

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN KRONİK OBSTRÜKTİF
AKCİĞER HASTALARINDA İLACA UYUM VE
ÖZ-ETKİLİLİK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

Kartal DENİZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2021-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSE BAŞVURAN KRONİK OBSTRÜKTİF
AKCİĞER HASTALARINDA İLACA UYUM VE
ÖZ-ETKİLİLİK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Kartal DENİZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2021-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. .../.... /.....

İmza

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi

.....

Üye : Prof. Dr. Zeynep ÖZER
Akdeniz Üniversitesi

.....

Üye : Dr.Öğr.Üyesi Sibel ŞENTÜRK
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrenci

Kartal DENİZ

İmza

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ

İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez sürecimin planlanması, yürütülmesi ve sonlandırılması aşamalarında bana rehberlik ederek yol gösteren, yardımını ve desteğini hep yanımda hissettiğim, kişisel ve mesleki gelişimim için bilgisini, deneyimini, emeğini esirgemeyerek katkı sağlayan, her zaman örnek aldığım, kendisi ile çalışmaktan ve onun öğrencisi olmaktan büyük onur duyduğum değerli danışmanım Prof.Dr. Hicran BEKTAŞ'a,

Yüksek lisans tez sürecim boyunca değerli bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşarak bana yol gösteren Prof.Dr.Zeynep ÖZER'e, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nın tüm öğretim üyelerine ve öğretim elemanlarına,

Tez sürecimin yürütülmesinde destek sağlayan Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'na, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi'nde görev yapan ve verileri toplamamda destek olan Hemşire Serap Karaca BORAN'a, birçok konuda yardımını esirgemeyen Hemşire Meral GÖZKAYA'ya, araştırmaya katılmayı kabul ederek zaman ayıran ve katkı sağlayan tüm hastalarım,

Ölçek izinleri konusunda yardımlarını esirgemeyen Prof.Dr. Mağfired KAŞIKÇI ve Dr. Esin Temeloğlu ŞEN'e,

Tez sürecimin her aşamasında yardım ve katkılarını esirgemeyen Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün tüm çalışanlarına,

Araştırmamın istatistiksel analiz sürecinde bana destek veren ve katkı sağlayan Dr. Başak Oğuz YOLCULARA,

Hayatımın her döneminde ve her zaman yanımda olan, desteklerini daima hissettiğim canım aileme en içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, acil servise başvuran kronik obstrüktif akciğer hastalarında ilaca uyum ve öz-etkililik düzeylerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, Ocak-Ekim 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran 235 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tanılı hasta ile gerçekleştirilmiştir. Veriler Kişisel Bilgi Formu, İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS 23.0 paket programı kullanılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, Shapiro Wilks testi, Kruskal Wallis testi, Mann-Whitney U testi, Bonferroni-Dunn testi ve Spearman korelasyon testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamalarının 69.4 ± 11.24 yıl (min:32; maks:96) olduğu, %69.4'ünün erkek, %48.5'inin ilkokul mezunu, %63.8'inin evli ve %60.8'inin emekli olduğu bulunmuştur. Hastaların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması 22.85 ± 3.10 ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği toplam puan ortalaması 1.65 ± 0.54 olarak belirlenmiştir. Hastaların ilaç uyumu ve öz-etkililik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf bir korelasyon belirlenmiştir ($p < 0.05$). Hastaların ilaç uyumunu çalışma durumunun negatif yönde, eş veya çocuklarla birlikte yaşamanın pozitif yönde etkilediği saptanmıştır ($p < 0.05$). Hastaların öz-etkililik düzeyini ise yaş, KOAH süresi ve son bir yılda acil servise gitme sayısının negatif yönde etkilediği bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç: Araştırmaya katılan hastaların ilaca uyumlarının iyi düzeyde ve öz-etkililik düzeylerinin düşük olduğu, ilaca uyum düzeyi arttıkça öz-etkililik düzeyinin de arttığı bulunmuştur. KOAH tanılı hastalarda ilaca uyumlarının ve öz-etkililik düzeylerinin artırılmasına yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, İlaç Uyum, KOAH, Öz-Etkililik.

ABSTRACT

Objective: This descriptive study was conducted to examine drug adherence and self-efficacy levels in chronic obstructive pulmonary patients admitted to the emergency department.

Method: The research was carried out with 235 patients diagnosed with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) who applied to the Emergency Service of Health Sciences University Antalya Training and Research Hospital between January-October 2020. The data were collected by face-to-face interview method using Personal Information Form, Medication Adherence Report Scale, and COPD Self-Efficacy Scale. IBM SPSS 23.0 package program was used for statistical analysis of the data. The data were evaluated using descriptive statistics, Shapiro Wilks test, Kruskal Wallis test, Mann-Whitney U test, Bonferroni-Dunn test, Spearman correlation test.

Results: It was found that the average age of the patients participating in the study was 69.4 ± 11.24 years (min: 32; max: 96), 69.4% were male, 48.5% were primary school graduates, 63.8% were married and 60.8% were retired. Patients' Medication Adherence Reporting Scale mean score was 22.85 ± 3.10 and the COPD Self-Efficacy Scale mean score was 1.65 ± 0.54 . A statistically significant positive weak correlation was found between the patients' medication compliance and self-efficacy levels ($p < 0.05$). It was found that the working status of the patients affected drug compliance negatively and living with spouse or children positively affected ($p < 0.05$). It was found that the self-efficacy level of the patients was negatively affected by age, duration of COPD and the number of visits to the emergency department in the last year ($p < 0.05$).

Conclusion: It was found that the patients participating in the study had a good level of drug compliance and low self-efficacy levels, and the level of self-efficacy increased as drug compliance increased. It is recommended to plan appropriate nursing interventions to increase drug adherence and self-efficacy levels in patients with COPD.

Keywords: Nurse, Medication Adherence, COPD, Self-Efficacy.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tanımı	3
2.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Epidemiyolojisi	3
2.3. KOAH Risk Faktörleri, Tanılama ve Sınıflandırma	5
2.4. KOAH’ ta Kullanılan Tanı Yöntemleri	6
2.4.1. Tıbbi Öykü	6
2.4.2. Spirometre Kullanımı	7
2.4.3. Akciğer Röntgeni ve Bilgisayarlı Tomografi	8
2.5. KOAH’ın Patofizyolojisi	9
2.6. KOAH’a Bağlı Komplikasyonlar	11
2.7. KOAH Tıbbi Tedavisi ve Bakım Yönetimi	11
2.7.1. Farmakolojik Tedavi	12
2.7.2. Farmakolojik Olmayan Tedavi	12
2.8. KOAH ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarına Yönelik Hemşirelik Bakımı	13
2.9. KOAH ve İlaça Uyum	15
2.10. KOAH Hastalarının İlaça Uyumlarını Değerlendirmede Hemşirenin Rolü	17
2.11. KOAH ve Öz-Etkililik	19
2.12. KOAH Hastalarının Öz-Etkililiğini Değerlendirmede Hemşirenin Rolü	21

3. GEREÇ ve YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Şekli	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.3.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması	24
3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	24
3.3.3. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	24
3.4. Veri Toplama Araçları	24
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	25
3.4.2. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	25
3.4.3. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği	26
3.5. Ön Uygulama	26
3.6. Verilerin Toplanması	27
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	29
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.9. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	29
4. BULGULAR	31
4.1. KOAH Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	31
4.2. KOAH Hastalarının Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular	34
4.3. KOAH Hastalarının İlaç Uyumuna İlişkin Bulgular	36
4.4. KOAH Hastalarının Öz-Etkililik Düzeyine İlişkin Bulgular	42
4.5. İlaç Uyumunu ile Öz-Etkililik Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	57
4.6. KOAH Hastalarının İlaç Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Çoklu Lineer Regresyon Analizine İlişkin Bulgular	61
5. TARTIŞMA	62
5.1. KOAH Hastalarında İlaç Uyum	62
5.2. KOAH Hastalarında Öz-Etkililik	67
5.3. KOAH Hastalarında İlaç Uyumunu ile Öz-Etkililik Arasındaki İlişki	73

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	74
6.1. Araştırmacılara İlişkin Öneriler	75
6.2. Uygulayıcılara İlişkin Öneriler	75
KAYNAKLAR	76
EKLER	96
EK-1. Araştırma Takvimi	
EK-2. Bilgilendirilmiş Onam Formu	
EK-3. Kişisel Bilgi Formu	
EK-4. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	
EK-5. Koah Öz-etkililik Ölçeği	
EK-6. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Formu	
EK-7. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Kurum İzin Formu	
EK-8. Koah Öz-etkililik Ölçeği Kullanım İzni	
EK-9. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Kullanım İzni	
ÖZGEÇMİŞ	112

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1.	Tıbbi Araştırma Konseyi Dispne Skalası	6
Tablo 2.2.	CAT Skalası (COPD Assesment Table / KOAH Değerlendirme Tablosu)	7
Tablo 2.3.	Klinik Rehberlere Göre KOAH Değerlendirme	8
Tablo 4.1.	KOAH Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	32
Tablo 4.2.	KOAH Hastalarının Hastalık Özelliklerinin Dağılımı	34
Tablo 4.3.	KOAH Hastalarının İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalaması ve Güvenirlik Katsayısı	36
Tablo 4.4.	KOAH Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.5.	KOAH Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.6.	KOAH Hastalarının KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Güvenirlik Katsayıları	42
Tablo 4.7.	KOAH Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 4.8.	KOAH Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	49
Tablo 4.9.	KOAH Hastalarının İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği'nin Korelasyonu	58
Tablo 4.10.	KOAH Hastalarının Yaş, KOAH Süresi, KOAH Nedeniyle Son Bir Yılda Acil Servise Gıtme Sayısı ile İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği'nin Korelasyonu	60
Tablo 4.11.	KOAH Hastalarında İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamasını Etkileyen Faktörlerin Çoklu Lineer Regresyon Analizi ile Belirlenmesi	61

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1.	Araştırmanın Uygulama Süreci	28
Şekil 4.1.	KOAH Hastalarının İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği'nin Korelasyonu	59



SİMGELER ve KISALTMALAR

ABC	:	Ascertaining Barriers to Compliance (Uyumluluk Belirleyici Engeller)
ATS/ ERS	:	American Thoracic Society (Amerika Toraks Cemiyeti) / European Respiratory Society (Avrupa Solunum Cemiyeti)
BPAP	:	Bilevel Positive Airway Pressure
BOLD	:	Burden Obstructive Lung Disease
CAT	:	COPD Assessment Test (KOAİ Değerlendirme Skalası)
CPAP	:	Continuous Positive Airway Pressure
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
DM	:	Diabetes Mellitus
ERS	:	European Respiratory Society
FEV₁	:	Volume that has been exhaled at the end of the first second of forced expiration (Birinci Saniyedeki Zorlu Ekspirasyon Hacmi)
FVC	:	Forced vital capacity: The determination of the vital capacity from a maximally faced expiratory effort (Derin İnspirasyondan Sonra Zorlu, Hızlı ve Derin Ekspirasyonla Atılan Hava Volümü)
GBD	:	Global Burden of Disease
GOLD	:	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
HT	:	Hipertansiyon
KBY	:	Kronik Böbrek Yetmezliği
KHY	:	Küresel Hastalık Yüğü
KOAİ	:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MRC	:	Medical Research Council (Tıbbi Araştırma Konseyi)
NICE	:	National Institute for Health and Care Excellence
SFT	:	Solunum Fonksiyon Testi
SS	:	Standart Sapma
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	:	World Health Organization
$\bar{X}$	:	Ortalama

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), başlıca kronik bronşit ve amfizemin neden olduğu, zararlı gaz ve partiküllere karşı havayolları ve akciğerin artmış kronik inflamatuvar yanıtı ile ilişkilendirilen, genelde ilerleyici hava akımı obstrüksiyonu ile karakterize önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (Akyol, 2017). KOAH, dünyada ve ülkemizde mortalite ve morbidite oranları giderek artmakta olan, yaşam kalitesini önemli düzeyde etkileyen, sosyal ve ekonomik yük getiren önemli bir sağlık sorunudur (GOLD, 2020). Dünyada yaklaşık 65 milyon KOAH hastası olduğu bildirilmektedir (WHO, 2017). KOAH'ın doğrudan 32 milyar dolar, dolaylı olarak ise 20.4 milyar dolar maliyet getirdiği ve bu değerlerin büyük çoğunluğunu KOAH alevlenmelerinin oluşturduğu bildirilmektedir (GOLD, 2020).

KOAH, çoklu ve düzenli ilaç kullanımı gerektiren, hastaların ilaca uyumunun değerlendirilmesi ve takip edilmesinin önemli olduğu kronik bir hastalıktır (GOLD, 2020; Turan ve ark., 2016). İlaça uyum, sağlık profesyoneli ve hasta arasında olan ilişki, hastanın düşünceleri, sosyal çevresi ve ülkenin sağlık sistemi içsel ve dışsal faktörlerden etkilenen çok boyutlu bir kavramdır (WHO, 2017). KOAH tanılı hastalarda ilaca uyum sıklıkla karşılaşılan bir sorundur (Turan ve ark., 2016). Yapılan çalışmalarda, kronik hastalığa sahip olan bireylerde %50 oranında tedavi uyumsuzluğu artmış olduğu görülmüştür (Turan ve ark., 2016; Corrado ve Rossi, 2012; Souza ve ark., 2009). Benzer şekilde, Oğuzgülgen ve arkadaşları (2014) tarafından ülkemizde yapılan çalışmada, KOAH'lı hastaların ilaç uyumsuzluğunun %46.4 olduğu, ilaca uyumunun sağlanamaması nedeniyle semptomlarda görülen artışa bağlı olarak hastalarda sosyal izolasyonun ve eve olan bağlılıkların arttığı belirtilmektedir (Akıncı, 2008). Bu nedenle kişilerin hastalığa karşı mücadele edebileceklerine dair güvenleri azalmaktadır. Günlük aktivitelerinde ve sosyal yaşamında kısıtlama yaşayan hastalarda ortaya çıkan bu eksiklik öz-etkililiği olumsuz etkileyebilmektedir (Bal Özkaptan ve Kapucu 2016). Öz-etkililik bireylerin günlük yaşamlarının ve sağlık davranışlarının geliştirilmesi, kronik hastalığı olan bireylerin sağlık durumunun iyileştirilmesi için üzerinde durulması gereken önemli bir kavramdır. Öz-etkililik kavramı 1977 yılında psikolog Albert Bandura tarafından, bireyin bir davranışı başarılı bir şekilde yapabilme inancı olarak ileri sürülmüştür

(Bandura, 1977). Öz-etkililik kavramı KOAH'lı hastalarda semptomların etkin bir şekilde yönetilmesi önem arz etmektedir (Güçlü, 2018). Kronik obstrüktif akciğer hastalarında etkin bir tedavi ve bakım yönetimini sağlamak için, öz-etkililik ve ilaca uyumunun zincirin ayrılmaz parçaları olduğu belirtilmektedir (Sharif ve ark., 2013; Asche ve ark., 2012; Stellefson ve ark., 2012). KOAH hastalarında öz-etkililiğin amacı, öz yönetim girişimleri ile dispneyi, hastaneye yatışı, mortaliteyi azaltmak ve yaşam kalitesini artırmaktır (Wang ve ark., 2017). KOAH hastalarının ilaca uyumlarının sağlanması ve sürdürülmesi için, ilaç uyumsuzluğuna neden olan faktörlerin bilinmesi ve kontrol altına alınması gerekmektedir (Zuhur ve Özpancar, 2017). Multidisipliner ekibin bir parçası olan hemşireler, dispne başta olmak üzere semptomların kontrolünde, hastane yatışlarının azaltılmasında, egzersiz kapasitesinin artırılmasında ve KOAH'ın özyönetiminde anahtar rol oynamaktadır.

Gözlemlerimize göre özellikle kış aylarında acil servis başvurularının büyük oranda solunum yolu hastalıklarının olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde ülkemizde KOAH'lı hastalarda ilaca uyum ve öz-etkililiğin birlikte incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışma sonuçlarının acil servislere başvuran KOAH'lı hastalara yönelik bir profil ortaya çıkarılmasına, hastaların ilaca uyum ve öz-etkililiklerinin belirlenmesine, ilaca uyumun ve öz-etkililiğin artırılmasına yönelik eğitim programlarının geliştirilmesinde katkı sağlayabileceği öngörülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, acil servise başvuran kronik obstrüktif akciğer hastalarında ilaca uyum ve öz-etkililik düzeylerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Acil servise başvuran KOAH hastalarında ilaca uyum düzeyi nedir?
2. Acil servise başvuran KOAH hastalarında tanıtıcı ve hastalık özellikleri ile ilaca uyum arasında bir ilişki var mıdır?
3. Acil servise başvuran KOAH hastalarında öz-etkililik düzeyi nedir?
4. Acil servise başvuran KOAH hastalarında tanıtıcı ve hastalık özellikleri ile öz-etkililik arasında bir ilişki var mıdır?
5. Acil servise başvuran KOAH hastalarında ilaca uyum ve öz-etkililik arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tanımı

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, akciğerlerde ve solunum yollarındaki zararlı partiküllere veya gazlara karşı artan kronik inflamatuvar yanıtla ilişkilidir. KOAH kalıcı hava akışı sınırlaması ile karakterize yaygın, önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (GOLD, 2020). Amfizemin azalması ve küçük hava yollarının inflamasyona uğramasının sonucunda KOAH'ın en belirgin özelliği olan hava yolu obstrüksiyonu oluşmaktadır (Larici ve ark., 2017).

KOAH, kişisel ve sosyal alanları büyük ölçüde etkileyen ve oldukça yaygın görülen bir hastalıktır. KOAH'ın temelinde yatan biyolojik mekanizmalar sonucunda klinik ve fonksiyonel anlamda karmaşık sonuçlar ortaya çıkmaktadır. KOAH'a neden olan patolojik başlangıçlar vücutta domino taşı etkisi yaratarak hayati mekanizmaları etkilemektedir. Bunun sonucunda ise kardiyovasküler ve solunum sistemine ilişkin birçok semptom ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle etkili hastalık yönetimi için bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımları gerekmektedir (Polverino ve ark., 2019).

2.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Epidemiyolojisi

KOAH'ın tanısında kullanılan farklı yöntemler nedeniyle hastalığın yaygınlığını hesaplamak zorlaşmaktadır (GOLD, 2020). Aynı zamanda düşük gelirli ülkelerde tanı yöntemlerinin eksikliği nedeniyle KOAH tanısı konulmamış birçok birey olduğu düşünülmektedir (Lamprecht ve ark., 2015). Buna rağmen KOAH dünya çapında morbidite ve mortalite nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Global Burden of Diseases Raporu'na göre (GBD), 2015 yılında KOAH nedeniyle 3.17 milyon birey insan yaşamını kaybetmiştir. Bu rakam 2015 yılında meydana gelen ölümlerin %5'ine karşılık gelmektedir. GBD 2017 raporunda ise KOAH mortalite nedenleri arasında yedinci sıradadır (GBD, 2017). Bu rapora göre 2040 yılında KOAH'ın mortalite nedenleri arasında dördüncü sıraya yükseleceği ön görülmektedir (GBD, 2017). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ), 2015 yılı verilerine göre tüm dünyada KOAH en sık mortaliteye neden olan dördüncü kronik hastalık iken DSÖ'nün 2018 verisinde KOAH üçüncü sıraya yerleşmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2010, 2012, 2017 ve 2019 verilerine göre ülkemizde en sık mortalite nedenleri arasında KOAH üçüncü sırasında yer almaktadır (TÜİK, 2013, 2019)

KOAH prevalansı çalışmaları, coğrafi bölge, sosyo-kültürel yapı, kişisel faktörler (yaş, ilaç kullanımı vb.), tedaviye bağlı faktörlere göre değişiklik göstermektedir (Abul ve Özlü, 2013; Raherison ve Girodet, 2009). KOAH prevelansına ilişkin en güvenilir uluslararası çalışmalar PLATİNO çalışması ve BOLD analizidir (Buist ve ark., 2005; Mejza ve ark., 2017; Menezes ve ark., 2005). PLATİNO çalışmasında, 40 yaş üstü hastalarda bronkodilatör kullanımından sonra nefes darlığının yaygınlığı incelenmiştir. Araştırmaya dahil edilen her ülkede KOAH prevalansının, özellikle 60 yaş üzerinde olduğu ve yaşa bağlı olarak arttığı sonucuna varılmıştır (Menezes ve ark., 2017). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü (Burden Obstructive Lung Disease, BOLD) analizinde ise KOAH prevalansının, 40 yaş üstü bireylerde, post-bronkodilatör uygulamasında $FEV_1/FVC < \%70$ kriterlerine göre %25, KOAH'a Karşı Küresel Girişim (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD) post-bronkodilatör uygulamasında $FEV_1/FVC < \%70$ ve $FEV_1 < \text{beklenenin } \%80$ 'i kriterlerine göre yaş ve sigara tüketimine bağlı olarak arttığı görülmektedir (Buist ve ark., 2007). BOLD analizi sonuçlarına göre ulusal çapta yapılan epidemiyolojik çalışmalar, küresel prevalansın %11.7 (%95 güven aralığında) olduğunu bildirmektedir (GOLD, 2019). KOAH prevalansı coğrafya ve sosyal yapıya göre değişiklik göstermekte, yaşlı nüfusun ve risk faktörlerinin artmasına bağlı olarak artmaktadır (Berry ve Wise, 2010).

KOAH yaşam kalitesini bozması ve ileri evrelerde hayati risk oluşturmasının yanı sıra, gün geçtikçe artan ekonomik ve sosyal yüke neden olmaktadır. Ayrıca KOAH semptomlarının hastalar üzerine olan etkisi ve iş gücü kaybı kısa vadeli sonuçlarda toplumun işlevselliğini aksatmakta, uzun vadeli sonuçlarda ise ülke ekonomisine zarar vermektedir. KOAH'ın neden olduğu ekonomik yükün büyük çoğunluğunu akut alevlenmeler oluşturmaktadır. Hastalık nedenli semptomların artması acil servislere başvurunun artmasını, dolayısıyla sağlık hizmeti maliyetlerini de artırmaktadır (GOLD, 2017). KOAH için ayrılan sağlık harcamalarının %60'ını akut alevlenmeler oluşturmaktadır. Dünya çapında KOAH'ın neden olduğu ekonomik yük 2.1 trilyon dolar civarındadır. Bu rakamın 2030 yılına kadar artarak 4.8 trilyon dolar seviyesine yükseleceği öngörülmektedir (Bloom ve ark., 2011). İlaç maliyetleri bu derece yüksek olan bir hastalık için asıl amaç akut alevlenmelerin önüne geçmektir. Bu sayede hem mortalite oranı hem de acil servise başvuran hasta sayısı azalacaktır (GOLD, 2014).

