının Psikososyal Uyum Üzerine Etkisi*" konulu araştırmaya ilişkin anketini Çaycuma Devlet Hastanesinde yapılabilmesi, planlanan çalışmaların kesinlikle kişisel veri ya da başka bir deyişle kişilik mahremiyet hakkını ihlal edecek hiçbir bilginin kullanılmaması kaydıyla Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüş olup, tez çalışmasının hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva edip etmediğinin tetkiki, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak, yapılacak çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Ertuğrul GÜNER
İl Sağlık Müdürü

EK:
1-Yazı Örneği (25 Sayfa)

Öntemmuz Mah. Belediye Bulvarı No: 25/2 Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü Ek Hizmet Binası
Telefon: 0372 291 00 80 Faks No: 0372 257 57 57
e-Posta: gulben.gok@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Zonguldak Kamu Hastaneleri Hizmetleri Birimi
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 370f32b1-2d37-4038-915c-148770e95af4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Gülben GÖK
Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No: (0 372) 253 46 05

ÖZ GEÇMİŞ

Fotoğraf

Gaffar ACAR Samsun Recep Tanrıverdi Lisesi’ni bitirdikten sonra Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nden 2017 yılında mezun oldu. 2018 yılında OMÜ LEE Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans programını girdi. Mezuniyetinden bu yana Çaycuma Devlet Hastanesinde hemşire olarak görev yapan orta derecede İngilizce bilmektedir. Temel ilgi alanları, türk edebiyatı ve türk sanat tarihidir (2021).

İletişim Bilgileri

ORCID ID: 0000-0003-1532-6997