2.3. KOAH Risk Faktörleri, Tanılama ve Sınıflandırma

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'na bağlı oluşan dispne, öksürük, hırıltılı solunum gibi semptomlar bireyin temel günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalığın şiddeti arttıkça yaşamsal risk ortaya çıktığı için KOAH tanısının erken konulması temel faktördür (Mannino ve ark., 2008). Ayrıca kronik öksürük ve nefes darlığı bulguları astım, bronşit gibi diğer solunum yolu hastalıklarında da görülebilmektedir. Sonuç olarak ilk evrede karşımıza çıkan bulgular KOAH tanısını koymakta yetersiz kalabilmektedir. Bu aşamada tıbbi görüntüleme ve spirometrik yöntemler KOAH'ın kesin tanısında anahtar rol oynamaktadır (Larici ve ark., 2017).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'na neden olan risk faktörleri şu şekilde sıralanabilir (GOLD, 2020; NICE, 2019; Paulin, ve ark., 2015):

- Solunum yolu hastalıkları ve akciğer patolojilerine sahip hastalarda yüksek oranda sigara kullanımı görülmektedir. Sigara nedeniyle FEV₁ (zorlu ekspiryumun 1. saniyesinde çıkarılan hava hacmi) oranı azalmaktadır. KOAH nedeniyle meydana gelen ölümlerin birçoğunda sigara kullanımı mevcuttur.
- Organik ve inorganik tozlar dâhil olmak üzere kimyasal maddelere ve artıklara maruz kalınan mesleklerde KOAH riski artmaktadır.
- Alfa-1 antitripsin, metaloproteinaz-12, glution-S transferaz gibi birçok genetik faktör akciğer fonksiyonlarını negatif etkileyerek KOAH oluşumuna neden olmaktadır.
- İlerlemiş yaş ve kadın cinsiyeti KOAH riskini artırmaktadır.
- Gebelikte ve çocuklukta akciğer gelişimini etkileyen her faktör KOAH gelişme riskini artırmaktadır.
- Kişilerin yaşadığı ortamın konforu, iç mekânın hava koşulları, ısınmak için kullanılan yakıt tipi sosyo-ekonomik durum ile ilişkilendirilebilmektedir. Bu nedenle düşük sosyo-ekonomik durum KOAH gelişme riskini artırmaktadır.
- Kronik bronşit, astım ve hava yollarını etkileyen bütün kronik hastalıklar KOAH gelişme riskini artırmaktadır.

2.4. KOAH' ta Kullanılan Tanı Yöntemleri

2.4.1. Tıbbi Öykü

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanısında tıbbi öykü önemlidir. Dispne, kronik öksürük, balgam ve mukus üretimi, hırıltılı solunum ve sık sık bronşite yakalanan 35 yaş üstü kişilerde KOAH tanısı akla gelmelidir. Bu bulgularla başvuran kişilerde yaş, cinsiyet, kilo gibi bireysel özelliklerin yanı sıra sigara içme durumu ve mesleki hayatında maruz kaldığı ortam da sorgulanarak risk faktörleri belirlenmelidir. Ek olarak KOAH tanısı düşünülen bireyin ailesinde KOAH öyküsü olması da önemli risk faktörleri arasındadır. Bireyin tıbbi öyküsü alınırken son zamanlarda kilo kaybı yaşaması, egzersiz intoleransı, gece nefes nefese uyanma gibi bulgular da KOAH tanısı için belirleyici olabilmektedir (GOLD, 2020; NICE, 2018; Larici ve ark., 2017).

Tablo 2.1. Tıbbi Araştırma Konseyi Dispne Skalası

Sınıf	Tanım
Evre-1	Aktif egzersiz olmadığı sürece nefes darlığı oluşmaz
Evre-2	Sadece düz yolda yürürken veya hafif tempolu yürüyüşlerde nefes darlığı oluşur
Evre-3	Düz yolda yaşıtlarına göre daha yavaş yürür ve sık sık durup soluk alma ihtiyacı hisseder
Evre-4	Düz yolda 100 metre yürüdükten sonra durup soluklanma ihtiyacı hisseder
Evre-5	Giyinip soyunmak ve ev içerisinde gezinmek gibi günlük aktivitelerde bile nefes darlığı yaşanır

Kaynak: Flether ve ark., 1959

İlk evrede KOAH bulgularını ve şiddetini değerlendirmek amacıyla Tıbbi Araştırma Konseyi (Medical Research Council [MRC]) Dispne Skası ve CAT (KOAH Değerlendirme Skalası / COPD Assesment Table) kullanılmaktadır (Fletcher ve ark., 1959; Jones ve ark., 2009). MRC dispne skalasında birey yaşadığı dispne durumunu 1 ile 5 arasında değerlendirmektedir.

Tablo 2.2. CAT Skalası (COPD Assesment Table / KOAH Değerlendirme Tablosu)

Değerlendirilen parametreler	Derecelendirme	Değerlendirilen Parametreler
Hiç öksürmüyorum	0 1 2 3 4 5	Sürekli öksürüyorum
Akciğerlerimde hiç balgam yok	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerim tamamen balgam dolu
Göğsümde hiç tıkanma/daralma hissetmiyorum	0 1 2 3 4 5	Göğsümde çok daralma var
Yokuş veya bir kat merdiven çıktığımda nefesim daralmıyor	0 1 2 3 4 5	Yokuş veya bir kat merdiven çıktığımda nefesim çok daralıyor
Evdeki hareketlerimde hiç zorlanmıyorum	0 1 2 3 4 5	Evdeki hareketlerimde çok zorlanıyorum
Akciğerlerimin durumuna rağmen evimden çıkmaya hiç çekinmiyorum	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerimin durumuna rağmen evimden çıkmaya çekiniyorum
Rahat uyuyorum	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerimin durumu nedeniyle rahat uyuyamıyorum
Kendimi çok güçlü/enerjik hissediyorum	0 1 2 3 4 5	Kendimi hiç güçlü/enerjik hissetmiyorum

KOAH'ın semptomlarını değerlendiren sekiz maddelik kısa, klinik pratikte uygulaması kolay bir testtir. Bu testte öksürük, balgam, göğüs semptomları, yorgunluk ve evden ayrılmada güveni içeren sorular yer almaktadır. Bireyin test sonucu 2 ve üzerinde bir puan alıyor ise klinik olarak anlamlı kabul edilmektedir (Jones ve ark., 2009).

2.4.2. Spirometre Kullanımı

Spirometre, KOAH teşhisinde ve teşhis edilmiş olan hastalığın gidişatını izlemek amacıyla kullanılmaktadır. KOAH tanısı düşünüldüğü durumlarda tanıyı doğrulamak için bireye bronkodilatör uygulanmaktadır. Uygulama sonrasında FEV₁/FVC (Birinci Saniyedeki Zorlu Ekspirasyon Hacmi/Derin İnspirasyondan Sonra Zorlu, Hızlı ve Derin Ekspirasyonla Atılan Hava Volümü) oranına bakılarak tanı seçenekleri değerlendirilmektedir. FEV₁/FVC oranı 0.7'nin altında olan, ancak tipik KOAH semptomları olmayan hastalar için alternatif tanıları düşünülmektedir. Ancak genç insanlarda bu oran 0.7'nin üzerinde de olsa KOAH semptomları var ise KOAH tanısı düşünülmektedir (Bhatt ve ark., 2019; GOLD, 2020; NICE, 2019).

Tablo 2.3. Klinik Rehberlere Göre KOAH Değerlendirme

Bronkodilatör sonrası FEV ₁ /FVC		NICE 2018	ATS/ERS 2004	GOLD 2020
<0.7	>80%	Hafif	1.Derece Hafif	1. Derece Hafif
<0.7	50-79 %	Hafif	Orta	2. Derece Orta
<0.7	30-49 %	Orta	Yüksek	3. Derece Orta
<0.7	<30 %	Yüksek	Çok yüksek	4. DereceYüksek

Kaynak: GOLD, 2020; NICE, 2018; ATS/ERS, 2004

2.4.3. Akciğer Röntgeni ve Bilgisayarlı Tomografi

Akciğer Röntgeni ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) taramasıyla amfizem veya kronik solunum yolu hastalıkları teşhis edilebilmektedir. Başlangıçta yapılan tanısal değerlendirmelere ek olarak, göğüs radyografisi, anemi ve polisitemi yönünden değerlendirme ve beden kitle indeksi hesaplaması önerilmektedir (NICE, 2018; Larici ve ark., 2017; Rabe ve Watz, 2017). BT tabanlı görüntüleme, hava yolu hastalığı (bronşit ve bronşiyolit) ve parankimal yıkım (amfizem) gibi KOAH alt fenotiplerinin tanımlanmasında etkili olmaktadır (Steward ve Griner, 2013). Ayrıca amfizem, KOAH'ın spirometrik kriterlerini karşılamayan ve sigara içen insanların %20'sinde BT taraması ile tespit edilmektedir. Son çalışmalar amfizem ve hava yolu hastalığı patobiyolojisinde bazı önemli farklılıkları vurgulamıştır (Faner ve ark., 2016; Johns ve ark., 2014). Amfizemi olan sigara içenler, amfizemi olmayan sigara içenlere kıyasla, sadece pulmoner değil, aynı zamanda akciğer dışı dokularda aşırı derecede zarar görmektedir. Bu hastaların doğru bir şekilde tanımlanması klinik olarak önemlidir, çünkü daha fazla alevlenmeye sahiptirler ve bu fenotipi olmayan hastalara göre 3 yıl içinde hastaneye yatırılma ve ölme olasılıkları daha yüksektir (Celli ve ark., 2018; Oelsner ve ark., 2014).

Sağlık profesyonellerinin KOAH semptomlarının farkında olması ile erken dönemde tanı konulma şansı artmaktadır. Hava yolu kısıtlaması olmasa bile, mevcut risk faktörlerine sahip bireyler belirli aralıklarla değerlendirilmelidir. Değerlendirme ilk aşamada bireyin tıbbi öyküsü, aile öyküsü, mesleki maruziyetlerinin ele alınmasını içermektedir. İleri evrede ise spirometre, akciğer röntgeni ve bilgisayarlı tomografi taramasıyla tanının kesinleştirilmesi önerilmektedir (NICE, 2018). Tanının erken konulmasıyla birlikte, semptomlar kontrol altına alınarak bireye özgü tedavi

yöntemleri oluşturulmaktadır. Etkin ve doğru bir tedavi sayesinde, kişini öz-etkililiği ve yaşam konforunun artması sağlanmaktadır (Melen ve Guerra, 2017).

2.5. KOAH'ın Patofizyolojisi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ile ilgili histopatolojik ve genetik çalışmaların çoğu KOAH saptanmış hastalardan alınan örnekler kullanılarak gerçekleştirilmiştir. KOAH tanısı konmadan önce meydana gelen patobiyolojik olaylar çoğu çalışmada göz ardı edilmektedir. Belirli endotipler hava akımı sınırlamasına yol açsa da, KOAH patobiyolojisine neden olan birçok farklı hücreler ve yollar olabilmektedir (Polverino ve ark., 2019) KOAH gelişmeden önce ve geliştikten sonra oluşan patolojiler olarak ele alındığında birçok karmaşık endotip, hücreler ve yollar olduğu görülmektedir. Genel olarak KOAH; solunum yollarının, alveollerin ve mikrovasküleritenin ilerleyici enflamatuar hastalığı olarak tanımlanmaktadır (Rabe ve Watz, 2017).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın temel fonksiyonel patolojisi, hava akımının geri döndürülemez şekilde sınırlanmasıdır. Hastalık sürecinde küçük hava yollarının yeniden düzenlenmesiyle ve parankim amfizematöz tabakanın tahribatı ile elastik geri çekim gücü azalmaktadır. Sonrasında FEV₁ hacminde kademeli bir düşüşe, ekspirasyon sırasında akciğerlerin yeterince boşaltılamamasına sonuç olarak statik ve dinamik hiperinflamasyona neden olmaktadır (O'Donnel, 2006). Kohort çalışmalarında hava akımı sınırlanması olması bile amfizem ve hava yolu tahribatının özellikle sigara içenlerde mevcut olduğu belirtilmektedir. Çevresel maruziyetlere ek olarak, genetik risk faktörleri, nikotin bağımlılığı, kronik bronşit ve epigenetik faktörler de KOAH gelişiminde rol oynamaktadır (Brusselle ve Bracke, 2015).

Yaygın risk faktörlerine maruz kalmak, mukoza akıntısı, epitel hücre hiperplazisi ve kronik bronşit durumunda küçük iletken hava yollarında doku onarımının artması ile mukozal ve glandüler inflamasyon görülebilmektedir (Decramer ve ark., 2012). KOAH hastalarında artmış hava yolu direnci, amfizem gelişiminden önce küçük iletken hava yollarının ve solunum bronşiyollerinin daralması ve kaybolmasının bir sonucu olarak meydana gelmektedir. Bu bulgular erken hastalık gelişimi ve çeşitli KOAH fenotiplerine yol açan nedenler açısından çok önemlidir. Bilinen literatürün aksine, KOAH'lı bazı hastalar zamanla akciğer fonksiyonunda aşırı azalma

göstermemektedir (Lange ve ark., 2015). Erken yaşam değişikliklerinin, bireysel bir akciğer fonksiyonu seviyesinin oluşturulması yoluyla hastalığın doğal seyri üzerinde derin bir etkiye sahip olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. Hava yolu epitel hücrelerinin hasarı, endojen hücre içi moleküllerin veya tehlikeye bağlı moleküler modellerin salınması yoluyla spesifik olmayan bir enflamatuvar yanıtı tetiklemektedir. Bu sinyaller, epitelyal hücreler üzerinde Toll benzeri reseptörler 4 ve 2 gibi patern tanıma reseptörleri ile tanımlanmakta, tümör nekroz faktörü α ve interlökinler 1 ve 8 gibi sitokinlerin salınmasına neden olmaktadır (Decramer ve ark., 2012). Enflamasyon bölgesine alınan makrofajlar, nötrofiller, eozinofiller ve dendritik hücreler doğuştan gelen bağışıklık tepkisini oluşturmaktadır (Brusselle ve ark., 2011). Proteolitik enzimler ve reaktif oksijen türleri, özellikle antiproteazlar veya antioksidan faktörler olmadığında doku hasarını artırmaktadır (Decramer ve ark., 2012). Hastalık ilerledikçe, küçük hava yollarının çevresinde lenfoid agregatların gelişebildiği; bu durumun KOAH hastalarının sigarayı bırakmasından yıllar sonra not edilen bronşitin kronik mukozal inflamatuvar yanıtlarının altında yatan adaptif veya otoimmün reaksiyonları gösterebildiği belirtilmektedir (Decramer ve ark., 2012; Sullivan ve ark., 2005).

İmmün sistemin hasarı KOAH'ta ve özellikle amfizem tabakasının hasarlanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Normal yaşlanmaya ve pulmoner amfizeme bağlı patofizyolojik değişiklik olarak, akciğerin fizyolojik yaşlanmasına bağlı alveolar boşluk genişlemekte ve elastikiyetinde azalma görülmektedir (MacNe ve Tudor, 2009). Hücre yaşlanması genellikle korunmuş metabolik aktivite ile proliferasyonun azalmasına yol açmakta, artmış inflamasyon, azalmış hücre rejenerasyonu ve karsinogenez ile sonuçlanmaktadır. Bu süreç sigara içilmesi ve oksidatif stres ile daha da hızlanmaktadır (Decramer ve ark., 2012). KOAH'ta amfizem, akciğerin hızlandırılmış yaşlanması olarak yorumlanmakta; hastalık süreci, hücre yaşlanma, otofaji, kusurlu mitokondriyal fonksiyon, kök hücre tükenmesi ve immüno-sensens gibi yaşa bağlı özellikler ile çarpıcı benzerlikler göstermektedir (Mercado ve ark., 2015).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanımlı hastalarda gözlenen ilk değişim aşırı mukus salınımı ve siliyer işlevde bozulmadır. Kronik solunum yolu hasarı nedeniyle goblet hücreleri artmaktadır. Bu nedenle meydana gelen hiperplaziye, submukozal

kanallarda genişleme eşlik etmektedir. Ek olarak siliyer epiteldeki skuamoz hücrelerin metaplazisi sonucunda siliyer işlev bozulmaktadır. Bireyin en temel gereksinimi olan nefes alıp vermeyi sağlayan mükemmel mekanizma bu işlevsel basamaklarda olan bozulma nedeniyle tersine dönmektedir. Solunum yollarında oluşan inflamasyon küçük hava yollarının tıkanmasına ve hiperinflamasyona neden olmaktadır. Bu da inspirasyon kapasitesini azaltmakta ve bireyde spesifik KOAH tablosu ortaya çıkmaktadır (Larinci ve ark., 2017; O'donnel, 2012).

2.6. KOAH'a Bağlı Komplikasyonlar

Kronik obstrüktif akciğer hastaları sıklıkla kardiyovasküler hastalık, osteoporoz, kas güçsüzlüğü, depresyon ve akciğer kanseri gibi hastalıklarla karşılaşabilmektedir (Vanfleteren ve ark., 2016). Fiziksel hareketsizlik, henüz tanımlanmamış enflamatuvar mekanizmalar ve sigara içmek KOAH'ın ileri komplikasyonları için risk faktörü olarak belirtilmektedir (Chen ve ark., 2015; GOLD, 2020; Roversi ve ark., 2016). DNA'ya zarar veren ve doku onarımı ile hücre proliferasyonu arasında bir dengesizliğe yol açan çeşitli pulmoner inflamasyon ve oksidatif stres mekanizmaları, KOAH ve akciğer kanseri arasındaki bağlantıyı artırmaktadır (Durham ve Adcock, 2015). Hastalığın şiddetini derecelendirmek ve KOAH fenotiplerini tanımlamak aynı zamanda hastaların eşlik eden hastalıklarına göre ayrılması gerektiğini göstermektedir. KOAH'lı hastaların çoğu, özellikle hafif şiddette hastalığı olanlar KOAH sonucunda oluşan komplikasyonlar nedeniyle ölmektedir (de Torres ve ark., 2016). Ayrıca, amfizemi olan hastaların daha çok osteoporoz ve kas kütlesi kaybı riskine sahip oldukları belirtilmektedir (Vanfleteren ve ark., 2016). KOAH mortalitesini azaltmanın, ileri derecede kardiyovasküler hastalık veya akciğer kanseri riski altında olan hastaların basit ve objektif tanısal değerlendirmelerle erken teşhis edilmesine bağlı olduğu bildirilmektedir (Rabe ve Watz, 2017).

2.7. KOAH Tıbbi Tedavisi ve Bakım Yönetimi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı akut dönemleri olabilen ilerleyici ve kronik bir hastalıktır. Etkin bir KOAH yönetimi için semptomların giderilmesi ve alevlenme riskinin bireysel olarak belirlenmesi gerekmektedir. Tedavinin ana hedefleri bu amaçlar etrafında şekillenen farmakolojik ve farmakolojik olmayan müdahaleleri içermektedir (GOLD, 2020).

2.7.1. Farmakolojik Tedavi

a) Bronkodilatasyonu Sağlayan İlaçlar: KOAH'ın en belirgin semptomu olan dispneyi tedavi etmek için kullanılmaktadır. Bronkodilatör ilaçlar solunum yollarında gerilen düz kasların elastikiyetini sağlayarak hava yollarındaki obstrüksiyonu önlemektedir. Ek olarak dinlenme sırasında oluşan nefes darlığı ve egzersiz kısıtlanmasını azaltmak için kullanılmaktadır (Ceylan, 2014; GOLD, 2020).

b) Kortikosteroid İlaçlar: Hem oral hem inhaler yol ile kullanılabilir. Ancak inhale kortikosteroidler pnömoni gibi birçok yan etkiye neden olduğundan kullanımı sınırlıdır. Steroid ilaçlar genellikle uzun etkili beta antagonistleri ile birlikte kombine kullanılarak tedavi başarısı artırılmaya çalışılmaktadır (GOLD, 2020; Spencer ve ark., 2004).

c) Mukolitik İlaçlar: Sadece aşırı sekresyon ve öksürük gibi semptomların tedavisinde kullanılmaktadır. Semptomlarda azalma olmazsa ilaç kullanımına son verilmektedir (GOLD, 2020; NICE, 2019).

d) Oksijen Tedavisi: Oksijen tedavisi, istirahat durumunda bile şiddetli hipoksemisi olan hastalarda tedavinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Oksijen desteğinin temel amacı, parsiyel oksijen basıncını 60 mmHg'nın, oksijen saturasyonunun ise %90'ın üzerinde olmasını sağlamaktır. Bu sayede yaşamsal organların fonksiyonlarının devam etmesi sağlanmaktadır. Ayrıca mortalitenin önemli bir belirteci olan fiziksel aktivitenin devam etmesi de sağlanarak hastanın günlük yaşamdan kopmaması sağlanmaktadır (GOLD, 2020; Bhatt ve ark., 2019; NICE, 2019).

2.7.2. Farmakolojik Olmayan Tedavi

a) Pulmoner Rehabilitasyon: KOAH'lı hastalar için multidisipliner bir bakım programı olarak tanımlanmaktadır. Her bireyin fiziksel ve sosyal performansını ve özerkliğini optimize etmek için bireysel olarak uyarlanmaktadır. Yakın zamanda akut alevlenme nedeniyle hastaneye kaldırılmış olanlar da dahil olmak üzere, tüm uygun KOAH hastalarına pulmoner rehabilitasyon sağlanmalıdır. Pulmoner rehabilitasyon programları, bireyin gereksinimlerine göre uyarlanmış çok bileşenli, çok disiplinli müdahaleleri içermelidir. Rehabilitasyon süreci bir beden eğitimi, hastalık eğitimi, beslenme, psikolojik ve davranışsal müdahale programını içermektedir. Pulmoner

rehabilitasyon, yürüyemeyen, ortostatik hipotansiyonu olan veya yakın zamanda miyokard enfarktüsü geçirmiş kişiler için uygun değildir (CDC, 2019; NICE, 2019).

b) Aşı: Tüm KOAH hastalarına korunma amaçlı sonbahar aylarında influenza aşısı ve 65 yaş ve üzerindeyse beş yıl da bir pnömokok aşısı yapılması önerilmektedir. (GOLD, 2020; NICE, 2019).

c) Sigara: KOAH'ın başlangıcında ve devam ederek şiddetlenmesinden en büyük risk faktörlerinden biri sigara kullanımıdır. Bu nedenle hastaların sigara içme geçmişi belirlenerek uygun eğitimlerle birey, sigara bırakmaya teşvik edilmelidir. Davranışsal terapi yöntemi bütün KOAH hastalarında kullanılabilecek etkili bir yöntemdir. Bununla birlikte kontrendikasyon olmadığı sürece nikotin replasmanı tedavisi ve ibuprofen tedavisi de sigarayı bırakmada kullanılabilen yöntemlerdendir (Bhatt ve ark., 2019; CDC, 2019; NICE, 2019).

2.8. KOAH ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarına Yönelik Hemşirelik Bakımı

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı nedeniyle ortaya çıkan belirtiler hastalığın her aşamasında bireyin günlük yaşamını etkilemektedir. Hastalığın erken evresinde yalnızca eforla ortaya çıkan nefes darlığı, hastalığın ileri evresinde basit günlük etkinlikleri kısıtlayacak düzeye gelmektedir. Bireysel eylemleri bile yapmakta zorlanan hastaların hastalığa, çevresine ve kendine olan inançları olumsuz etkilenmektedir. Bireyde oluşan negatif bakış açısı öz-etkililiğini azalmaktadır. Kişinin kendi etkililiğine olan inancı azaldıkça karşılaştıkları olaylarda en olumsuz sonuca odaklanarak, çaba göstermeyi bırakabilmektedir (Pender ve ark., 2002). Hastalığın progresif olarak ilerlemesi, gelecekte yaşanacak olanların belirsizliği ve uzun süren çoklu ilaç kullanımı nedeniyle KOAH hastaları etkili bir hemşirelik bakımına gereksinim duymaktadır. KOAH hastasına verilecek bakımda bireyin fiziksel avantajlarını değerlendirmenin yanı sıra, psikolojik ve sosyal dezavantajları da değerlendirilmelidir. KOAH tanılı hastalara verilecek olan eğitimde küçük detaylardan yola çıkılarak büyük resme ulaşılmalıdır. Böylelikle her detay değerlendirilecek ve problemler arasındaki haritasının ortaya çıkacaktır (Akyıl, 2012; Mollaoğlu, 2012). Elde edilen eğitim haritası kişiye özel olarak oluşturulması gerekmektedir. KOAH'lı hastaya verilen eğitimde kullanılan başlıca tanılar şu şekildedir:

- Aktivite intoleransı
- Dayanma gücünde bozulma riski
- Enstrümental öz-bakım eksikliği
- Etkisiz doku perfüzyonu
- Etkisiz solunum örüntüsü
- Fiziksel mobilitede bozulma
- Gaz değişiminde bozulma
- Sosyal izolasyon riski
- Spiritüel distress

Yukarıda bahsedilen hemşirelik tanıları çerçevesinde şu müdahaleler yapılabilir (Abul ve Özlü, 2013; Akdemir ve Birol, 2005; Doğan, 2018; Akyıl, 2012; Uysal, 2014):

- Solunum yönündeki kısıtlanmanın azalması için bireye, uygun pozisyonlar öğretilmelidir.
- Bireyin ilaca uyumunu artırmak için ilaç dozları ve kullanım saatleri hakkında detaylı bilgilendirme yapılmalıdır.
- Bireye yapacağı aktiviteleri program ile dinlenme aralıkları kullanarak planlaması önerilmelidir.
- Verilecek eğitimde hasta tek başına değil, ailesi ve sosyal çevresi bakıma katılarak planlanmalıdır.
- Oluşabilecek akut problemlerde neler yapılacağı hasta ile birlikte belirlenmelidir.
- KOAH komplikasyonları ve bunu tetikleyen iritanlardan uzak durulması gerektiği anlatılmalıdır.
- Bireyin ruhsal durumu değerlendirilmeli ve periyodik aralıklarla sorgulanmalıdır.
- Bireyin baş etme yöntemleri değerlendirilmelidir.
- Kişinin güçlü yanlarına odaklanılarak öz-etkililik seviyesini yükseltmek için terapötik iletişim kurulmalıdır.
- Yaşam kalitesinin artırılması için birey fiziksel ve ruhsal anlamda desteklenmelidir.
- Kişinin sağlık davranışlarını sürdürmesi için gerekli birimlerle görüşme sağlanmalıdır.

2.9. KOAH ve İlaça Uyum

Hastaların tedaviye olan uyumu ve tutumu sıklıkla ele alınmış ve zamanla kavramlarda değişiklik meydana gelmiştir. İlk olarak uyumluluk kavramıyla karşımıza çıkan tedaviye uyma davranışlarında kavramın alt boyutları incelenerek belirli çıkarımlar yapılmıştır. Uyumluluk, kelime anlamı olarak bakıldığında, sağlık profesyonelinin verdiği direktiflere uyma anlamı taşıdığından hastayı edilgen bir pozisyona soktuğu için eleştirileri almış ve uyum davranışlarını tanımlamada yetersiz bulunmuştur (Haynes ve ark., 1979). Zaman içerisinde uyumluluk kavramı yerini uyuşma kavramına bırakmıştır. Bu kavramda ise hasta ve sağlık profesyonelinin aynı paydada buluşması amaçlanmıştır. Ancak iki tarafı da tamamen farklı düşündüğü durumlarda uyuşma kavramının da yetersiz kaldığı göze çarpmıştır (Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 1997). Literatürdeki kavram yolcuğunun sonunda “ilaça uyum” diğer kavramlardan daha çok göze çarpmıştır. İlaça uyum; hastanın tek taraflı sorumluluk altında olması değil, aksine kendi tercihlerini yapması ve mevcut tedavi seçenekleri hakkında söz sahibi olması gerektiğini vurgulamaktadır (Horne, 2006).

İlaça uyum kavramı tedavilerin devamlılığı açısından birçok klinik rehberin ilgi odağı olmuştur. İlaça uyum konusunda bütün öğeleri kategorize etmek amacıyla Avrupa Birliği tarafından Uyumluluk Belirleyici Engeller (Ascertaining Barriers to Compliance (ABC)) sınıflandırılması yapılmıştır. ABC sınıflandırmasında ilaca uyum yönetiminin belirgin hedefinin faydayı en üst düzeye çıkarırken zararı en aza indirmek olduğunu savunmaktadır. Bu sayede reçete edilen ilaçların hastalar tarafından etkin bir şekilde kullanılması amaçlanmaktadır (Vrijens ve ark., 2012). ABC sınıflandırmasında ilaca uyum “başlatmak- uygulamak- kalıcılık” olmak üzere üç adımdan oluşmaktadır. Başlatma adımı hastanın ilacın ilk dozunu almasıyla başlar. Uygulama adımı hastanın başlangıç dozunu aldığı andan son dozu alana kadar geçen sürede düzenli kullanıp kullanmamasıyla alakalıdır. Kalıcılık ise ilk doz ve son doz arasındaki süredir. ABC sınıflandırmasına göre hastanın sağlık sistemine, sağlık çalışanlarına, sahip oldukları sosyal destek ilaca uyumu etkilemektedir (Vrijens ve ark., 2012).

İlaça uyum ile ilgili yapılan çalışmalarda köşe taşlarından biri 2003 yılında DSÖ tarafından yayınlanmıştır. DSÖ’ye göre ilaca uyum çok boyutlu bir olgudur.

Özellikle kronik hastalıklarda meydana gelen başarısız tedavi sonuçları birçok farklı boyuta bağlıdır. DSÖ başarısızlık nedenlerini ekonomik ve sosyal faktörler, hastaya yardımcı olan sağlık ekibi, mevcut sağlık sistemi, hastalığın özellikleri ve tedavi çeşidine bağlamaktadır. Kısacası tedavinin devamı sadece hastaya bağlı değil aksine uyumu etkileyen faktörlerin zincirin halkaları gibidir (WHO, 2003).

İlaça uyum kavramı anlatıldığı üzere tedavinin gidişatı ve doğuracağı sonuçlar açısından önemli bir yeri olan ve birçok klinik rehber tarafından ele alınmış bir kavramdır. Özellikle kronik hastalıklarda uzun süreli devam eden ve çeşitli tedavi tiplerinden oluşması açısından hastanın ilaca uyumu değerlendirilmelidir. Kronik hastalıklarda ilaca ve tedaviye uyumun sağlanmasıyla hastaneye yatış oranı ve sağlık maliyetleri fark edilir şekilde azalmaktadır. Literatür incelendiğinde, farklı kronik hastalıklarda ilaca uyumsuzluğun %50 gibi kritik bir oranda olduğu gözlenmiştir (Osterberg ve Blasch, 2005). Solunum yolu hastalıklarında da ilaca uyumun benzer oranlarda olduğu saptanmıştır (Haupt ve ark., 2007; Krigsma ve ark., 2005). KOAH da uzun süreli tedavi gerektiren bir hastalık olduğu için ilaca uyumsuzluk konusunda takip edilmesi gerekmektedir. KOAH hastalarının ilaca uyumunu inceleyen bir araştırmada ise oran %50 bulunmuştur (Oğuzülgen ve ark., 2014).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan hastaların tedavi yönetiminde, gözlenen hastalık belirtilerinin ve akut alevlenmelerin azalması için ilaca uyumun sağlanması çok önemlidir (Lareauc ve Yawn, 2010). KOAH'da olan ilaca uyma oranı hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi ve depresyon gibi diğer kronik hastalıklara göre oldukça düşüktür (Dekhuijen, 2018). Bu nedenle ilaca uyumu sağlamak tedavinin büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Bu alanda yapılacak ilk iş ilaca uyumsuzluğa neden olan faktörleri belirlemektir. İlaç uyumsuzluğuna neden olan faktörler iki başlık altında incelenmektedir. Birincil uyumsuzluk, reçetenin yanlış yazılması, yanlış ilaç verilmesi gibi sorunlardır. İkincil uyumsuzlukta ise ilaç programının değişmesi, ilaçların çok veya az kullanılmasından oluşmaktadır (Fonseca ve ark., 2011). Ek olarak hastanın bilgisi, tedaviye karşı olan tutumu ve beklentileri ilaca olan uyumuna etki etmektedir (WHO, 2003). Kişinin ilaçtan yarar göremeyeceğini düşünmesi, mevcut sigara kullanımı, eşlik eden ek hastalıkların varlığı, depresif duygudurum, artan yaş KOAH'da ilaca uyumu negatif yönde etkileyen faktörlerdendir (Tottenborg ve ark., 2016). Sosyo-ekonomik durum da hastanın ilaca

olan uyumunu etkileyen faktörler arasındadır. Yapılan araştırmalarda yoksulluk, düşük eğitim düzeyi, işsizlik, yetersiz sosyal destek, çoklu ilaç kullanımı ve ilaç maliyetlerinin ilaca uyumu olumsuz etkileyerek, ilaç kullanmayı bırakmaya neden olduğu saptanmıştır (Mueller ve ark., 2017 Tottenham ve ark., 2016). Ancak hastanın ilacın etkinliğine yönelik beklentilerinin, sosyo-demografik özelliklerden daha belirleyici bir etken olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Khdoar ve arkadaşları (2012) ilacın yararlı olacağını düşünen ve öz-etkililiği yüksek olan hastaların ilaca uyumunun daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bireyin psikolojik durumu ve öz-etkililik algısı ilaca uyumu etkileyen kilit noktalardan biridir. KOAH hastaları için yetersiz terapötik uyumun kısa ve uzun vadeli klinik sonuçları düşünüldüğünde, uyumun iyileştirilmesi KOAH bakımında bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır (Lopez-Campos ve ark., 2019).

Ayrıca komorbiditelerin varlığı, sadece ilaç sayısı üzerindeki etki nedeniyle değil, aynı zamanda bu komorbiditelerin KOAH üzerindeki etkisi nedeniyle de ilaca uyumu etkileyebilmektedir. Buna en iyi örnek, depresif ruh hali ve uyum arasındaki ilişkidir. Bu ilişki uyum ve hastalık şiddeti veya sosyo-demografik faktörler arasındaki ilişkiden daha çok etkilemektedir (Khdour ve ark., 2012). Bilişsel bozukluklar, tedaviye olan uyumu etkileyebilecek önemli bir parametre olabilmektedir (Turan ve ark., 2017).

İlaçlara terapötik uyumun değerlendirilmesi KOAH hastaları için uygulanan tedavi ve bakım planında önemli bir unsuru ve klinikte güncel bir zorluğu temsil etmektedir. Ek olarak, klinik uygulamada uyum eksikliği ile ilişkili faktörlerin dikkate alınması, sağlık profesyonellerine düşük uyum riski altındaki hastaların tanımlanmasında ve belirli popülasyonlarda uyumu öneminin güçlendirilmesinde yardımcı olabilir. Sağlık personeli, uyuma ilişkin konuların farkında olmalı ve hastaneye her başvurdıklarında hastaları eğitime fırsatını değerlendirmelidir (Lopez-Campos ve ark., 2019).

2.10. KOAH Hastalarının İlaça Uyumlarını Değerlendirmede Hemşirenin Rolü

Hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki iletişimi etkili bir biçimde başlatmak ve devam ettirmek, KOAH hastalarında ilaca uyumu sağlamak için en önemli faktörlerden biridir. Hasta ve hemşire arasındaki diyalogun sağlam başlaması için hemşire hastanın güvenini kazanmalı, bilgi birikimini pratiğe dökerek hastaya eğitim

vermelidir. Ek olarak hasta-hemşire ilişkisinde en sık dile getirilen problemin yetersiz süre olduğu göze çarpmaktadır (Lowery ve ark., 2012). Özellikle ilaca uyumun daha az olduğu çoklu ilaç kullanımında, hastalara ilaçların kullanımı, yan etkileri, yararları konusunda bilgi verilmelidir. Bu yönlerden bakıldığında hastaya yeterli zaman ayrılması ve nitelikli bir eğitim verilmesi ilaca uyumun sağlanmasında tedavinin vazgeçilmez bir parçasıdır (Rolnick ve ark., 2013).

Hastanın algıladığı tedavi yükü, iyi verilen bir eğitimle değiştirilebilir. Bu algının pozitif anlamda değişmesiyle ilaca uyumun arttığı yönünde kanıtlar mevcuttur (van Grunswen ve ark., 2000). KOAH'lı hastalarda etkin verilen eğitim ve bakım çerçevesinin genişletilmesi ile bireyin uyumu artmakta ve hastaneye yatış belirgin oranda azalmaktadır. Bu sayede sağlık maliyetleri de azalmaktadır (Garcie-Aymerich ve ark., 2007; Casas ve ark., 2006).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı gibi kronik, ilerleyici ve akut dönemleri olabilen bir hastalıkta, bireyin hastalığı ve zaman içindeki evrimini anlaması ve meydana gelebilecek olayları ele almayı öğrenmesi önemlidir. Bu amaçla, inhalasyon tekniğini geliştirmeyi ve inhale ilaçları zaman içinde korumanın önemini anlamayı içeren kendi kendini yönetme planları tasarlanmıştır (Barecheguren ve Bourbeau, 2018). Bu hastalarla etkileşime girerken sağlık profesyonelinin duyarlı olması önemlidir. Bireyin hastaneye başvurduğu her durum hastayı terapötik uyumun değeri konusunda eğitmek için bir fırsat olarak düşünülmelidir. İnhalasyon teknikleri ile ilgili tekrarlayan talimatlar da tedavi programına bağlı kalmaya katkıda bulunabilir (Takemurra ve ark., 2011). İlaç uyumsuzluğu nedeniyle hastalık kontrolü sağlanamazsa hastalık şiddetinin ve tedavi dozlarının artması kaçınılmazdır (Melani ve Paleori, 2016).

İlaça uyumu iyileştirmek için uygulanan standart bir müdahale programı bulunmamaktadır. Bununla birlikte hastayı sosyal ve fiziksel yönlerden destekleyen çok yönlü bir motivasyon programı oluşturulmalıdır. Sağlık profesyoneli hastaya KOAH ile ilgili bilgi vermeli, doz hatırlatıcıları, görsel ve işitsel materyaller ile desteklenmelidir. Ek olarak kişiyi psikolojik anlamda destekleyecek moral öğelerinin oluşturulması KOAH hastalarında ilaca uyumu sağlamak için etkili bir yaklaşımdır (Leiva-Fernandez ve ark., 2014).

Hastalarla en çok görüşme fırsatı bulan sağlık profesyonelleri hemşireler olduğu için bireyin tedaviye uyumunu devam ettirmede önemli konumdadırlar (Doğan, 2018). Vestbo ve arkadaşlarının (2017) yaptığı meta-analiz çalışmasının sonucunda, hemşire liderliğinde verilen eğitimlerin ve yapılan müdahalelerin, taburcu olan yaşlı hastalarda uzun süreli kullanılan ilaçlara uyumu artırdığı kanıtlanmıştır. Bu nedenle hemşireler hasta eğitiminde ilaca uyum ve ilaç kullanımı konusunda da bilgi vermeli ve bireye danışmanlık sağlamalıdır (Vestbo ve ark., 2017).

2.11. KOAH ve Öz-Etkililik

Öz-etkililik terimi ilk olarak psikolog Albert Bandura tarafından Sosyal Bilişsel Kuram kapsamında tanımlanmıştır (Bandura, 1977). Öz-etkililik belirli bir eylemi yaparken bireyin o eylemi başarıyla tamamlayacağına dair kendine olan güvenidir. Bu kavramda önemli olan kişilerin becerileri değil, o eylemi başaracağına dair inancıdır (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015).

Öz-etkililik algısı sonuç beklentisi ve öz-etkililik beklentisi olmak üzere iki alt başlıkta incelenmektedir. Sonuç beklentisi alt boyutunda yapılan her eylemin belirli bir sonucu olacağı öngörülmektedir. Öz-etkililik alt boyutu ise kişinin o eylemi yapabileceğine dair kendine olan güveni ve inancını yansıtmaktadır (Kara ve Mirici, 2002). Öz-etkililik algısı belirli kaynaklardan etkilenebilir ve algıda değişiklikler meydana gelebilir. Öz-etkililik algısını etkileyen kaynaklar şu şekildedir (Bandura, 1977):

Geçmiş deneyimler: Kişinin geçmişte yaşamış olduğu olumlu veya olumsuz deneyimlerden elde ettiği çıkarımlardır.

Sözel İkna: Kişinin bir eylemi yapmaya başladığında, çevresinde yapacağına ya da yapamayacağına dair duyduğu sözlerden oluşur.

Model alma: Kişinin gözlemlediği durumlarda elde ettiği sonuçlardır. Birey çevresinde yaşanan bir olaydan veya okuduğu kitaptaki yaşananlardan bile etkilenip kendine çıkarım yapabilir ve öz-etkililik algısını değiştirebilir.

Duygusal Durum: Kişinin eyleme başlayacağı sırada fiziksel ve ruhsal olarak içinde bulunduğu durumdur. Eylemler neyin doğru olduğu ile ilgili değil, kişinin neyi doğru yapacağına olan inancıyla ilişkilidir.

Öz-etkililik kişinin başarmak istediği eyleme göre motivasyonunu artırması ve etrafındaki etmenleri de amacı için düzenlemesidir. Öz-etkililik seviyesi düşük olan bireyler karşılaştıkları olaylarda ümitsizliğe düşerler. Başarısız olacaklarını düşünerek her eyleme çekinerek başlarlar ya da hiç başlamazlar. Öz-etkililik seviyesi yüksek olan bireyler ise yaşadıkları her durumda kendine güvenir, yaşadıkları zorluğu bütünüyle ele alarak başarıya ulaşmayı amaçlar (Bandura, 1989). Öz-etkililik algısı arttıkça bireyin harcadığı çaba da artmaktadır. Yapabileceğine inancı tam olan kişi, yaptığı her eylemi amacına ulaşmakta bir amaç olarak görmektedir. Böylece eylem negatif sonuçlansa bile kendini başarısız olarak görmez, aksine tecrübelenmiş olduğunu hissederek gelecekte karşılaştığı olaylarda deneyim olarak kullanılır (Bandura, 1989; Senemoğlu, 2001).

Öz-etkililik bireylerin günlük yaşamlarında, sağlık davranışlarını geliştirmede, kronik hastalığı olan hastaların ise mevcut sağlık durumunun sürdürülmesi için üzerinde durulması gereken önemli bir kavramdır. Kronik hastalığı olan hastalar yaşadıkları semptomlar, uzun süren tedaviler ve tekrarlayan hastane yatışları nedeniyle motivasyon düşüklüğü yaşamaktadır. Öz-etkililiğin temeli olan motivasyonun düşmesiyle tedaviye olan uyumu zorlaştırmaktadır (Aksayan ve Gözümlü, 1999). Özellikle KOAH'da yaşanan nefes darlığı, kronik öksürük gibi bulgular hastaların günlük aktivitelerini sınırlandırmaktadır. Hastalığın şiddeti ilerledikçe semptom şiddeti de ilerlemektedir. Belirli bir zaman sonra en basit fiziksel aktivitelerde bile nefes darlığı yaşayan birey, ilk olarak kendi hareketlerini kısıtlamaktadır (Olgun ve ark., 2014). Kronik hastalığa sahip hastaların öz-etkililik seviyesini inceleyen araştırmalarda KOAH hastalarının diğer kronik hastalıklara göre öz-etkililik algısını çok daha fazla etkilediği gözle çarpılmaktadır (Ceyhan ve Ünsal, 2018). Ülkemizde yapılan bir çalışmada KOAH hastalarında öz-etkililik düzeyi yükseldikçe genel işlevsellik, yaşam kaliteleri ve beş yıllık sağ kalım oranının arttığı belirlenmiştir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2016). Hastalıkla birlikte yaşamını sürdüren birey, durumu etkili bir şekilde yöneteceğine inanmazsa ve kendi yeteneklerine dair şüpheyne düşerse öz-etkililik algısı düşmektedir. Bu nedenle bütün durumlarda en kötü senaryoya odaklanıp, çaba göstermekten vazgeçip sonucunda da eylemleri olumsuz sonuçlarla tamamlamaktadır (Pender ve ark., 2002).

Soicher ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırmada öz-etkililik algısı düşük olan hastaların, pulmoner rehabilitasyon tedavisinden sonra fiziksel aktivitelerini sürdürmede başarısız olduğu saptanmıştır. Literatürde, öz-etkililik seviyesinin artmasıyla bireyin fiziksel aktivitesinin arttığı göze çarpmaktadır (McAuley ve ark., 2007; Jacksonn ve ark., 2014). Daha yüksek öz-yeterlik düzeyleri, KOAH hastalarında daha az nefes darlığı, daha düşük anksiyete seviyeleri ve daha düşük depresyon düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur (Simpson ve Jones, 2013). KOAH gibi kronik bir hastalıkta, öz-etkililiği artırmak yaşam kalitesini olumlu etkileyebileceğinden, uygun değerlendirme ve gerekli danışmanlığın yapılması gerekmektedir (Sommaruga ve ark., 2012).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı semptomlarının, etkin olarak yönetilerek hastanın yaşamdan kopmamasını sağlamak için bireyin öz-etkililik seviyesini yükseltmek vazgeçilmez adımlardan biridir (Çil Akıncı, 2017). Bu sayede hastanın yaşam kalitesi artmış olacak ve KOAH sonucu oluşabilecek komplikasyonlara karşı durumu yönetebilecek becerilere sahip olacaktır (Jacksonn ve ark., 2014). KOAH'a bağlı oluşabilecek solunum güçlüğü, akut alevlenme, hareket kısıtlılığı gibi sorunlarla başa çıkabilmesi için öz-etkililik seviyesi artan birey, kendini hastalığın kölesi olarak görmez aksine bağımsız hissederek olaylara ve sonuçlara etkisi olacağının farkına varır. Bu nedenle KOAH hastaları tanı konulduğu andan itibaren öz-etkililik konusunda değerlendirilmelidir. Hastalarla kurulan iletişimde ve bireyi gözlemleme aşamasında hemşireler önemli rol üstlenmektedir (Akyıl, 2012; Kara ve Yıldız, 2014; Akyıl ve Gözümlü, 1999).

2.12. KOAH Hastalarının Öz-Etkililiğini Değerlendirmede Hemşirenin Rolü

Hemşirelik mesleği klinik ortamda profesyonel işleyişe dayalı bakım, tedavi ve danışmanlık görevlerini içermektedir. Mesleğin temel amacı bireyin sağlığına kavuşmasında veya rutin sağlık davranışlarının devamında bütüncül bakım vermektedir. Birey, sadece farmakolojik tedavi programına göre değil, psikolojik ve sosyal yönlerden de desteklenmelidir (Gülseven ve Oğuz, 2011). Bütüncül bakıma dayalı hemşirelik felsefesinde temel taşlarından biri hastanın öz-etkililik düzeyini değerlendirmek ve bireyin öz-etkililiğini geliştirmede gerekli önlemleri almaktır (Ceyhan ve Ünsal, 2018). KOAH tedavi ve yönetiminde hemşirelerin aktif olarak rol almasıyla birlikte hastaneye yatışların azaldığı ve yaşam konforunun arttığı

görülmüştür (Woodbaker ve ark., 2012). Ülkemizde yapılan araştırmalarda etkili hemşirelik bakımının hastaların öz-etkililik algısını olumlu etkileyerek, sağlık davranışlarının geliştirilmesinde yadsınamaz bir etkisi olduğu saptanmıştır (Ağdemir, 2017; Çevik, 2011). Bu nedenle hastalara her konuda danışmanlık sağlayan hemşireler, özellikle kronik hastalığı olanlar da öz-etkililik seviyesini değerlendirmeli ve gerekli müdahalelerde bulunmalıdır. Öz-etkililik algısının yükselmesi için bireyin hastalık üzerinde hakimiyet kurması önemlidir (Akyıl, 2012). Bu aşamada KOAH hastaları, hemşirelerin yakın takibinde olmalı ve hemşireler eğitimci ve danışman rolünü aktif olarak kullanmalıdır (Ceyhan ve Ünsal, 2018). Verilecek eğitimde ilk olarak KOAH'ın gelişimi ve şiddetlenmesine neden olan etkenler detaylı olarak hastaya anlatılarak risk faktörleri belirlenmelidir (GOLD, 2020). KOAH semptomları, olası komplikasyonlar ve bunlarla baş etme yöntemleri hasta ile birlikte belirlenmelidir. Semptom şiddetinin artmaması için düzenli beslenme ve egzersiz programı oluşturulmalıdır. Multidisipliner bir çalışma ile bireyin hastalığa ve tedaviye uyumu sağlanmalıdır (Akdemir ve Birol, 2005; Akyıl, 2012). Bunların yanı sıra hemşireler, bireyin baş etme becerileri ve kişilik özelliklerini keşfetmesinde danışmanlık yapmalıdır. Gerekirse aile üyeleri ile iletişim kurularak iş birliği yapılmalıdır. Hastaların öz-etkililik seviyesinin yükselmesi, kendilerini hastalığa bağımlı olarak görmelerini engellemekte ve hastalığın gidişatında kendi rolü olduğunu düşündürmektedir. Birey hastalık üzerindeki gücünü fark ederek tedaviye uyum sağlamaktadır. Bu sayede bireyin algıladığı hastalık yükünün azalmasının yanı sıra uzun vadede hastaneye yatışları azaltacağından dolayı ülke ekonomisine de katkısı olacaktır (Köktürk ve ark., 2017).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma acil servise başvuran kronik obstrüktif akciğer hastalarında ilaca uyum ve öz-etkililik düzeylerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Acil Servisi'nde yürütülmüştür. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'nde resüsitasyon odası, kırmızı alan, dahiliye sarı alan, cerrahi sarı alan, çocuk sarı alan, yeşil alan, acil kadın doğum, erişkin triyaj bir, erişkin triyaj iki alanı, enjeksiyon odası ve pansuman odası bulunmaktadır. Acil servis, toplam 80 yatak kapasitesine sahiptir. Acil serviste 11 uzman hekim, 38 asistan, 80 hemşire, 24 paramedik veya acil tıp teknisyeni, 10 ebe ve bir sorumlu hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 08:00-16:00, 16:00-08:00 ve 08:00-08:00, olmak üzere üç vardiya şeklinde çalışmaktadır. KOAH tanılı hastalar dahiliye bölümü sarı alanda veya kırmızı alanda bulunmaktadır. Bu iki alanda 20 hemşire görev yapmaktadır. Dahiliye sarı alan 10 yatak kapasitesine sahip olup, bir vardiyada beş hemşire görev yapmaktadır. Kırmızı alan 24 yatak kapasitesine sahiptir ve bir vardiyada altı hemşire çalışmaktadır. Acil servise gelen KOAH tanılı hastalarda ilaca uyum ve öz-etkililiğin belirlenmesi için girişim veya eğitim uygulanmamaktadır. Araştırmanın yürütülmesinde EK-1'de yer alan araştırma takvimi dikkate alınmıştır. Araştırma, etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra Ocak-Ekim 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Acil Servisi'ne tedavi için gelen KOAH tanılı hastalar oluşturmuştur. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne 01.01.2018-01.12.2018 tarihleri arasında KOAH tanılı toplam 602 hasta acil servise başvurmuştur. Bu hesaplama yapılırken tekrarlı yatışlar dikkate alınmamış, her hasta başvurusu tek bir defa hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemine Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Acil Servisi'ne KOAH tanısı ile başvuran örnekleme alınma kriterlerine uyan hastalar dahil edilmiştir.

3.3.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında, istatistik alanında uzman bir öğretim üyesinden destek alınmıştır. Araştırmada %5 tip-I hata ve %95 güven aralığında (Raosoft sample size calculator) örneklem büyüklüğü 235 KOAH tanılı hasta olarak bulunmuştur.

3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmanın örnekleme aşağıdaki özelliklere uyan hastalar alınmıştır:

- KOAH tanısı konulmuş olan
- 18 yaş ve üzerinde olan
- Acil servise başvuran
- Kendi ifadesine göre psikiyatrik bir hastalığı olmayan
- Araştırmayı katılmayı kabul eden hastalardır.

3.3.3. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmanın örnekleme aşağıdaki özelliklere uyan hastalar alınmamıştır:

- İletişim güçlüğü bulunan
- Araştırma esnasında katılmaktan vazgeçen hastalardır.

Araştırmaya katılması için görüşülen hastalardan yedisi araştırmaya katılmaya isteksiz olduğu için araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Örneklem sayısına ulaşınca kadar veri toplamaya devam edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak, Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-2), Kişisel Bilgi Formu (EK-3), İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (EK-4) ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (EK-5) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu (EK-3) araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu hazırlanan sorulardan oluşmaktadır (Hermiz and ark, 2002; Coultasand ark; 2005; Cihangir, 2007; Kara Kaşıkçı, 2007; Metin, 2011). Kişisel Bilgi Formunda (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, çalışma durumu, ekonomik durum, sigara ve alkol kullanımı, birlikte yaşanan kişiler, günlük işlerde yardım alma durumu, hangi işlerde yardım alındığı) 11 soru ve hastalığa ilişkin özellikler (KOAİ tanı süresi, son bir yılda KOAİ nedeniyle hastaneye yatma ve acil servise başvurma durumu, KOAİ dışındaki sağlık problemleri, kullanılan tedaviler, kullanılan ilaçlar, sağlık kontrollerine düzenli gitme durumu, sağlık kontrollerine düzenli gitme süresi, ilaca uyum düzeyi, son bir yılda grip aşısı olma durumu, son beş yılda pnömokok aşısı olma durumu, acil servise geliş nedeni) bölümünde 12 soru olmak üzere toplam 23 soru bulunmaktadır.

3.4.2. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği

İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği [Medication Adherence Report Scale (MARS)], Horne ve Hankins (2001) tarafından ilaç uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilen jenerik bir ölçek olup hastalık türüne göre özelleştirilebilmektedir. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'nin tansiyon, diyabet, romatoid artrit, astım, koah, iki uçlu duygu durum bozukluğu, inflamatuvar bağırsak hastalığı, hiperlipidemi ve kronik ağrı gibi pek çok hastalığa yönelik uyarlamaları literatürde yer almaktadır (Sandy ve Connor, 2015). Katılımcılardan 5 ifadenin her birisinin kendilerinde görülme sıklıklarını belirtmeleri istenmektedir. Ölçek 5=asla, 4=nadiren, 3=bazen, 2=sık sık ve 1=her zaman olacak şekilde 5'li likert tipi ile değerlendirilmektedir. Maddelerden elde edilen puanlar toplanarak toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınan puanlar 5 ile 25 arasında değişmektedir. Elde edilen puanlardaki yükselme uyumluluğa, puanlardaki düşme ise uyumsuzluğa işaret etmektedir (Horne ve Hankis, 2001). İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'nin tek faktör yapısı ile değerlendirildiği, kriter ve ayırt edici geçerlilik ile güvenilirlik (Cronbach alfa=0.85) bakımından iyi düzeyde olduğu bulunmuştur (Horne ve Weinman, 2002).

İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması Temeloğlu Şen ve arkadaşları (2019) tarafından yapılmış, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.78 olarak

belirtilmiştir. Bizim araştırmamızda, yapılan güvenilirlik analizlerine göre; İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'nin Cronbach alfa katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur.

3.4.3. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği

Wigal ve arkadaşları (1991) tarafından geliştirilen KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (EK-5), 34 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği $r=0.77$, iç tutarlığı 0.95 olarak belirtilmiştir. Ölçek; olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba, hava/çevre etkisi ve davranışsal risk faktörleri olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Likert tipi puanlanan ölçekte 5=çok güvenli, 1=hiç güvenli değil'i ifade etmektedir. Ölçek alt boyutlarına verilen yanıtlara ait puanların toplanması ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği'nin beş alt boyutunun her birinin puanı elde edilirken her alt boyuttaki puanların, alt boyuttaki madde sayısına bölünmesi ile ölçek alt boyutlarına ait puanlar belirlenmektedir. Ölçek alt boyutlarına ait puanların toplanması ile ölçek genel puanı; genel puanın ölçeği oluşturan madde sayısına bölünmesi ile genel puan belirlenmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması, solunum güçlüğüne yönetme veya sakınmaya ilişkin güven derecesinin artması olarak yorumlanmaktadır.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Kara ve Mirici tarafından (2002) yapılmış, ölçeğin test tekrar güvenilirliği $r=0.89$, iç tutarlığı 0.94 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Türk toplumu için geçerlik güvenilirliğe sahip ve KOAH hasta grubuna duyarlı bir araç olarak kullanılabileceği belirtilmiştir. Bizim araştırmamızda, yapılan güvenilirlik analizlerine göre; KOAH Öz-Etkililik Ölçeği toplam Cronbach alfa katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur.

3.5. Ön Uygulama

Araştırmamızın ön uygulaması; Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Etik Kurulu ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izinleri alındıktan sonra, Ocak 2020 tarihi itibarıyla Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Acil Servisi'nde örneklem kriterlerine uyan 10 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı bilgilendirilmiş olur formu alınmıştır. Hastaların anket sorularında anlamakta zorlandıkları yerler değerlendirilerek ifade etmeleri istenmiştir. Veri toplama formlarının cevaplama süresi yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmüştür. Veri toplama formlarında tanımlayıcı özelliklerinden gerekli olmadığı

düşünülen birkaç madde çıkartılmıştır. Ön uygulama yapılan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın ön uygulaması yapıldıktan sonra Ocak-Ekim 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran 235 KOAH tanılı hastadan, veri toplama formları kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplanmıştır. Ölçek maddelerinin hastalar tarafından daha iyi anlaşılabilmesi için, tüm hastalara araştırmacı tarafından araştırma soruları okunmuş ve hastanın yanıtları işaretlenmiştir. Her hastaya çalışma ile ilgili bilgi verilerek, yazılı ve sözlü onamları alınmış, veri toplama işlemi gerçekleştirilmiştir. Veri toplama formlarının doldurulma süresi ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Verilerin toplanmasında, KOAH hastalarının ilaca uyum ve öz-etkililik düzeylerinin incelenmesi amacıyla İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma Uygulama Süreci Şekil 3.1.'de verilmiştir.



Şekil 3.1.Araştırmanın Uygulama Süreci

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için, araştırmaya başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı onay (Tarih: 20.03.2019; Karar No:294) (EK-6) ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Acil Servisi'nden kurum izni (Tarih: 02.05.2019) (EK-7) alınmıştır. Araştırmada kullanılmak üzere KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği için yazarlardan e-posta yoluyla izin alınmıştır (EK-8). Araştırmaya katılan KOAH tanılı hastalardan yazılı Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-2) alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tek merkezde yürütüldüğü için, araştırma sonuçlarının tüm KOAH'lı hastalara genellenememesi araştırmanın sınırlılığı olarak görülmektedir.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: KOAH hastalarının ilaca uyum ve öz-etkililik düzeyleri bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: KOAH hastalarının tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özellikleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, analizler IBM SPSS 23.0 paket programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler n(%), ortalama±standart sapma veya medyan (min-maks) değerleri ile sunulmuştur. Normal dağılım varsayımı Shapiro Wilks testi ile kontrol edilmiştir. KOAH Öz-Etkililik toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamaları ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalamaları normal dağılım varsayımını sağlamadığı için istatistiksel karşılaştırmalar non-parametrik testler ile yapılmıştır. İki grubun ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın analizinde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grubun ölçek puanlarının karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi, anlamlı çıkan durumlar için post-hoc test olarak Bonferroni-Dunn testi kullanılmıştır. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği ve KOAH Öz-Etkililik toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ve ölçekler ile diğer değişkenler arasındaki ilişkinin analizi için Spearman korelasyon testi yapılmıştır. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalamasını bağımsız olarak

etkileyen faktörlerin belirlenmesinde çoklu lineer regresyon analizi kullanılmıştır. Ölçeklerin iç tutarlılığının analizinde Cronbach alfa güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır. 0.05'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Bu bölümde, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran, KOAH tanılı ve araştırmayı kabul eden 235 hastadan elde edilen veriler incelenmiştir. Araştırma verilerine ait bulgular aşağıda yer alan ana başlıklar altında verilmiştir.

- KOAH Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular
- KOAH Hastalarının Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular
- KOAH Hastalarının İlaç Uyumuna İlişkin Bulgular
- KOAH Hastalarının Öz-Etkililik Düzeyine İlişkin Bulgular
- İlaç Uyumunu ile Öz-Etkililik Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular
- KOAH Hastalarının İlaç Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Çoklu Lineer Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

4.1. KOAH Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya dahil edilen hastaların (n=235) tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. KOAH Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı özellikler		
Yaş, $\bar{X} \pm SS$/medyan(min-maks)	69.4 $\pm$ 11.24	70(32-96)
	n	%
Cinsiyet		
Erkek	163	69.4
Kadın	72	30.6
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	46	19.5
İlkokul	114	48.5
Ortaokul	35	14.9
Lise	26	11.1
Üniversite	14	6.0
Medeni durum		
Evli	150	63.8
Bekar	85	36.2
Meslek		
Emekli	143	60.8
Ev hanımı	65	27.7
Serbest meslek	27	11.5
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	211	89.8
Tam gün çalışıyor	13	5.5
Yarım gün belli saatlerde çalışıyor	11	4.7
Ekonomik durum		
Gelir giderden az	122	51.9
Gelir gidere eşit	97	41.3
Gelir giderden fazla	16	6.8
Sigara kullanımı		
Halen içen	43	18.3
Hiç içmeyen	44	18.7
Bırakan	148	63.0
Sigara kullanım süresi (n=191)*		
1-5 yıl	11	5.8
6-10 yıl	21	11.0
11-20 yıl	27	14.1
20 yıl üstü	132	69.1

Tablo 4.1. KOAH Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (devam)

Tanıtıcı özellikler	n	%
Alkol kullanımı		
Halen içen	23	9.8
Bırakan	101	43.0
Hiç içmeyen	111	47.2
Alkol kullanım süresi (n=124)*		
1-5 yıl	31	25.0
6-10 yıl	22	17.8
11-20 yıl	35	28.2
20 yıl üstü	36	29.0
Evde yaşadığı kişiler		
Eş veya çocuklar	192	81.7
Yalnız	33	14.0
Akraba veya arkadaş	8	3.4
Bakıcı	2	0.9
Günlük işlerde yardım alma durumu		
Evet	188	80.0
Hayır	47	20.0
Yardım alınan işler (n:188)*/**		
Hastane işleri	172	91.5
Ev işleri	171	91.0
Alışveriş	170	90.5

* Yüzdelere n değeri üzerinden hesaplanmıştır.

**Birden fazla seçenek işaretlendiği için satır yüzdeleri hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguları Tablo 4.1’de verilmiştir. Tabloya göre, hastaların yaş ortalaması 69.4 ± 11.24 yıl (min:32; maks:96) olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %69.4’ü erkek, %48.5’i ilköğretim mezunudur. Hastaların %63.8’i evli, %60.8’i emekli olup %89.8’i çalışmadığını, %51.9’u gelirinin giderinden az olduğunu, %63’ü sigarayı bıraktığını, %69.1’i 20 yıl üstünde sigara içtiğini ifade etmiştir. KOAH tanılı hastaların %9.8’i halen alkol kullandığını %29’u 20 yıl üzerinde alkol kullandığını belirtmiştir. Hastaların %81.7’sinin eş veya çocukları ile yaşadığı, %80’inin günlük işlerde yardım aldığı, yardım alınan işlerin hastane işleri (%91.5), ev işleri (%91) ve alışveriş (%90.5) olduğu saptanmıştır.

4.2. KOAH Hastalarının Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan KOAH hastalarının hastalık özelliklerine ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.2. KOAH Hastalarının Hastalık Özelliklerinin Dağılımı

Hastalık özellikleri	n	%
Kronik hastalık durumu *		
Kalp hastalığı	107	45.5
HT	98	41.7
DM	60	25.5
KBY	20	8.5
Kanser	11	4.7
Diğer hastalıklar**	37	15.7
Kontrole düzenli gitme durumu		
Evet	134	57.0
Hayır	101	43.0
Kontrole gitme süresi		
Rahatsızlanınca	103	43.7
Ayda bir	57	24.3
İki ayda bir	26	11.1
Üç ayda bir	23	9.8
Altı ayda bir	20	8.5
Gitmiyor	6	2.6
Son bir yılda grip aşısı yaptırma durumu		
Evet	65	27.7
Hayır	170	72.3
Son beş yılda pnömokok aşısı yaptırma durumu		
Evet	40	17.0
Hayır	195	83.0
Hastaların kullandıkları tedaviler *		
Oksijen	103	43.8
BİPAP	10	4.3
CPAP	8	3.4
Hastaların kullandıkları ilaçlar *		
İnhaler/Nebül	187	79.6
Bronkodilatatör	173	73.6
Steroid	93	39.6
Mukolitik/Ekspektoran	73	31.1
Analjezik/Antiinflamatuvar	19	8.1
Diğer ilaçlar***	168	71.5

Tablo 4.2. KOAH Hastalarının Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (devam)

Hastalık özellikleri	n	%
İlaç uyumu		
İyi	161	68.5
Orta	68	28.9
Kötü	6	2.6
KOAH süresi (ay), $\bar{X} \pm SS$/medyan(min-maks)	92.5 $\pm$ 85.23	60 (1-540)
KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye yatma durumu		
Hiç	69	29.4
Bir defa	54	23.0
İki defa	46	19.6
Üç ve daha fazla	66	28.0
KOAH nedeniyle son bir yılda acil servise gitme durumu		
Evet	224	95.3
Hayır	11	4.7
KOAH nedeniyle son bir yılda acil servise gitme sayısı, $\bar{X} \pm SS$/medyan(min-maks)	5.3 $\pm$ 5.44	4 (1-50)
Acil servise gitme nedeni *		
Nefes darlığı	226	96.2
Balgam	128	54.5
Öksürük	125	53.2
Diğer	11	4.7

*Birden fazla seçenek işaretlendiği için satır yüzdeleri hesaplanmıştır.

**Diğer hastalıklar: kolesterol (n:19), prostat (n:7), tiroid (n:6), epilepsi (n:5)

***Diğer ilaçlar: desal (n:42), mide ilaçları (n:35), coraspirin (n:32), diltizem (n:24), kolesterol ilaçları (n:19), prostat ilaçları (n:7), tiroid ilaçları (n:6), epilepsi ilaçları (n:5)

Tablo 4.2’de çalışmaya katılan KOAH hastalarının hastalık özelliklerine ait bulguları sunulmuştur. Hastaların %45.5’inde kalp hastalığı, %41.7’sinde hipertansiyon bulunmaktadır. Hastaların %57’si genel sağlık kontrollerine düzenli geldiğini, %43.7’si rahatsızlanınca hastaneye başvurduğunu ifade etmiştir. Hastaların %72.3’ü son bir yılda grip aşısı ve %83’ü son beş yılda pnömokok aşısı yaptırmadığını belirtmiştir. Hastaların tedavi şekli olarak %43.8’inin oksijen, %79.6’sının inhaler/nebül %73.6’sının bronkodilatör kullandığı belirlenmiştir. Hastaların %68.5’inin kendi ifadesine göre ilaç uyumunun iyi, %28.9’unun orta olduğu bulunmuştur. Hastaların medyan KOAH süresi 60 ay (min:1; maks:540) olarak hesaplanmıştır. Hastaların %29.4’ünün KOAH nedeniyle son bir yılda hiç hastaneye yatmadığı, %28’nin üç ve daha fazla sayıda hastanede yattığı, %95.3’ünün KOAH

nedeniyle son bir yılda acil servise gittiği belirlenmiş ve bu hastaların son bir yılda acil servise gitme sayısının medyanı 4 (min:1; maks:50) olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların acil servise gitme nedenleri sırasıyla nefes darlığı (%96.2), balgam (%54.5), öksürük (%53.2) olarak belirlenmiştir.

4.3. KOAH Hastalarının İlaç Uyumuna İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'ne ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.3. KOAH Hastalarının İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalaması ve Güvenirlik Katsayısı

Ölçek	$\bar{X}$	SS	Minimum	Maksimum	Cronbach Alfa
İUBÖ	22.85	3.10	10.00	25.00	0.87

Tablo 4.3'te KOAH hastalarının İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalaması ve güvenirlik katsayısı verilmiştir. Hastaların ölçek puan ortalaması 22.85 ± 3.10 olarak bulunmuştur. Hastaların %3.4'ünün (n=8) ölçek puanı 10-15 puan, %15.3'ünün (n=36) 16-20 puan ve %81.3'ünün (n=191) 21-25 puan aralığında olduğu belirlenmiştir. Hastaların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'ne ait güvenirlik katsayısı 0.87'dir.

Tablo 4.4. KOAH Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı özellikler	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	Test değeri	P
Cinsiyet				
Kadın	23.19±2.61	25(16-25)	U=5530*	0.453
Erkek	22.7±3.28	24(10-25)		
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	22.59±3.11	24(15-25)	KWH=3.445**	0.486
İlkokul	22.96±2.8	24(13-25)		
Ortaokul	23.49±2.76	25(14-25)		
Lise	22.31±4.24	24(10-25)		
Üniversite	22.21±3.75	23.5(12-25)		
Medeni durum				
Evli	22.93±2.96	24(10-25)	U=6404.5*	0.950
Bekar	22.72±3.33	25(11-25)		
Meslek				
Ev hanımı	22.74±3.22	25(13-25)	KWH=5.254**	0.072
Emekli	23.15±2.75	25(11-25)		
Serbest meslek	21.52±4.12	23(10-25)		
Çalışma durumu				
Tam gün çalışıyor	20.08±5.06	20(10-25) ^a	KWH=6.874**	0.032
Yarım gün çalışıyor	22.36±3.11	23(16-25) ^{a,b}		
Çalışmıyor	23.05±2.87	25(11-25) ^b		
Ekonomik durum				
Gelir giderden az	22.61±3.17	24(11-25)	KWH=3.633**	0.163
Gelir gidere eşit	23.32±2.68	25(12-25)		
Gelir giderden fazla	21.87±4.44	24.5(10-25)		
Sigara kullanımı				
Halen içen	23.3±2.73	24(12-25)	KWH=1.851**	0.396
Bırakan	22.86±3.18	25(10-25)		
Hiç içmeyen	22.36±3.13	23.5(16-25)		
Sigara kullanım süresi				
1-5 yıl	21.82±3.52	23(15-25)	KWH=4.195**	0.241
6-10 yıl	23.71±3.02	25(12-25)		
11-20 yıl	22.67±3.74	24(11-25)		
20 yıl üstü	23±2.91	24.5(10-25)		
Alkol kullanımı				
Halen içen	23.22±3.15	25(12-25)	KWH=2.780**	0.249
Bırakan	22.56±3.14	24(11-25)		
Hiç içmeyen	23.04±3.04	25(10-25)		

Tablo 4.4. KOAH Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

Tanıtıcı özellikler	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	Test değeri	P
Alkol kullanım süresi				
1-5 yıl	22.97±2.54	24(16-25)	KWH=0.963**	0.810
6-10 yıl	23±2.91	24.5(15-25)		
11-20 yıl	22.8±3.33	24(12-25)		
20 yıl üstü	22.14±3.59	23(11-25)		
Evde yaşadığı kişiler				
Yalnız	22.27±3.98	25(11-25) ^a	KWH=7.591**	0.022
Eş veya çocuklar	23.1±2.79	24.5(10-25) ^a		
Akraba, arkadaş veya bakıcı	19.9±3.98	20.5(14-25) ^b		
Günlük işlerde yardım alma durumu				
Evet	22.94±2.82	24(14-25)	U=4378*	0.918
Hayır	22.49±4.03	24(10-25)		
Yardım alınan işler				
<i>Ev İşleri</i>				
Evet	22.92±2.84	24(14-25)	U=5439.5*	0.940
Hayır	22.66±3.71	24(10-25)		
<i>Hastane işleri</i>				
Evet	22.89±2.84	24(14-25)	U=5890*	0.275
Hayır	22.75±3.71	25(10-25)		
<i>Alışveriş</i>				
Evet	22.84±2.85	24(14-25)	U=5741*	0.621
Hayır	22.89±3.71	25(10-25)		

*Mann-Whitney U test, ** Kruskal-Wallis test. Bir sütundaki farklı küçük harfler gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farkı gösterir.

KOAH hastalarının tanıtıcı özelliklerine göre İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.4’de gösterilmektedir. Hastaların çalışma durumu ve evde yaşadığı kişilere göre İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p < 0.05$). Tam gün çalışan hastaların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği toplam puan ortalamalarının, çalışmayan hastalara göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p = 0.032$). Evde akraba, arkadaş veya bakıcı ile yaşayan hastaların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği toplam puan ortalamaları, evde yalnız ve eş veya çocukları ile yaşayan hastalara göre daha düşük bulunmuştur ($p = 0.022$).

Tablo 4.5. KOAH Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastalık özellikleri	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	Test değeri	P
Kronik hastalık durumu				
<i>Kalp hastalığı</i>				
Yok	22.88±3.12	25(10-25)	U=6567*	0.563
Var	22.82±3.08	24(12-25)		
<i>HT</i>				
Yok	22.61±3.38	24(10-25)	U=7145*	0.369
Var	23.19±2.62	25(14-25)		
<i>DM</i>				
Yok	22.73±3.25	24(10-25)	U=5483*	0.584
Var	23.20±2.58	24.5(15-25)		
<i>KBY</i>				
Yok	22.83±3.07	24(10-25)	U=2340.5*	0.484
Var	23.10±3.46	25(14-25)		
<i>Kanser</i>				
Yok	22.81±3.14	24(10-25)	U=1360*	0.535
Var	23.73±1.68	25(21-25)		
<i>Diğer</i>				
Yok	22.88±3.11	25(10-25)	U=3370.5*	0.411
Var	22.68±3.03	24(15-25)		
Kontrole düzenli gitme durumu				
Evet	23.36±2.61	25(14-25)	U=5307.5*	0.003
Hayır	22.18±3.54	23(10-25)		
Kontrole gitme süresi				
Ayda bir	23.81±2.06	25(15-25) ^a	KWH=12.926* *	0.024
İki ayda bir	23.50±2.70	25(16-25) ^{a,b}		
Üç ayda bir	23.26±2.73	25(14-25) ^{a,b}		
Altı ayda bir	21.70±4.85	24.5(10-25) ^{a,b}		
Rahatsızlanınca	22.33±3.21	23(11-25) ^b		
Gitmiyor	22.17±2.64	23(17-24) ^b		
Son bir yılda grip aşısı yaptırma durumu				
Evet	23.45±2.42	25(16-25)	U=4954*	0.191
Hayır	22.62±3.29	24(10-25)		
Son beş yılda pnömokok aşısı yaptırma durumu				
Evet	23.65±1.75	24.5(19-25)	U=3563*	0.358
Hayır	22.69±3.28	24(10-25)		

Tablo 4.5. KOAH Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

Hastalık özellikleri	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	Test değeri	P
Hastaların kullandıkları tedaviler				
<i>Oksijen</i>				
Evet	22.74±2.82	24(14-25)	U=7415.5*	0.202
Hayır	22.94±3.30	25(10-25)		
<i>BİPAP</i>				
Evet	23.30±3.50	25(14-25)	U=969*	0.428
Hayır	22.83±3.08	24(10-25)		
<i>CPAP</i>				
Evet	22.25±3.73	23.5(14-25)	U=1019.5*	0.529
Hayır	22.87±3.08	24(10-25)		
Hastaların kullandıkları ilaçlar				
<i>İnhaler/Nebül</i>				
Yok	23.23±2.65	25(15-25)	U=4160*	0.405
Var	22.75±3.20	24(10-25)		
<i>Bronkodilatatör</i>				
Yok	22.82±3.10	25(14-25)	U=5299*	0.882
Var	22.86±3.10	24(10-25)		
<i>Steroid</i>				
Yok	22.85±3.14	25(10-25)	U=6477.5*	0.793
Var	22.86±3.05	24(11-25)		
<i>Mukolitik/Ekspektoran</i>				
Yok	22.65±3.34	24(10-25)	U=6347*	0.337
Var	23.30±2.42	25(16-25)		
<i>Analjezik/Antiinflamatuvar</i>				
Yok	22.89±3.12	24(10-25)	U=1852*	0.452
Var	22.42±2.8	22(17-25)		
<i>Diğer ilaç</i>				
Yok	22.54±3.56	25(10-25)	U=5721*	0.833
Var	22.98±2.89	24(12-25)		
İlaç uyumu				
İyi	23.73±2.39	25(14-25) ^a	KWH=58.587*	<0.001
Orta	21.37±3.31	22(10-25) ^b		
Kötü	16.00±2.61	16.5(11-18) ^c		
KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye yatma durumu				
Hiç	23.10±3.07	25(11-25)	KWH=3.026**	0.388
Bir defa	22.89±3.43	25(10-25)		
İki defa	22.67±3.07	24(14-25)		
Üç ve daha fazla	22.68±2.89	24(13-25)		

Tablo 4.5. KOAH Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

Hastalık özellikleri	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	Test değeri	P
KOAH nedeniyle son bir yılda acil servise gitme durumu				
Evet	22.88±3.10	25(10-25)	U=991.5**	0.243
Hayır	22.27±3.13	23(16-25)		
Acil servise gitme nedeni				
<i>Nefes darlığı</i>				
Yok	23.78±2.64	25(17-25)	U=808*	0.264
Var	22.81±3.11	24(10-25)		
<i>Balgam</i>				
Yok	23.54±2.38	25(10-25)	U=5766*	0.026
Var	22.27±3.49	24(11-25)		
<i>Öksürük</i>				
Yok	23.61±2.15	25(12-25)	U=5798.5*	0.027
Var	22.18±3.61	24(10-25)		
<i>Diğer</i>				
Yok	22.78±3.15	24(10-25)	U=1413.5*	0.379
Var	24.27±0.79	24(23-25)		

*Mann-Whitney U testi ** Kruskal-Wallis testi. (Bir sütundaki farklı küçük harfler gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farkı gösterir.)

KOAH hastalarının hastalık özelliklerine göre İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.5’de verilmiştir. Hastaların kontrole düzenli gitme durumu, kontrole düzenli gitme süresi, kendi ifadesine göre ilaç uyum düzeyi, acil servise balgam veya öksürük şikayeti ile gelme durumuna göre İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Kontrole düzenli giden hastaların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği toplam puan ortalamalarının, kontrole düzenli gitmeyen hastalara göre istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p = 0.003$). Ayda bir kontrole giden hastaların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği toplam puan ortalamalarının, rahatsızlanınca kontrole giden veya hiç gitmeyen hastalara göre daha yüksek gözlenmiştir ($p = 0.024$). Kendi ifadesine göre ilaç uyumu iyi olan hastaların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği toplam puan ortalamalarının en yüksek ve ilaç uyumu kötü olan hastaların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği toplam puan ortalamalarının en düşük olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Acil servise balgam ($p = 0.026$) veya öksürük ($p = 0.027$) şikayeti ile gelen hastaların İlaç

Uyumunu Bildirim Ölçeği toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

4.4. KOAH Hastalarının Öz-Etkililik Düzeyine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.6. KOAH Hastalarının KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Güvenirlik Katsayıları

Ölçekler	$\bar{X}$	SS	Minimum	Maksimum	Cronbach Alfa
KOAH Öz-Etkililik	1.65	0.54	1.00	4.59	0.94
Duygusal durum	1.80	0.77	1.00	4.88	0.90
Olumsuz etki	1.62	0.60	1.00	4.75	0.89
Fiziksel çaba	1.19	0.41	1.00	3.40	0.85
Davranışsal risk	1.89	0.88	1.00	5.00	0.79
Hava-Çevre	1.79	0.64	1.00	4.83	0.74

Tablo 4.6’da KOAH hastalarının KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarına ait tanımlayıcı istatistikler ve güvenirlik katsayıları verilmiştir. Hastaların KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalaması 1.65 ± 0.54 , Duygusal Durum alt boyut puan ortalaması 1.80 ± 0.77 , Olumsuz Etki alt boyut puan ortalaması 1.62 ± 0.60 , Fiziksel Çaba alt boyut puan ortalaması 1.19 ± 0.41 , Davranışsal Risk alt boyut puan ortalaması 1.89 ± 0.88 , Hava-Çevre Etkisi alt boyut puan ortalaması 1.79 ± 0.54 olarak hesaplanmıştır. Hastaların KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Cronbach alfa katsayısı 0.94’tür.

Tablo 4.7. KOAH Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Olumsuz etki		Duygusal durum		Fiziksel çaba		Hava-Çevre		Davranışsal risk		Toplam Skor	
Tanıtıcı özellikler	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)
Cinsiyet												
Kadın	1.56±0.63	1.42(1-4)	1.71±0.8	1.5(1-4.88)	1.12±0.39	1(1-3.2)	1.72±0.57	1.67(1-3.33)	1.77±0.83	1.67(1-5)	1.58±0.53	1.47(1-3.94)
Erkek	1.65±0.58	1.5(1-4.75)	1.84±0.76	1.63(1-4.88)	1.21±0.42	1(1-3.4)	1.82±0.67	1.67(1-4.83)	1.94±0.9	1.67(1-4.67)	1.69±0.54	1.56(1-4.59)
U/p*	6713	0.078	6629.5	0.112	6789.5	0.012	6231	0.448	6489.5	0.183	6696.5	0.084
Eğitim durumu												
Okuryazar değil	1.54±0.64	1.33(1-4)	1.79±0.77	1.5(1-4)	1.11±0.35	1(1-3)	1.70±0.60	1.5(1-4) ^a	1.8±0.83	1.67(1-4)	1.59±0.52	1.43(1-3.26)
İlkokul	1.56±0.50	1.42(1-3.58)	1.70±0.7	1.5(1-4.75)	1.17±0.33	1(1-2.2)	1.70±0.57	1.58(1-3.33) ^a	1.84±0.82	1.67(1-4.67)	1.58±0.45	1.5(1-3.32)
Ortaokul	1.75±0.59	1.67(1-3)	1.97±0.74	1.88(1-4.25)	1.13±0.28	1(1-2.2)	1.91±0.68	1.83(1-3.83) ^{a,b}	1.97±0.83	2(1-3.67)	1.76±0.52	1.68(1-2.94)
Lise	1.74±0.80	1.54(1-4.75)	1.85±0.9	1.69(1-4.88)	1.38±0.66	1(1-3.4)	1.90±0.81	1.92(1-4.83) ^{a,b}	1.92±1.07	1.67(1-4.67)	1.76±0.74	1.47(1-4.59)
Üniversite	1.86±0.68	1.63(1.1-3.67)	2.12±1.08	1.81(1-4.88)	1.30±0.73	1(1-3.2)	2.27±0.69	2.42(1-3.33) ^b	2.33±1.17	2.33(1-5)	1.95±0.73	1.9(1.1-3.94)
KWH/p**	7.897	0.095	6.147	0.188	5.740	0.219	11.720	0.020	3.516	0.476	7.814	0.099
Medeni durum												
Evli	1.70±0.63	1.58(1-4.75)	1.85±0.79	1.63(1-4.88)	1.24±0.46	1(1-3.4)	1.85±0.65	1.67(1-4.83)	2±0.95	1.67(1-5)	1.72±0.57	1.62(1-4.59)
Bekar	1.48±0.49	1.33(1-3.08)	1.7±0.74	1.5(1-4.75)	1.09±0.29	1(1-2.2)	1.67±0.61	1.5(1-3.5)	1.69±0.7	1.67(1-4)	1.53±0.47	1.38(1-3.32)
U/p*	4830	0.002	5509	0.083	5099.5	0.001	5236.5	0.022	5281	0.024	4889	0.003
Meslek												
Ev hanımı	1.52±0.6	1.42(1-4)	1.69±0.73	1.5(1-4)	1.15±0.38	1(1-3)	1.59±0.62	1.5(1-3.83) ^a	1.75±0.79	1.67(1-4)	1.54±0.5	1.41(1-3.26) ^a
Emekli	1.66±0.6	1.5(1-4.75)	1.84±0.82	1.63(1-4.88)	1.17±0.38	1(1-3.4)	1.84±0.64	1.67(1-4.83) ^b	1.9±0.91	1.67(1-5)	1.68±0.55	1.56(1-4.59) ^b
Serbest meslek	1.69±0.57	1.5(1-2.75)	1.83±0.61	1.88(1-3)	1.37±0.59	1(1-3)	1.96±0.62	2(1-3.17) ^b	2.14±0.86	2.33(1-3.67)	1.76±0.53	1.59(1-2.76) ^b
KWH/p**	5.425	0.066	2.733	0.255	5.353	0.069	11.815	0.003	3.940	0.139	6.245	0.044

Tablo 4.7. KOAH Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

	Olumsuz etki		Duygusal durum		Fiziksel çaba		Hava-Çevre		Davranışsal risk		Toplam Skor	
Tanıtıcı özellikler	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)
Çalışma durumu												
Tam gün çalışıyor	1.53±0.50	1.42(1-2.42)	1.74±0.62	1.5(1-3)	1.48±0.74	1(1-3)	1.94±0.61	2(1-3.17)	2.10±0.94	2.33(1-3.67)	1.69±0.53	1.5(1-2.76)
Yarım gün çalışıyor	1.73±0.59	1.42(1-2.58)	1.77±0.56	1.63(1-2.5)	1.18±0.26	1(1-1.8)	1.76±0.57	1.67(1-2.67)	1.85±0.75	1.67(1-3.33)	1.67±0.51	1.47(1.1-2.44)
Çalışmıyor	1.62±0.60	1.5(1-4.75)	1.8±0.79	1.63(1-4.88)	1.17±0.39	1(1-3.4)	1.78±0.65	1.67(1-4.83)	1.88±0.88	1.67(1-5)	1.65±0.54	1.53(1-4.59)
KWH/p**	0.804	0.669	0.104	0.949	3.904	0.142	1.114	0.573	0.888	0.641	0.226	0.893
Ekonomik durum												
Gelir giderden az	1.50±0.46	1.42(1-3.08) ^a	1.68±0.67	1.5(1-4.75)	1.13±0.30	1(1-2.2)	1.66±0.58	1.5(1-3.83) ^a	1.83±0.86	1.67(1-4.67)	1.55±0.44	1.47(1-3.32) ^a
Gelir gidere eşit	1.73±0.69	1.58(1-4.75) ^b	1.88±0.82	1.63(1-4.88)	1.20±0.44	1(1-3.4)	1.88±0.66	1.83(1-4.83) ^b	1.87±0.82	1.67(1-4.67)	1.73±0.58	1.56(1-4.59) ^b
Gelir giderden fazla	1.86±0.69	1.71(1-3.67) ^b	2.17±1.05	2.13(1-4.88)	1.53±0.75	1(1-3.2)	2.18±0.77	2.33(1-3.33) ^b	2.42±1.17	2.5(1-5)	1.99±0.75	1.93(1.1-3.94) ^b
KWH/p**	8.616	0.013	5.307	0.070	5.699	0.058	12.125	0.002	4.220	0.121	9.629	0.008
Sigara kullanımı												
Halen içen	1.64±0.53	1.5(1-3.08)	1.75±0.63	1.75(1-3.63)	1.29±0.47	1(1-2.8)	1.76±0.66	1.67(1-3.17)	1.98±0.95	1.67(1-4.67)	1.67±0.48	1.53(1-2.76)
Bırakan	1.62±0.60	1.5(1-4.75)	1.84±0.83	1.63(1-4.88)	1.16±0.40	1(1-3.4)	1.82±0.66	1.67(1-4.83)	1.85±0.87	1.67(1-5)	1.66±0.56	1.53(1-4.59)
Hiç içmeyen	1.60±0.66	1.42(1-4)	1.71±0.70	1.5(1-4)	1.18±0.40	1(1-3)	1.72±0.54	1.58(1-3)	1.92±0.84	1.67(1-4)	1.61±0.52	1.49(1-3.26)
KWH/p**	0.660	0.719	0.431	0.806	3.752	0.153	0.441	0.802	0.768	0.681	0.474	0.789
Sigara kullanım süresi												
1-5 yıl	1.68±0.49	1.5(1.08-2.75)	1.76±0.56	1.5(1.25-2.6)	1.15±0.37	1(1-2.2) ^{a,b}	2.14±0.55	2.17(1.5-3.17) ^a	1.79±0.89	1.67(1-3.33)	1.71±0.43	1.53(1.3-2.76) ^{a,b}
6-10 yıl	1.67±0.42	1.67(1.08-2.4)	1.80±0.49	1.88(1-3)	1.30±0.48	1(1-2.8) ^{a,b}	1.98±0.55	2(1-3.17) ^{a,b}	2.06±0.84	2(1-3.67)	1.74±0.42	1.68(1.2-2.76) ^{a,b}
11-20 yıl	1.87±0.70	1.75(1-3.67)	2.13±0.93	1.88(1-4.88)	1.33±0.53	1(1-3.2) ^a	1.91±0.6	1.67(1-3.33) ^{a,b}	2.15±1.00	2(1-5)	1.88±0.63	1.76(1.1-3.94) ^a
20 yıl üstü	1.57±0.58	1.42(1-4.75)	1.76±0.81	1.5(1-4.88)	1.14±0.38	1(1-3.4) ^b	1.73±0.69	1.58(1-4.83) ^b	1.81±0.87	1.67(1-4.67)	1.6±0.54	1.49(1-4.59) ^b
KWH/p**	7.450	0.059	6.034	0.110	11.231	0.011	11.251	0.010	4.657	0.199	9.213	0.027

Tablo 4.7. KOAH Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

	Olumsuz etki		Duygusal durum		Fiziksel çaba		Hava-Çevre		Davranışsal risk		Toplam Skor	
Tanıtıcı özellikler	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)
Alkol kullanımı												
Halen içiyorum	1.95±0.55	2(1.08-3.08) ^a	2.04±0.85	2(1-4.75)	1.43±0.52	1.2(1-2.8) ^a	2.07±0.67	2(1-3.33)	2.42±0.88	2.33(1-4) ^a	1.95±0.56	1.94(1.2-3.32) ^a
İçtim bıraktım	1.64±0.58	1.5(1-4.75) ^b	1.81±0.79	1.63(1-4.88)	1.13±0.35	1(1-3.4) ^b	1.79±0.65	1.67(1-4.83)	1.86±0.92	1.67(1-4.7) ^b	1.65±0.54	1.53(1-4.59) ^b
Hiç içmedim	1.54±0.60	1.42(1-4) ^b	1.74±0.74	1.5(1-4.88)	1.18±0.43	1(1-3.2) ^b	1.73±0.61	1.67(1-3.83)	1.81±0.81	1.67(1-5) ^b	1.59±0.52	1.47(1-3.94) ^b
KWH/p**	14.238	0.001	3.378	0.185	16.734	<0.001	5.333	0.069	9.657	0.008	10.156	0.006
Alkol kullanım süresi												
1-5 yıl	1.76±0.50	1.67(1-3)	1.99±0.83	1.88(1-4.25)	1.23±0.38	1(1-2.2)	1.89±0.46	1.83(1.33-3.17)	2.10±0.88	2(1-3.67)	1.79±0.46	1.76(1.1-2.94)
6-10 yıl	1.70±0.54	1.67(1-3.08)	1.88±0.89	1.63(1-4.75)	1.16±0.33	1(1-2.2)	2.06±0.82	2.08(1-4)	2.20±1.00	2.33(1-4)	1.77±0.61	1.59(1-3.32)
11-20 yıl	1.68±0.58	1.42(1-3.08)	1.78±0.71	1.63(1-3.63)	1.23±0.43	1(1-2.8)	1.72±0.53	1.67(1-2.83)	1.71±0.92	1.33(1-4.67)	1.65±0.49	1.53(1-2.76)
20 yıl üstü	1.66±0.69	1.5(1-4.75)	1.80±0.82	1.63(1-4.88)	1.12±0.43	1(1-3.4)	1.79±0.8	1.5(1-4.83)	1.94±0.94	1.67(1-4.67)	1.66±0.64	1.51(1.1-4.59)
KWH/p**	2.077	0.557	1.480	0.687	4.937	0.176	5.123	0.163	5.187	0.159	3.286	0.350
Evde yaşadığı kişiler												
Yalnız	1.74±0.59	1.67(1-3.08)	2.08±0.84	1.88(1-4.75) ^a	1.16±0.37	1(1-2.2)	1.86±0.68	1.83(1-3.5)	1.89±0.77	2(1-4)	1.77±0.52	1.68(1-3.32)
Eş veya çocuklar	1.61±0.6	1.42(1-4.75)	1.75±0.76	1.5(1-4.88) ^b	1.20±0.43	1(1-3.4)	1.78±0.63	1.67(1-4.83)	1.91±0.91	1.67(1-5)	1.64±0.55	1.53(1-4.59)
Akraba, arkadaş veya bakıcı	1.50±0.44	1.5(1.08-2.58)	1.75±0.78	1.5(1-3.5) ^b	1.02±0.06	1(1-1.2)	1.62±0.65	1.5(1-3.17)	1.57±0.61	1.5(1-2.67)	1.51±0.43	1.44(1-2.26)
KWH/p**	2.583	0.275	6.039	0.049	1.893	0.388	1.375	0.503	1.118	0.572	3.378	0.185
Günlük işlerde yardım alma durumu												
Evet	1.57±0.58	1.42(1-4.75)	1.71±0.71	1.5(1-4.88)	1.14±0.36	1(1-3.4)	1.72±0.61	1.67(1-4.83)	1.81±0.85	1.67(1-4.67)	1.59±0.51	1.47(1-4.59)
Hayır	1.84±0.60	1.75(1-3.67)	2.17±0.90	2(1-4.88)	1.34±0.56	1(1-3.2)	2.05±0.71	2(1-3.5)	2.21±0.93	2.33(1-5)	1.92±0.59	1.85(1-3.94)
U/p*	577.5	0.001	5938	<0.001	5489.5	0.001	5655.5	0.003	5532.5	0.006	6053.5	<0.001

Tablo 4.7. KOAH Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

	Olumsuz etki		Duygusal durum		Fiziksel çaba		Hava-Çevre		Davranışsal risk		Toplam Skor	
	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)
Yardım alınan işler												
<i>Ev İşleri</i>												
Evet	1.54±0.56	1.42(1-4.75)	1.68±0.68	1.5(1-4.88)	1.13±0.34	1(1-3.4)	1.72±0.6	1.67(1-4.83)	1.76±0.83	1.67(1-4.67)	1.57±0.49	1.44(1-4.59)
Hayır	1.83±0.65	1.71(1-3.75)	2.10±0.91	1.94(1-4.88)	1.32±0.55	1(1-3.2)	1.98±0.7	2(1-3.5)	2.24±0.92	2.33(1-5)	1.88±0.6	1.78(1-3.94)
U/p*	1717	0.217	1572	0.578	1612	0.291	1581.5	0.547	2025	0.006	1792	0.113
<i>Hastane işleri</i>												
Evet	1.54±0.58	1.42(1-4.75)	1.68±0.72	1.5(1-4.88)	1.14±0.36	1(1-3.4)	1.71±0.61	1.67(1-4.83)	1.75±0.82	1.67(1-4.67)	1.56±0.51	1.43(1-4.59)
Hayır	1.84±0.58	1.75(1-3.67)	2.11±0.84	2(1-4.88)	1.32±0.51	1(1-3.2)	1.99±0.67	2(1-3.5)	2.27±0.92	2.33(1-5)	1.89±0.55	1.76(1-3.94)
U/p*	1909.5	0.010	1809	0.037	1776	0.006	1613.5	0.251	2003.5	0.002	1953.5	0.006
<i>Alışveriş</i>												
Evet	1.55±0.57	1.42(1-4.75)	1.70±0.70	1.5(1-4.88)	1.13±0.33	1(1-3.4)	1.7±0.6	1.5(1-4.83)	1.77±0.86	1.67(1-4.67)	1.57±0.5	1.46(1-4.59)
Hayır	1.80±0.63	1.67(1-3.75)	2.07±0.89	1.88(1-4.88)	1.33±0.56	1(1-3.2)	2.02±0.68	2(1-3.5)	2.19±0.87	2.33(1-5)	1.87±0.59	1.76(1-3.94)
U/p*	1705	0.424	1611	0.711	1841.5	0.043	1903.5	0.087	2007.5	0.024	1839	0.159

*Mann-Whitney U testi ** Kruskal-Wallis testi (Bir sütundaki farklı küçük harfler gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farkı gösterir.)

Kronik obstrüktif akciğer hastalarının tanıtıcı özelliklerine göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 4.7’de yer almaktadır. KOAH hastalarının medeni durumu, ekonomik durumu, alkol kullanımı, günlük işlerde yardım alma durumu ve hastane işleri ile ilgili yardım alma durumlarına göre Olumsuz Etki alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Evli olan ($p=0.002$), geliri giderine eşit veya fazla olan ($p=0.013$), alkol kullanan ($p=0.001$), günlük işlerde yardım almayan ($p=0.001$) ve hastane işleri ile ilgili yardım almayan ($p=0.010$) hastaların Olumsuz Etki alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kronik obstrüktif akciğer hastalarının evde yaşadığı kişiler, günlük işlerde yardım alma durumu ve hastane işleri ile ilgili yardım alma durumlarına göre Duygusal Durum alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Yalnız yaşayan ($p=0.049$), günlük işlerde yardım almayan ($p<0.001$) ve hastane işleri ile ilgili yardım almayan ($p=0.037$) hastaların Duygusal Durum alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kronik obstrüktif akciğer hastalarının cinsiyeti, medeni durumu, sigara kullanım süresi, alkol kullanımı, günlük işlerde yardım alma durumu, hastane işleri ve alışveriş ile ilgili yardım alma durumlarına göre Fiziksel Çaba alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$). Erkek (Mean Rank_{erkek}=123.65, Mean Rank_{kadın}=105.2, $p=0.012$), evli olan (Mean Rank_{evli}=126.5, Mean Rank_{bekar}=102.99, $p=0.001$), 11-20 yıl arası sigara kullanan (Mean Rank₁₋₅=90.23, Mean Rank₆₋₁₀=112.45, Mean Rank₁₁₋₂₀=114.48, Mean Rank_{>20}=90.08, $p=0.011$), alkol kullanan ($p<0.001$), günlük işlerde yardım almayan (Mean Rank_{almayan}=140.8, Mean Rank_{alan}=112.3, $p=0.001$), hastane işleri (Mean Rank_{almayan}=119.5, Mean Rank_{alan}=92.17, $p=0.006$) ve alışveriş ile ilgili yardım almayan (Mean Rank_{almayan}=11.81, Mean Rank_{alan}=92.67, $p=0.043$) hastaların Fiziksel Çaba alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada yer alan kronik obstrüktif akciğer hastalarının eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, ekonomik durumu, sigara kullanım süresi ve günlük işlerde yardım alma durumuna göre Hava-Çevre Etkisi alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel

olarak anlamlı farklılık gösterdiği gözlenmiştir ($p<0.05$). Üniversite mezunu olan ($p=0.020$), evli olan ($p=0.022$), emekli veya memur/işçi ($p=0.003$), giderinden fazla olan ($p=0.002$), 1-5 yıl arası sigara kullanan ($p=0.010$) ve günlük işlerde yardım almayan ($p=0.003$) hastaların Hava-Çevre Etkisi alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Kronik obstrüktif akciğer hastalarının medeni durumu, alkol kullanımı, günlük işlerde yardım alma durumu ve ev işleri, hastane işleri ve alışveriş ile ilgili yardım alma durumuna göre Davranışsal Risk alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Evli olan (Mean Rank_{evli}=125.29, Mean Rank_{bekar}=105.13, $p=0.024$), alkol kullanan ($p=0.008$), günlük işlerde yardım almayan ($p=0.006$), ev işleri ($p=0.006$), hastane işleri ($p=0.002$) ve alışveriş ile ilgili yardım almayan ($p=0.024$) hastaların Davranışsal Risk alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kronik obstrüktif akciğer hastalarının medeni durumu, mesleği, ekonomik durumu, sigara kullanım süresi, alkol kullanımı, günlük işlerde yardım alma durumu ve hastane işleri ile ilgili yardım alma durumuna göre KOAH Öz-Etkililik toplam ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$). Evli olan ($p=0.003$), emekli veya memur/işçi ($p=0.044$), geliri giderinden fazla olan ($p=0.008$), 11-20 yıl arası sigara kullanan ($p=0.027$), alkol kullanan ($p=0.006$), günlük işlerde yardım almayan ($p<0.001$) ve hastane işleri ile ilgili yardım almayan ($p=0.006$) hastaların KOAH Öz-Etkililik toplam ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.8. KOAH Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Olumsuz etki		Duygusal durum		Fiziksel çaba		Hava-Çevre		Davranışsal risk		Toplam Skor	
Hastalık özellikleri	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)
Kronik hastalık durumu												
<i>Kalp hastalığı</i>												
Yok	1.71±0.69	1.5(1-4.75)	1.84±0.84	1.63(1-4.88)	1.24±0.47	1(1-3.4)	1.78±0.64	1.67(1-4.83)	1.96±0.95	1.67(1-5)	1.71±0.61	1.56(1-4.59)
Var	1.51±0.44	1.42(1-3)	1.75±0.68	1.5(1-4.25)	1.12±0.32	1(1-2.8)	1.79±0.65	1.67(1-4)	1.81±0.78	1.67(1-3.33)	1.59±0.44	1.47(1-2.94)
U/p*	5881	0.062	6673.5	0.736	5899	0.016	6860	0.981	6410.5	0.385	6231	0.234
<i>HT</i>												
Yok	1.60±0.59	1.42(1-4.75)	1.75±0.73	1.63(1-4.88)	1.19±0.42	1(1-3.4)	1.76±0.67	1.67(1-4.83)	1.88±0.88	1.67(1-4.67)	1.63±0.54	1.5(1-4.59)
Var	1.65±0.6	1.5(1-4)	1.87±0.83	1.56(1-4.88)	1.18±0.40	1(1-3.2)	1.82±0.59	1.67(1-3.83)	1.90±0.89	1.67(1-5)	1.69±0.54	1.53(1-3.94)
U/p*	7130.5	0.415	7207.5	0.334	6541	0.660	7280	0.267	6818.5	0.833	7240	0.305
<i>DM</i>												
Yok	1.65±0.59	1.5(1-4.75)	1.79±0.77	1.63(1-4.88)	1.21±0.44	1(1-3.4)	1.83±0.66	1.67(1-4.83)	1.94±0.89	1.67(1-5)	1.67±0.55	1.53(1-4.59)
Var	1.55±0.62	1.33(1-4)	1.83±0.80	1.5(1-4)	1.11±0.33	1(1-3)	1.66±0.56	1.58(1-3.17)	1.74±0.82	1.67(1-4)	1.59±0.50	1.37(1-3.26)
U/p*	4504.5	0.100	5331	0.858	4721	0.126	4513.5	0.103	4571	0.124	4654	0.189
<i>KBY</i>												
Yok	1.63±0.60	1.5(1-4.75)	1.8±0.78	1.63(1-4.88)	1.18±0.40	1(1-3.4)	1.78±0.65	1.67(1-4.83)	1.89±0.89	1.67(1-5)	1.65±0.54	1.53(1-4.59)
Var	1.57±0.62	1.46(1-3.75)	1.8±0.75	1.5(1-4)	1.25±0.52	1(1-3)	1.85±0.50	1.67(1-3)	1.92±0.82	1.67(1-3.33)	1.66±0.50	1.63(1.09-3.26)
U/p*	2004.5	0.616	2198	0.868	2272.5	0.580	2425	0.342	2241.5	0.746	2211	0.834
<i>Kanser</i>												
Yok	1.62±0.60	1.5(1-4.75)	1.8±0.78	1.63(1-4.88)	1.19±0.42	1(1-3.4)	1.77±0.65	1.67(1-4.83)	1.89±0.88	1.67(1-5)	1.65±0.55	1.5(1-4.59)
Var	1.73±0.56	1.75(1-2.92)	1.82±0.55	1.75(1.1-3.1)	1.04±0.12	1(1-1.4)	2.05±0.40	2.17(1.3-2.7)	1.85±0.90	1.67(1-3)	1.71±0.36	1.74(1.12-2.24)
U/p*	1429.5	0.368	1384	0.488	1014.5	0.194	1666	0.047	1205.5	0.901	1454.5	0.312

Tablo 4.8. KOAH Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

	Olumsuz etki		Duygusal durum		Fiziksel çaba		Hava-Çevre		Davranışsal risk		Toplam Skor	
Hastalık özellikleri	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)
<i>Diğer</i>												
Yok	1.60±0.59	1.42(1-4.75)	1.76±0.76	1.5(1-4.88)	1.16±0.39	1(1-3.4)	1.76±0.65	1.67(1-4.83)	1.89±0.87	1.67(1-4.67)	1.63±0.53	1.5(1-4.59)
Var	1.74±0.62	1.67(1-3.67)	2.00±0.84	2(1-4.88)	1.29±0.50	1(1-3.2)	1.93±0.60	2(1-3.33)	1.90±0.96	2(1-5)	1.78±0.59	1.76(1-3.94)
U/p*	4280	0.103	4386	0.056	4160	0.085	4339.5	0.073	3641	0.952	4324.5	0.081
Kontrolle düzenli gitme durumu												
Evet	1.63±0.60	1.5(1-4.75)	1.80±0.78	1.63(1-4.88)	1.20±0.44	1(1-3.4)	1.79±0.66	1.67(1-4.83)	1.93±0.84	1.83(1-5)	1.66±0.56	1.53(1-4.59)
Hayır	1.61±0.60	1.42(1-4)	1.80±0.76	1.5(1-4.75)	1.16±0.37	1(1-3)	1.79±0.61	1.67(1-4)	1.84±0.93	1.67(1-4.67)	1.64±0.52	1.47(1-3.32)
U/p*	6491	0.592	6750	0.974	6457	0.430	6841	0.885	6179	0.241	6561.5	0.690
Kontrolle gitme süresi												
Ayda bir	1.61±0.66	1.42(1-4.75)	1.83±0.83	1.63(1-4.88)	1.18±0.43	1(1-3.4) ^a	1.79±0.76	1.67(1-4.83)	1.89±0.88	1.67(1-4.67)	1.65±0.61	1.53(1-4.59)
İki ayda bir	1.55±0.48	1.5(1-2.5)	1.71±0.57	1.69(1-3.13)	1.22±0.38	1(1-2.2) ^{ab}	1.72±0.58	1.67(1-2.83)	1.79±0.67	1.83(1-3)	1.59±0.40	1.68(1-2.26)
Üç ayda bir	1.63±0.55	1.42(1-2.75)	1.69±0.76	1.5(1-3.63)	1.11±0.28	1(1-2.2) ^a	1.79±0.59	1.67(1-3.17)	2.10±0.87	2(1-4)	1.64±0.51	1.5(1-2.76)
Altı ayda bir	1.97±0.78	1.88(1-3.75)	2.14±1.19	2(1-4.88)	1.58±0.80	1.1(1-3.2) ^b	2.00±0.75	2.08(1-3.33)	2.20±1.09	2.33(1-5)	1.98±0.79	1.88(1.03-3.94)
Rahatsızlanınca	1.57±0.55	1.42(1-4)	1.74±0.69	1.5(1-3.88)	1.12±0.27	1(1-2.2) ^a	1.74±0.58	1.67(1-4)	1.81±0.89	1.67(1-4.67)	1.60±0.47	1.47(1-3.06)
Gitmiyor	1.72±0.55	1.71(1-2.58)	2.25±0.37	2.25(1.9-2.6)	1.23±0.39	1.1(1-2) ^{ab}	2.11±0.27	2.17(1.7-2.5)	1.83±0.66	2.17(1-2.33)	1.85±0.33	1.91(1.41-2.26)
KWH/p**	6.428	0.267	7.015	0.220	12.616	0.027	5.840	0.322	4.598	0.467	7.012	0.220
Son bir yılda grip aşısı yaptıırma durumu												
Evet	1.64±0.48	1.58(1-3)	1.81±0.69	1.75(1-4.25)	1.18±0.34	1(1-2.2)	1.84±0.57	1.83(1-3.83)	1.95±0.82	1.67(1-4)	1.68±0.44	1.65(1-2.94)
Hayır	1.62±0.64	1.42(1-4.75)	1.79±0.81	1.5(1-4.88)	1.19±0.44	1(1-3.4)	1.77±0.67	1.67(1-4.83)	1.86±0.9	1.67(1-5)	1.64±0.57	1.49(1-4.59)
U/p*	4917.5	0.191	5182	0.460	5345.5	0.613	4944	0.210	5062	0.307	4924.5	0.198

Tablo 4.8. KOAH Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

	Olumsuz etki		Duygusal durum		Fiziksel çaba		Hava-Çevre		Davranışsal risk		Toplam Skor	
Hastalık özellikleri	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)
Son beş yılda pnömokok aşısı yaptırma durumu												
Evet	1.64±0.54	1.54(1-3.67)	1.88±0.83	1.69(1-4.88)	1.19±0.46	1(1-3.2)	1.81±0.54	1.75(1-3.33)	1.87±0.91	1.67(1-5)	1.68±0.55	1.59(1-3.94)
Hayır	1.62±0.61	1.42(1-4.75)	1.78±0.76	1.63(1-4.88)	1.18±0.4	1(1-3.4)	1.78±0.66	1.67(1-4.83)	1.89±0.88	1.67(1-4.67)	1.65±0.54	1.5(1-4.59)
U/p*	3646	0.516	3628	0.486	4092.5	0.518	3622.5	0.476	3985	0.823	3690.5	0.593
Hastaların kullandıkları tedaviler												
<i>Oksijen</i>												
Evet	1.55±0.59	1.42(1-4.75)	1.7±0.8	1.5(1-4.88)	1.09±0.33	1(1-3.4)	1.72±0.59	1.5(1-4.83)	1.74±0.85	1.67(1-4.67)	1.56±0.54	1.47(1-4.59)
Hayır	1.68±0.6	1.5(1-4)	1.88±0.75	1.75(1-4.88)	1.26±0.45	1(1-3.2)	1.84±0.67	1.67(1-4)	2.00±0.89	2(1-5)	1.72±0.53	1.68(1-3.94)
U/p*	7771.5	0.059	8130	0.010	8280	<0.001	7490.5	0.178	8009.5	0.016	8198	0.007
<i>BİPAP</i>												
Evet	1.23±0.29	1.08(1-1.75)	1.4±0.69	1.06(1-3.13)	1±0	1(1-1)	1.35±0.49	1(1-2.33)	1.63±0.97	1(1-3.67)	1.29±0.34	1.19(1-1.94)
Hayır	1.64±0.6	1.5(1-4.75)	1.82±0.77	1.63(1-4.88)	1.19±0.42	1(1-3.4)	1.81±0.64	1.67(1-4.83)	1.90±0.88	1.67(1-5)	1.67±0.54	1.53(1-4.59)
U/p*	1657.5	0.011	1610	0.021	1420	0.065	1629.5	0.016	1366	0.238	1681	0.008
<i>CPAP</i>												
Evet	1.24±0.36	1.04(1-1.92)	1.33±0.5	1.06(1-2.25)	1.08±0.21	1(1-1.6)	1.35±0.61	1(1-2.33)	1.71±0.81	1.5(1-3)	1.30±0.38	1.16(1-2.03)
Hayır	1.64±0.6	1.5(1-4.75)	1.82±0.78	1.63(1-4.88)	1.19±0.42	1(1-3.4)	1.8±0.64	1.67(1-4.83)	1.9±0.88	1.67(1-5)	1.66±0.54	1.53(1-4.59)
U/p*	1353.5	0.018	1315.5	0.030	1025.5	0.414	1333.5	0.024	1005	0.597	1351.5	0.019
Hastaların kullandıkları ilaçlar												
<i>İnhaler/Nebül</i>												
Yok	1.65±0.81	1.33(1-4.75)	1.9±0.97	1.56(1-4.88)	1.28±0.58	1(1-3.4)	1.76±0.77	1.5(1-4.83)	1.94±1.05	1.67(1-5)	1.70±0.75	1.38(1-4.59)
Var	1.61±0.53	1.5(1-4)	1.77±0.72	1.63(1-4.75)	1.16±0.35	1(1-3)	1.8±0.6	1.67(1-4)	1.88±0.83	1.67(1-4.67)	1.64±0.47	1.53(1-3.32)
U/p*	4865.5	0.368	4344.5	0.732	4103.5	0.229	4916	0.306	4496	0.984	4710.5	0.596

Tablo 4.8. KOAH Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

	Olumsuz etki		Duygusal durum		Fiziksel çaba		Hava-Çevre		Davranışsal risk		Toplam Skor	
Hastalık özellikleri	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)
<i>Bronkodilatatör</i>												
Yok	1.57±0.58	1.42(1-4)	1.71±0.68	1.5(1-3.88)	1.17±0.32	1(1-2.2)	1.82±0.64	1.67(1-3.83)	1.97±0.94	1.67(1-4.67)	1.62±0.49	1.51(1-3)
Var	1.64±0.60	1.5(1-4.75)	1.83±0.80	1.63(1-4.88)	1.19±0.44	1(1-3.4)	1.78±0.64	1.67(1-4.83)	1.86±0.86	1.67(1-5)	1.66±0.56	1.53(1-4.59)
U/p*	5784.5	0.358	5816	0.322	5231.5	0.707	5113.5	0.585	5023.5	0.447	5528	0.719
<i>Steroid</i>												
Yok	1.63±0.60	1.5(1-4)	1.82±0.83	1.56(1-4.88)	1.20±0.42	1(1-3.2)	1.82±0.67	1.67(1-4)	1.92±0.91	1.67(1-5)	1.67±0.55	1.53(1-3.94)
Var	1.62±0.59	1.5(1-4.75)	1.77±0.69	1.63(1-4.88)	1.17±0.40	1(1-3.4)	1.74±0.60	1.67(1-4.83)	1.84±0.83	1.67(1-4.67)	1.63±0.52	1.53(1-4.59)
U/p*	6721	0.816	6680.5	0.879	6396.5	0.594	6218	0.448	6345	0.602	6477	0.805
<i>Mukolitik/ Ekspektoran</i>												
Yok	1.65±0.65	1.5(1-4.75)	1.83±0.84	1.63(1-4.88)	1.22±0.46	1(1-3.4)	1.80±0.68	1.67(1-4.83)	1.92±0.91	1.67(1-5)	1.68±0.58	1.53(1-4.59)
Var	1.57±0.45	1.42(1-2.58)	1.73±0.61	1.5(1-3.38)	1.12±0.26	1(1-2.2)	1.75±0.54	1.67(1-4)	1.83±0.80	1.67(1-4)	1.59±0.43	1.5(1-2.76)
U/p*	5816	0.840	5848	0.892	5541.5	0.311	5816	0.840	5714	0.671	5649.5	0.585
<i>Analjezik/ Antiinflamatuvar</i>												
Yok	1.62±0.60	1.5(1-4.75)	1.81±0.78	1.63(1-4.88)	1.19±0.42	1(1-3.4)	1.79±0.65	1.67(1-4.83)	1.90±0.88	1.67(1-5)	1.66±0.54	1.53(1-4.59)
Var	1.63±0.61	1.42(1-3.58)	1.69±0.69	1.63(1-3.75)	1.14±0.29	1(1-2)	1.79±0.53	1.67(1-3)	1.82±0.93	1.67(1-3.67)	1.62±0.49	1.5(1.09-3.06)
U/p*	2081	0.918	1899.5	0.590	1967	0.694	2129.5	0.784	1927	0.651	1998.5	0.851
<i>Diğer ilaç</i>												
Yok	1.74±0.64	1.58(1-4.75)	1.89±0.82	1.75(1-4.88)	1.24±0.49	1(1-3.4)	1.83±0.73	1.67(1-4.83)	2.10±0.97	2(1-4.67)	1.75±0.60	1.59(1.06-4.59)
Var	1.57±0.57	1.42(1-4)	1.76±0.75	1.5(1-4.88)	1.16±0.38	1(1-3.2)	1.77±0.60	1.67(1-3.83)	1.80±0.83	1.67(1-5)	1.61±0.51	1.49(1-3.94)
U/p*	4551.5	0.022	5051	0.218	5123	0.158	5537.5	0.847	4650	0.032	4814.5	0.084
İlaç uyumu												
İyi	1.71±0.62	1.58(1-4.75) ^a	1.95±0.81	1.75(1-4.88) ^a	1.21±0.42	1(1-3.4)	1.89±0.67	1.83(1-4.83) ^a	2.02±0.92	2(1-5) ^a	1.75±0.55	1.68(1-4.59) ^a
Orta	1.44±0.51	1.25(1-3.58) ^b	1.48±0.58	1.25(1-3.75) ^b	1.15±0.40	1(1-3)	1.59±0.53	1.5(1-3.5) ^b	1.62±0.68	1.67(1-3.3) ^b	1.45±0.45	1.28(1-3.06) ^b
Kötü	1.29±0.34	1.21(1-1.92) ^b	1.27±0.28	1.25(1-1.75) ^b	1±0	1(1-1)	1.31±0.27	1.33(1-1.67) ^b	1.33±0.82	1(1-3) ^b	1.25±0.27	1.19(1-1.76) ^b
KWH/p**	18.494	<0.001	27.766	<0.001	5.015	0.081	15.313	<0.001	11.926	0.003	28.497	<0.001

Tablo 4.8. KOAH Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

	Olumsuz etki		Duygusal durum		Fiziksel çaba		Hava-Çevre		Davranışsal risk		Toplam Skor	
Hastalık özellikleri	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)
KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye yatma durumu												
Hiç	1.74±0.60	1.67(1-3.67) ^a	1.86±0.76	1.88(1-4.88) ^a	1.29±0.48	1(1-3.2) ^a	1.90±0.73	2(1-4) ^a	2.03±0.95	2(1-5) ^a	1.76±0.57	1.68(1-3.94) ^a
Bir defa	1.70±0.67	1.5(1-4) ^{a,b}	2.01±0.90	1.63(1-4.75) ^a	1.21±0.46	1(1-3) ^{a,b}	1.90±0.59	1.67(1-3.33) ^a	2.06±0.89	2(1-4) ^a	1.77±0.56	1.62(1.06-3.32) ^a
İki defa	1.55±0.53	1.5(1-3.58) ^{a,b}	1.73±0.72	1.5(1-3.75) ^{a,b}	1.08±0.23	1(1-2) ^b	1.78±0.58	1.67(1-3.5) ^{a,b}	1.67±0.64	1.67(1-3) ^{a,b}	1.57±0.46	1.49(1-3.06) ^{a,b}
Üç ve daha fazla	1.48±0.56	1.33(1-4.75) ^b	1.61±0.67	1.38(1-4.88) ^b	1.13±0.38	1(1-3.4) ^b	1.58±0.58	1.5(1-4.83) ^b	1.75±0.90	1.5(1-4.67) ^b	1.5±0.5	1.43(1-4.59) ^b
KWH/p*	9.233	0.026	8.488	0.037	9.229	0.026	12.259	0.007	8.232	0.041	12.477	0.006
KOAH nedeniyle son bir yılda acil servise gitme durumu												
Evet	1.62±0.59	1.5(1-4.75)	1.80±0.76	1.63(1-4.88)	1.17±0.39	1(1-3.4)	1.78±0.64	1.67(1-4.83)	1.89±0.86	1.67(1-4.67)	1.65±0.52	1.53(1-4.59)
Hayır	1.73±0.82	1.33(1-3.67)	1.85±1.10	1.5(1-4.88)	1.53±0.72	1(1-3.2)	1.89±0.76	2(1-3.33)	1.97±1.28	1.33(1-5)	1.78±0.84	1.53(1-3.94)
U/p*	1237	0.982	1173.5	0.790	1566	0.046	1333	0.645	1190	0.844	1264	0.884
Acil servise gitme nedeni												
<i>Nefes darlığı</i>												
Yok	2.24±0.87	2.08(1.33-4)	2.36±0.95	2.25(1.3-3.9)	1.31±0.36	1.2(1-2)	1.81±0.60	1.83(1-2.83)	2.74±1.09	2.67(1.3-4.7)	2.10±0.57	2.18(1.38-3)
Var	1.60±0.57	1.46(1-4.75)	1.78±0.76	1.63(1-4.88)	1.18±0.42	1(1-3.4)	1.79±0.64	1.67(1-4.83)	1.86±0.86	1.67(1-5)	1.63±0.53	1.5(1-4.59)
U/p*	498	0.009	608.5	0.040	713.5	0.046	951.5	0.742	519	0.010	500.5	0.010
<i>Balgam</i>												
Yok	1.68±0.65	1.5(1-4)	1.84±0.77	1.75(1-4.88)	1.28±0.47	1(1-3.2)	1.85±0.64	1.83(1-3.83)	2.03±0.95	2(1-5)	1.72±0.56	1.65(1-3.94)
Var	1.57±0.55	1.42(1-4.75)	1.76±0.78	1.5(1-4.88)	1.1±0.34	1(1-3.4)	1.74±0.64	1.5(1-4.83)	1.77±0.8	1.67(1-4.67)	1.59±0.52	1.49(1-4.59)
U/p*	6343	0.329	6318.5	0.306	5173	<0.001	6075	0.134	5763.5	0.031	5908	0.070

Tablo 4.8. KOAH Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

	Olumsuz etki		Duygusal durum		Fiziksel çaba		Hava-Çevre		Davranışsal risk		Toplam Skor	
Hastalık özellikleri	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)
<i>Öksürük</i>												
Yok	1.66±0.59	1.5(1-3.75)	1.88±0.74	1.75(1-4.88)	1.25±0.46	1(1-3.2)	1.88±0.63	1.92(1-3.83)	2.00±0.9	1.83(1-5)	1.72±0.54	1.56(1-3.94)
Var	1.59±0.6	1.42(1-4.75)	1.73±0.8	1.5(1-4.88)	1.13±0.36	1(1-3.4)	1.71±0.64	1.5(1-4.83)	1.79±0.86	1.67(1-4.67)	1.59±0.53	1.47(1-4.59)
U/p*	6332	0.295	5565	0.011	5752	0.005	5662	0.019	5899.5	0.053	5717.5	0.026
<i>Diğer</i>												
Yok	1.62±0.59	1.5(1-4.75)	1.79±0.76	1.63(1-4.88)	1.18±0.4	1(1-3.4)	1.79±0.64	1.67(1-4.83)	1.88±0.86	1.67(1-4.67)	1.65±0.53	1.53(1-4.59)
Var	1.72±0.75	1.5(1-3.67)	1.92±1.06	1.63(1-4.88)	1.33±0.69	1(1-3.2)	1.77±0.63	1.67(1-3.33)	2.09±1.24	1.67(1-5)	1.75±0.80	1.47(1.06-3.94)
U/p*	1303.5	0.745	1299	0.760	1291.5	0.722	1220	0.956	1306.5	0.728	1257.5	0.908

*Mann-Whitney U testi, ** Kruskal-Wallis testi, (Bir sütundaki farklı küçük harfler gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farkı gösterir.)

Kronik obstrüktif akciğer hastalarının hastalık özelliklerine göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ait analiz sonuçları Tablo 4.8’de sunulmuştur. Hastaların BİPAP tedavisi alma, CPAP tedavisi alma, ilaç uyumu, KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye yatma durumu, acil servise nefes darlığı şikayetiyle gelme durumlarına göre Olumsuz Etki alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$). BİPAP tedavisi almayan ($p=0.011$), CPAP tedavisi almayan ($p=0.018$), KOAH nedeniyle son bir yılda hiç hastaneye yatmayan ($p=0.026$), acil servise nefes darlığı şikayetiyle gitmeyen, ($p=0.009$) ilaç uyumu iyi olan ($p<0.001$) hastaların Olumsuz Etki alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan kronik obstrüktif akciğer hastalarının oksijen tedavisi alma, BİPAP tedavisi alma, CPAP tedavisi alma, ilaç uyumu, KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye yatma durumu, acil servise nefes darlığı veya öksürük şikayetiyle gelme durumlarına göre Duygusal Durum alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Oksijen tedavisi almayan ($p=0.010$), BİPAP tedavisi almayan ($p=0.021$), CPAP tedavisi almayan ($p=0.030$), KOAH nedeniyle son bir yılda hiç hastaneye yatmayan ($p=0.037$), acil servise nefes darlığı ($p=0.040$) veya öksürük şikayetiyle gelen ($p=0.011$) ilaç uyumu iyi olan ($p<0.001$) hastaların Duygusal Durum alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Kronik obstrüktif akciğer hastalarının kalp hastalığı, düzenli kontrole gitme süresi, oksijen tedavisi alma, KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye yatma durumu, KOAH nedeniyle son bir yılda acil servise gitme durumu, acil servise nefes darlığı, balgam veya öksürük şikayetiyle gitme durumlarına göre Fiziksel Çaba alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$). Kalp hastalığı olmayan (Mean Rank_{yok}=125.41, Mean Rank_{var}=109.13, $p=0.016$), oksijen tedavisi almayan (Mean Rank_{almayan}=129.23, Mean Rank_{alan}=103.61, $p<0.001$), KOAH nedeniyle son bir yılda hiç hastaneye yatmayan (Mean Rank_{yatmayan}=132.17, Mean Rank_{bir}=119.36, Mean Rank_{iki}=105.26, Mean Rank_{≥3}=110.95, $p=0.026$), KOAH nedeniyle son bir yılda acil servise gitmeyen (Mean Rank_{gitmeyen}=148.36, Mean Rank_{giden}=116.51, $p=0.046$), acil servise nefes darlığı ($p=0.046$), balgam ($p<0.001$) veya öksürük şikayetiyle gitmeyen (Mean

Rank_{gitmeyen}=128.21, Mean Rank_{giden}=109.02, $p=0.005$) ve ayda bir kontrole giden ($p=0.027$) hastaların Fiziksel Çaba alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Araştırmada yer alan kronik obstrüktif akciğer hastalarının kanser, BİPAP tedavisi alma, CPAP tedavisi alma, ilaç uyumu, KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye yatma durumu, acil servise öksürük şikayetiyle gitme durumlarına göre Hava-Çevre Etkisi alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). BİPAP tedavisi almayan ($p=0.016$), CPAP tedavisi almayan ($p=0.024$), KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye yatmayan ($p=0.007$), acil servise öksürük şikayeti ile başvurmayan ($p=0.019$) ve ilaç uyumu iyi olan ($p<0.001$) hastaların Hava-Çevre Etkisi alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kronik obstrüktif akciğer hastalarının oksijen tedavisi alma, ilaç uyumu, KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye yatma durumu, acil servise nefes darlığı veya balgam şikayetiyle gitme durumlarına göre Davranışsal Risk alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Oksijen tedavisi almayan ($p=0.016$), KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye yatmayan ($p=0.041$), acil servise nefes darlığı ($p=0.010$) veya balgam ($p=0.031$) şikayetiyle başvurmayan ve ilaç uyumu iyi olan ($p=0.003$) hastaların Davranışsal Risk alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kronik obstrüktif akciğer hastalarının oksijen tedavisi alma, BİPAP tedavisi alma, CPAP tedavisi alma, ilaç uyumu, KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye yatma durumu, acil servise nefes darlığı veya öksürük şikayetiyle gitme durumlarına göre KOAH Öz-Etkililik toplam ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$). Oksijen tedavisi almayan ($p=0.007$), BİPAP tedavisi almayan ($p=0.008$), CPAP tedavisi almayan ($p=0.019$), KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye yatmayan ($p=0.006$), acil servise nefes darlığı ($p=0.010$) veya öksürük şikayetiyle gitmeyen ($p=0.026$) ve ilaç uyumu iyi olan ($p<0.001$) hastaların KOAH Öz-Etkililik toplam ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

4.5. İlaç Uyumu ile Öz-Etkililik Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği'nin korelasyonuna ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

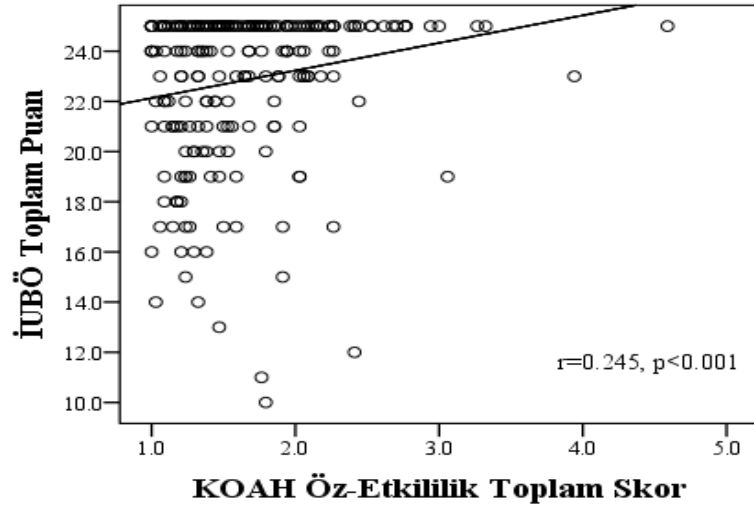


Tablo 4.9. KOAH Hastalarının İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği'nin Korelasyonu

		Olumsuz Etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava-Çevre	Davranışsal Risk	KOAH Öz-Etkililik Toplam	İUBÖ Toplam
Olumsuz Etki	r	1						
	p *	-						
Duygusal Durum	r	0.717	1					
	p *	<0.001	-					
Fiziksel Çaba	r	0.480	0.419	1				
	p *	<0.001	<0.001	-				
Hava-Çevre	r	0.586	0.584	0.407	1			
	p *	<0.001	<0.001	<0.001	-			
Davranışsal Risk	r	0.570	0.565	0.424	0.402	1		
	p *	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	-		
KOAH Öz-Etkililik Toplam	r	0.902	0.884	0.567	0.746	0.705	1	
	p *	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	-	
İUBÖ Toplam	r	0.167	0.255	0.122	0.206	0.198	0.245	1
	p *	0.010	<0.001	0.062	0.001	0.002	<0.001	-

*Spearman korelasyon test.

Tablo 4.9’da KOAH hastalarının İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği’nin korelasyonu sunulmuştur. Tabloya göre, hastaların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği toplam puan ortalaması ile KOAH Öz-Etkililiklik toplam ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf bir korelasyon belirlenmiştir ($r=0.245$; $p<0.001$) (Şekil 1). Hastaların İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği toplam puan ortalaması ile Olumsuz Etki alt boyut puan ortalaması ($r=0.167$; $p=0.010$) ve Davranışsal Risk alt boyut puan ortalaması ($r=0.198$; $p=0.002$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde çok zayıf, Duygusal Durum alt boyut puan ortalaması ($r=0.255$; $p<0.001$) ve Hava-Çevre Etkisi alt boyut puan ortalaması ($r=0.206$; $p=0.001$) arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon olduğu gözlenmiştir.



Şekil 4.1.KOAH Hastalarının İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği’nin Korelasyonu

Tablo 4.10. KOAH Hastalarının Yaş, KOAH Süresi, KOAH Nedeniyle Son Bir Yılda Acil Servise Gitme Sayısı ile İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği'nin Korelasyonu

Ölçekler	Yaş		KOAH süresi		Acil servise gitme sayısı	
	r	p*	r	p*	r	p*
İUBÖ	0.069	0.294	-0.023	0.731	-0.086	0.202
KOAH Öz-Etkililik	-0.158	0.015	-0.123	0.060	-0.296	<0.001
Olumsuz etki	-0.196	0.002	-0.041	0.536	-0.260	<0.001
Duygusal durum	-0.058	0.375	-0.148	0.023	-0.227	0.001
Fiziksel çaba	-0.205	0.002	-0.132	0.043	-0.175	0.009
Hava-Çevre	-0.117	0.074	-0.118	0.071	-0.249	<0.001
Davranışsal risk	-0.128	0.050	-0.104	0.113	-0.268	<0.001

*Spearman korelasyon test.

KOAH hastalarının yaş, KOAH süresi, KOAH nedeniyle son bir yılda acil servise gitme sayısı ile İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği'nin korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.10'da verilmiştir. Yapılan analiz sonucunda, hastaların yaşı ile KOAH Öz-Etkililik toplam puan ortalamaları ($r=-0.158$; $p=0.015$), Olumsuz Etki alt boyut puan ortalamaları ($r=-0.196$; $p=0.002$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde çok zayıf, Fiziksel Çaba alt boyut puan ortalamaları ($r=-0.205$; $p=0.002$) arasında negatif yönde zayıf bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Hastaların KOAH süresi ile Duygusal Durum alt boyut puan ortalamaları ($r=-0.148$; $p=0.023$) ve Fiziksel Çaba alt boyut puan ortalamaları ($r=-0.132$; $p=0.043$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde çok zayıf bir korelasyon bulunmuştur. Hastaların son bir yılda acil servise gitme sayısı ile KOAH Öz-Etkililik toplam puan ortalamaları ($r=-0.296$; $p<0.001$), Olumsuz Etki alt boyut puan ortalamaları ($r=-0.260$; $p<0.001$), Duygusal Durum alt boyut puan ortalamaları ($r=-0.227$; $p=0.001$), Hava-Çevre Etkisi alt boyut puan ortalamaları ($r=-0.249$; $p<0.001$) ve Davranışsal Risk alt boyut puan ortalamaları ($r=-0.268$; $p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf, Fiziksel Çaba alt boyut puan ortalamaları ı ($r=-0.175$; $p=0.009$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde çok zayıf bir korelasyon olduğu belirlenmiştir.

4.6. KOAH Hastalarının İlaç Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Çoklu Lineer Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

KOAH hastalarının İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalamasını etkileyen faktörlerin çoklu lineer regresyon analizine ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.11. KOAH Hastalarında İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamasını Etkileyen Faktörlerin Çoklu Lineer Regresyon Analizi ile Belirlenmesi

Model	İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği						95% Confidence Interval	
	B	SE	β	t	Sig.	VIF	Lower	Upper
(Constant)	19.599	1.703		11.51	<0.001		16.244	22.954
Yaş	0.007	0.018	0.026	0.397	0.692	1.138	-0.029	0.043
Erkek cinsiyet	-0.349	0.428	-0.052	-0.816	0.415	1.065	-1.192	0.494
Çalışma durumu	-1.620	0.678	-0.159	-2.391	0.018	1.153	-2.955	-0.285
Eş veya çocuklarla yaşayan	1.333	0.505	0.167	2.641	0.009	1.043	0.339	2.327
Kontrole düzenli gitme	0.755	0.402	0.121	1.877	0.062	1.086	-0.037	1.548
KOAH Öz-Etkililik skoru	1.203	0.362	0.210	3.327	0.001	1.037	0.491	1.916

R=0.357, R²=0.127, p<0.001

Hastalarda İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalamasını etkileyen faktörler çoklu lineer regresyon analizi ile Tablo 4.11’de incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, hastalarda çalışma durumunun İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalamasını negatif yönde etkilediği (β =-0.159; p=0.018), eş veya çocuklarla yaşama durumu (β =0.167; p=0.009) ve artan KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamalarının (β =0.210; p=0.001), İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalamasını pozitif yönde etkilediği saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Acil servise başvuran kronik obstrüktif akciğer hastalarında ilaca uyum ve öz-etkililik düzeylerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen bu araştırmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda aşağıdaki başlıklar halinde tartışılmıştır.

- KOAH Hastalarında İlaç Uyum
- KOAH Hastalarında Öz-Etkililik
- KOAH Hastalarında İlaç Uyumu ile Öz-Etkililik Arasındaki İlişki

5.1. KOAH Hastalarında İlaç Uyum

Çalışma bulgularımızda araştırmaya katılan hastaların ilaca uyumlarının iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir ($22.85 \pm 3.10/25$). Çalışmamızda KOAH hastalarının çalışma durumu ve evde yaşadığı kişilere göre ilaç uyum düzeylerinin etkilendiği bulunmuştur ($p < 0.05$). İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'ne göre; çalışmayan hastaların (23.05 ± 2.87) ilaca uyumları, yarım gün çalışan (22.36 ± 3.11) ve tam gün çalışan (20.08 ± 5.06) hastaların ilaca uyumlarına göre yüksek bulunmuş olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Ayrıca yapılan çoklu lineer regresyon analizine göre; KOAH hastalarında çalışma durumunun ilaç uyumunu negatif yönde etkilediği görülmüştür ($\beta = -0.159$; $p = 0.018$). Literatüre bakıldığında, meslek ve gelir durumu ile ilaca uyum ve öz-etkililik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Teke, Arslan, 2018). Lee ve arkadaşlarının çalışmasında, mesleğin ilaç uyumunu etkilediği bulunmuştur (Lee ve ark., 2014). Literatürde, düşük sosyo-ekonomik durum, eğitim seviyesinin düşük olması ve işsiz olmanın hastaların ilaca uyum durumunu kötü etkilediği bildirilmiştir (Saounatsou ve ark., 2001). Örneklemimizde KOAH hastalarının %60.8'i emekli, %27.7'si ev hanımı olup çalışmayanlar grubuna girmektedir. Çalışmayan emekli ve ev hanımı hastaların, çalışan gruba göre kendilerine ayıracak zamanlarının daha fazla olması, ilaçların ve tedavilerin zamanında uygulanabilmesi, ev ortamında yeterli istirahat edebilme, çalışılan ortam veya çalışma ortamına gidip gelme sürecinde olası hava kirliliğine, sigara dumanına daha az maruz kalma gibi faktörler nedeniyle ilaca uyumlarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'ne göre; evde eş veya çocukları ile yaşayan hastalar (23.1 ± 2.79), yalnız yaşayan hastalara (22.27 ± 3.98) ve akraba, arkadaş, bakıcı (19.9 ± 3.98) ile yaşayan hastalara göre ilaca uyumları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Ayrıca İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalamasını etkileyen faktörler çoklu lineer regresyon analizine göre; eş veya çocuklarla yaşama durumunun ($\beta = 0.167$; $p = 0.009$) ve artan KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamalarının ($\beta = 0.210$; $p = 0.001$) İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği puan ortalamasını pozitif yönde etkilediği saptanmıştır. Ülkemizdeki araştırmalara bakıldığında, aile tipi ile ilaca uyum ve öz-etkililik düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmazken (Karadağ ve ark., 2012), başka bir çalışmada (Hema ve Padmalatha, 2014) birlikte yaşadığı kişilerin ilaç uyumunu etkilediği görülmüştür. Hastaların birlikte yaşadığı kişiler farklılaştıkça ölçeğin toplam puan ortalamalarında anlamlılık bulunmuştur (Teke, Arslan, 2018). Hastaların aile üyelerinden biriyle yaşaması durumunda kendilerini değerli hissettikleri, bu süreçte ilaca uyumlarına destek olduğu için öz-etkililiğin pozitif yönde etkilendiği düşünülmektedir. Yalnız yaşayan hastaların ise diğer bakıcı, akraba, arkadaş grubuna göre ilaca uyumları yüksek olması ise hastaların öz sorumluluk kazanabildiklerini düşündürmüştür.

Çalışmamızda İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'ne göre; kontrole düzenli gidenlerin ilaca uyumları gitmeyenlere oranla daha yüksek bulunmuş olup, ilaca uyum düzeylerine göre aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Çalışmamızda kontrole gitme süreleri incelendiğinde, daha sık kontrole giden hastaların ilaç uyumları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Literatür incelendiğinde, vakaların ilaca uyumlu ya da uyumsuz olmasıyla düzenli olarak sağlık kontrolüne gitmeleri arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ($p < 0.01$) Düzenli sağlık kontrolüne gitmeyen vakaların, gidenlere göre daha yüksek oranda ilaç uyumsuzluğu gösterdiği saptanmıştır (Köseoğlu, Enç, 2016). Başka bir araştırmada bakımın devamlılığının olmayışının ilaç uyumunu olumsuz etkilediği belirtmiştir (Ho ve ark. 2009). Literatürdeki çalışmalara bakıldığında kontrollerine düzenli giden hastaların, gitmeyen hasta grubuna göre ilaca uyumları yüksek bulunmuştur. Hastalığının nüks etmesini, alevlenmesini beklemeden rutin kontrollerine giden hastaların hastalığını kabullendiği ve sağlık bilincinin olduğu, hastalığını önemsediği, hastalık ve tedavi uyumunun daha yüksek olabileceği,

kontroller sırasında sağlık profesyonelleri ile daha sık görüşmeler sonucunda sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının daha iyi sürdürülüyor olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda son bir yılda acil servise gitme durumlarına göre balgam (p:0.026) ve öksürük (p:0.027) sorunu ile gitmeyen KOAH hastalarının ilaç uyumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Balgam ve öksürük şikayetlerinin en önemli nedeni sigara kullanılmasıdır. KOAH'ta olduğu gibi birçok kronik hastalık nedenlerinin arasında en önemli risk faktörü sigara kullanımıdır (GOLD, 2020). Birçok araştırmada KOAH risk faktörlerine bakıldığında hastaların geçmişte sigara içtiği bildirilmektedir (Albayrak, 2018; Chi ve ark., 2017; Güçlü, 2018; Kütmeç Yılmaz ve ark. 2017;  zsoy, 2014). Başka bir çalışmada ise KOAH hastalarının %45.9'unun sigara kullanmayı bıraktığı, %38.8'inin ise aktif kullandığı bildirilmiştir ( zoğlu Aytaç, 2015). Sigara içiminin KOAH'ın ilerleyişinde aktif rol oynadığı ve semptomların şiddetini artıracadı düşünülmektedir ( alık Kütükcü, 2014; Kütmeç Yılmaz ve ark., 2017;  zoğlu Aytaç, 2015). Sigara içenlerde, içmeyenlere göre FEV₁'deki yıllık azalma şiddeti daha büyüktür (Kohansal R ve ark., 2009). Araştırmaya katılan hastaların %69.1'i 20 yıl üstünde sigara içtiğini, geçmişte veya halen sigara kullanan toplamda %81.3 bireyin sigara kullanım öyküsünün olduğu görülmektedir. Ayrıca KOAH hastalarının %63'ünün sigarayı bırakmış ve hiç içmeyen %18.7'lik bir oran olması da dikkat çekicidir. KOAH hastalığı ile birçok araştırmada sigaranın en önemli risk faktörü arasında görülmesine karşın, hiç içmediğini söyleyen kişilerin de KOAH'a yakalanması, pasif içicilik sorgulanması gerekliliğini gözler önüne sermektedir. Bir araştırmada kişilerin %77.8'inin hayat boyu sigara dumanına karşı karşıya kaldığı görülmüştür (Günay, 2013). Kocabaş'ın araştırmasında ebeveynlerinde sigara içimi gözlenen çocuklarda ve ortamda sigara dumanıyla karşı karşıya kalan bireylerde, solunum sistemi hastalıklarının sıkça g r ld ğu bildirilmiştir (Ko abaş, 2010). KOAH'ın başlangıcında ve devam ederek şiddetlenmesinden en büyük risk faktörlerinden biri sigara kullanımıdır. Bu nedenle hastaların sigara içme geçmişi belirlenerek uygun eğitimlerle birey, sigara bırakmaya teşvik edilmelidir. Davranışsal terapi yöntemi bütün KOAH hastalarında kullanılabilecek etkili bir yöntemdir. Bununla birlikte kontrendikasyon olmadığı sürece nikotin replasmanı tedavisi ve ibupropon tedavisi de sigarayı bırakmada kullanılabılır yöntemlerdendir (NICE, 2019; CDC, 2019; Bhatt ve ark., 2019).

Çalışma bulgularımızda kadın, ortaokul mezunu, evli, emekli, geliri giderine eşit, halen sigara içen, 6-10 yıldır sigara içen, halen alkol kullanan, 1-6 yıldır alkol kullanan, ev işleri ve hastane işleri gibi günlük işlerinde yardım alan, kalp ve diyabet hastalığı olmayan, hipertansiyon ve kronik böbrek yetmezliği olan, son bir yılda grip aşısı yaptıran, son beş yılda pnömokok aşısı yaptıran, oksijen ve CPAP tedavisi kullanmayan, BİPAP tedavisi kullanan, inhaler/nebül, steroid, mukolitik/ekspektoran kullanan, kendi ifadesine göre ilaç uyumunun iyi olduğunu ifade eden, son bir yılda KOAH nedeniyle hiç hastaneye yatmayan, son bir yılda KOAH nedeniyle acil servise giden, nefes darlığı nedeniyle acil servise gitmeyen KOAH hastalarının ilaca uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).

KOAH'ın genel anlamda erkek hastalığı olduğu şeklinde düşünülmesine karşın, son 30 yılda hastalığın prevalansı ve mortalitesi erkeklere göre kadınlarda daha fazla artmıştır (Landis SH ve ark., 2014). KOAH ile ilgili çalışmalarda hastaların çoğunluğunun erkek olduğu, yaş ortalaması 65 yaş ve üstü ayrıca büyük bir kesiminde evli olduğu bulunmuştur (Agusti ve ark., 2012; Uygun, 2019). Gelişmiş ülkelerde kadınlar arasında sigara içenlerin sayısının artması, düşük gelirli ülkelerde ise kadınların iç ortam kirliliğine maruziyette daha büyük risk altında olmaları hastalığın kadın ve erkeklerin benzer şekilde etkilemesinden sorumlu görülmektedir. KOAH prevalansı coğrafya ve sosyal yapıya göre değişiklik göstermekte, yaşlı nüfusun ve KOAH risk faktörlerinin artmasına paralel olarak artmaktadır (Berry ve Wise, 2010).

Bu araştırmaya katılan KOAH hastalarının yaş ortalaması 69.4 ± 11.24 yıl, %69.4'ü erkek, %63.8'i evlidir. Ülkemizde gelişmekte ve gelir düzeyinin düşük olması göz önünde bulundurulduğunda, KOAH prevalansının erkelerde kadınlara oranla daha fazla olduğu düşünülebilir, ancak gelişmişlik düzeyi artıkça bu oranların birbirine yaklaşacağı düşünülmektedir.

KOAH dışında ek hastalık öykülerine bakıldığında Uygun'un yaptığı araştırmada hastaların %77.4'ünün KOAH yanında en az bir kronik hastalığı olduğu, bunların ise sırasıyla; %46.3 hipertansiyon, %45.8 kalp hastalığı, %28.8'inin diyabet hastalıkları bulunduğu saptanmıştır (Uygun, 2019). Arkan Erdoğan'ın araştırmasında KOAH hastalarının %49.3'ünde hipertansiyon, %38.7'sinde kalp hastalığı, %28'inde diyabet hastalıkları mevcuttur (Arkan Erdoğan, 2015). Bizim araştırmamızda kalp hastalığı

%45.5, hipertansiyon %41.7, diyabet %25.5 olarak bulunmuştur. Komorbid hastalık sıralamaları değişmesine karşın ilk 3'te bulunan hastalıklar diğer çalışmalarla benzerdir. Komorbid hastalıkların, KOAH hastalığının yanında görülmesinin hastalarda, semptomlar açısından domino taşı etkisi yaratabileceği göz önünde bulundurulmalı, kişinin hem öz-etkililiğinde hem de ilaca uyumunda sorunlar yaşanabileceği unutulmamalıdır.

Güçlü'nün araştırmasında KOAH yılı ortalaması 7.86 ± 6.69 , Uygun'un yaptığı araştırmada 10.57 ± 9.38 bulunmuştur (Güçlü, 2018; Uygun, 2019). Bizim araştırmamızda ortalama KOAH süresi 92.5 ± 85.23 ay olarak hesaplanmış ve medyanı 60 ay (min:1;max:540) olarak bulunmuştur. KOAH süresinin 10 yıl ve altında olması diğer çalışmalarla benzer özellik göstermektedir.

İnfluenza virüsünden ortaya çıkacak enfeksiyonlar, alt solunum yolları tutulumuna bağlı olarak hastane yatışı gerektirebilmektedir (Wongsurakiat et al. 2004). Bu durum KOAH hastalarında ölüm ile sonuçlanabilmektedir (Fiore et al. 2009). Nüfus temelli araştırmalarda, aşı olan KOAH hastalarında iskemik kalp hastalıklarının daha seyrek görüldüğü gözlemlenmiştir (Huang et al. 2013). Çalışmamıza katılan hastaların %72.3'ü influenza aşısı yaptırmamaktadır. Pnömonokok aşısı; kronik kalp ve akciğer rahatsızlığı olan hastalarda ve KOAH hastalarında önerilmektedir (Tomczyk et al. 2014). Aşı 65 yaşından küçük KOAH hastalarında, $FEV_1 < \%40$ olan hastalarda toplum kökenli pnömoni oranını düşürmektedir (Alfageme et al. 2006). Walters ve arkadaşları tarafından yapılan meta-analizde (2017) KOAH'lı hastaların pnömonokok aşısı olmasının, pnömoni atağı geçirme olasılığını ve akut alevlenmeleri azalttığı görülmüş, ancak istatistiksel bir anlamlılık gözlemlenmemiştir. Çalışmamızda son 5 yılda KOAH hastalarının %83'ünün pnömonokok aşısı yaptırmadığı tespit edilmiştir. Son bir yılda KOAH nedeniyle hastaneye yatma oranı %70.6 olmakla birlikte, KOAH nedeniyle son bir yılda acil servise gitme oranı %95.3 bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan hastaların aşılanma ile yeterli bilgiye sahip olmayabileceği, bu nedenle aile sağlığı merkezlerinin veya evde sağlık hizmetlerinin aşı olmanın KOAH hastaları için önemi hakkında bilgilendirme yapması gerektiği, toplumsal bilinçlenme adına bu eğitimlerin yararlı olacağı düşünülmektedir. KOAH hastalarında hem hastaneye yatış oranı yüksekliği hem de KOAH ataklarıyla ilişkili

acil servise başvuru oranlarının yüksek olmasının, aşılama ile bir nebze azaltılabileceği düşünülmektedir.

5.2. KOAH Hastalarında Öz-Etkililik

Öz-etkililik kişinin başarmak istediği eyleme göre motivasyonunu artırması ve etrafındaki etmenleri de amacı için düzenlemesi olarak tanımlanmaktadır. Öz-etkililik seviyesi düşük olan bireylerin karşılaştıkları olaylarda ümitsizliğe düştükleri, başarısız olacaklarını düşünerek her eyleme çekinerek başladıkları ya da hiç başlamadıkları belirtilmektedir. Öz-etkililik seviyesi yüksek olan bireylerin ise yaşadıkları her durumda kendine güvendikleri, yaşadıkları zorluğu bütünüyle ele alarak başarıya ulaşmayı amaçladıkları ifade edilmektedir (Bandura, 1989).

Kronik hastalığa sahip bireylerin öz-etkililik seviyesini inceleyen araştırmalarda, KOAH hastalarının diğer kronik hastalıklara göre öz-etkililik algısının çok daha fazla etkilendiği gözle çarpılmaktadır (Ceyhan ve Ünsal, 2018).

Çalışmamızda hastaların KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalaması düşük ($1.65 \pm 0.54/5$) olarak bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamaları Uygun'un çalışmasında 2.49 ± 0.53 , Güçlü'nün çalışmasında 2.16 ± 0.81 , Kar'ın çalışmasında 2.32 ± 0.43 , Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında 2.53 ± 0.62 , Kara ve Mirici'nin çalışmasında 2.49 ± 0.29 olarak bulunmuştur (Güçlü, 2018; Kar, 2018; Kara ve Mirici, 2002; Kaya ve ark., 2018; Uygun, 2019). Yurt dışında yapılan çalışmalara bakıldığında KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamaları Bentsen ve arkadaşlarının çalışmasında 2.88 ± 2.75 , Ng ve Smith'in çalışmasında 3.14 ± 0.79 , Lee ve arkadaşlarının çalışmasında 3.33 ± 0.80 olarak ve ülkemizdeki çalışmalara nazaran daha yüksek bulunmuştur (Bentsen ve ark., 2010; Lee vd., 2014; Ng ve Smith, 2017). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalara göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamalarının düşük çıkma nedeni, çalışmanın yapıldığı yerin acil servis olması ve verilerin toplandığı hasta gruplarının ise genel olarak acil servis kırmızı alandan seçili olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışma verilerinin toplandığı dönemde tüm dünyada ve ülkemizde yaşanan COVID-19 pandemisi nedeniyle, özellikle KOAH hastalarının yaşamsal risklerinin çok arttığı, hastalarda korku ve çaresizlik duygularının öz-etkililik düzeylerini olumsuz yönde etkilemiş olabileceği düşünülebilir. Yurt dışında yapılan çalışmalarda ise, ülkemize göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek

bulunmasının; çevre şartlarının farklı olması, sosya-ekonomik durum, sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik, sağlık okur-yazarlık düzeyinin yüksekliği ve spor yapma alışkanlığının daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların öz-etkililiğe ilişkin tüm alt boyut puan ortalamalarının çok düşük olduğu, en düşük alt boyutun Fiziksel Çaba alt boyutuna ait olduğu (1.19 ± 0.41) bulunmuştur. Literatür incelendiğinde KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Fiziksel Çaba alt boyutu puan ortalaması Güçlü'nün çalışmasında 1.75 ± 0.70 , Uygun'un çalışmasında 1.78 ± 0.59 , Kar'ın çalışmasında 1.56 ± 0.66 , Bal Özkaptan'ın çalışmasında müdahale grubunda ilk ziyarette 1.10 ± 0.2 , kontrol grubunda ilk ziyarette 1.10 ± 0.1 olarak bulunmuştur (Güçlü, 2018; Kar, 2018; Özkaptan, 2013; Uygun, 2019). KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Fiziksel Çaba puan ortalamalarının belirgin şekilde düşük olması literatürde incelenen diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir. KOAH'lı hastaların özellikle günlük yaşam aktivitelerinde zorluklar çektiği düşünülmektedir. Hastaların fiziksel aktivite yaparken desteklenmesi, bağımsızlık düzeylerinin artırılmasına yardımcı olunması, aktivitelere katılımının sağlanması ile baş etmeye yönelik inançlarının da artırılabilmesi düşünülmektedir.

Çalışmamızda eğitim durumları karşılaştırıldığında KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Hava-Çevre alt boyut puan ortalaması anlamlı çıkmış olup, anlamlılık düzeyi en yüksek olan grup ise üniversite mezunlarıdır (2.27 ± 0.69). Literatür incelendiğinde öğrenim durumu arttıkça öz-etkililiğin de arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Güçlü, 2018; Kaya ve ark., 2018). Benzer şekilde Kar'ın araştırmasında KOAH'lı hastaların KOAH Öz-Etkililik Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının farklılık gösterme durumları incelendiğinde; Fiziksel Çaba (1.90 ± 0.70), Hava/Çevre (2.43 ± 0.76) ve Davranışsal Risk alt boyut puan ortalamaları (2.83 ± 0.93) istatistiksel olarak anlamlı olup, ileri analizde lise ve üstü eğitim düzeyinde olanların, diğer gruplara göre puanları daha yüksektir (Kar, 2018) ve çalışmamızı destekler niteliktedir. İki çalışmada ortak olarak Hava-Çevre alt boyut puan ortalamasının yüksek olması ve yine aynı şekilde eğitim durumları arttıkça almış oldukları puan ortalamalarının yükselmesi, eğitim düzeyinin KOAH hastalarında bulunduğu ortam koşullarına göre kendini korumada ve o ortamdan nasıl en az şekilde etkilenmeden çıkabilme hususunda kendilerini yönetebildikleri ve güvende hissettiklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda medeni durumlara göre karşılaştırıldığında, evli hastaların KOAH Öz-Etkililik Ölçeği toplam puan ortalaması, Olumsuz Etki, Fiziksel Çaba, Hava ve Çevre, Davranışsal Risk alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Güçlü'nün çalışmasında da evli hastaların KOAH Öz-Etkililik Ölçeği toplam puan ortalaması, Olumsuz Etki, Fiziksel Çaba, Hava ve Çevre, Davranışsal Risk alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Güçlü, 2018) ve çalışmamızı destekler niteliktedir. Kaya ve arkadaşlarının araştırmasında, medeni durum ile KOAH Öz-Etkililik düzeyi arasında ilişki tespit edilmiştir (Kaya ve ark., 2018). Evli hastalarda kendileriyle ilgilenen bir bireyin olmasının, öz güven duygusunu artırarak öz-etkililik durumlarını pozitif yönde etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda KOAH Öz-Etkililik Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; ekonomik durumlarına göre geliri giderinden az olan KOAH'lı hastaların Olumsuz Etki, Hava-Çevre, KOAH Öz-Etkililik Ölçeği toplam puan ortalaması düşük bulunmuş olup, istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Düşük sosyo-ekonomik düzey KOAH'a yakalanma riskini artırmaktadır, ancak yoksulluk ile ilişkisi üzerine net bir bulgu mevcut değildir (Beran et al. 2015). KOAH gelişme riskinin sosyo-ekonomik düzeyle ters orantılı bir ilişkisi mevcuttur (Gershon et al. 2011). Çalışmamızdaki hastaların %51.9'unun gelir düzeyinin gider düzeylerinden düşük olması literatürü destekler niteliktedir. Kişilerin yaşadığı ortamın konforu, iç mekânın hava koşulları, ısınmak için kullanılan yakıt tipi sosyo-ekonomik durum ile ilişkilendirilebilmekte (GOLD, 2020; NICE, 2018; Paulin, ve ark., 2015) ve düşük sosyo-ekonomik durumun KOAH gelişme riskini artırdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda evde günlük işlerinde yardım almayan hastaların KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının hepsinde, günlük işlerde yardım alanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ağdemir'in çalışmasında hastaların günlük işlerinde başkalarından yardım alma durumları ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği toplam puan ortalaması, Davranışsal Faktörler ve Fiziksel Çaba alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmış olup, diğer alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın ise anlamlı olmadığı bulunmuştur (Ağdemir, 2017). Çalışmamızda günlük işlerde yardım almayan, kendi kendine yetebilen hastaların öz-etkililiklerinin pozitif yönde etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda oksijen alma durumu incelendiğinde, KOAH Öz-Etkililik Ölçeği alt boyutlarından; Duygusal Durum, Fiziksel Çaba, Davranışsal Risk alt boyutları ve toplam öz-etkililik puan ortalaması oksijen almayan hastalarda, oksijen alan hastalara göre yüksek bulunmuş olup, istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). BIPAP ve CPAP kullanmayan hastaların Olumsuz Etki, Duygusal Durum, Hava-Çevre risk alt boyutları ve toplam öz-etkililik puan ortalamaları kullananlara göre yüksek bulunmuş olup, istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.005$). KOAH hastalarında sürekli oksijen tedavisi ile aktivite süreleri ve yaşam süreleri artmaktadır (Uzaslan, 2000). KOAH hastalarında oksijen tedavisinin, hastanede yatış sayısını azalttığı, efor düzeyini artırdığı ve yaşam kalitesini yükselttiği bildirilmektedir (Güell Rous, 2008). Non-invaziv yöntemle sağlanan oksijen desteğinin, atak sıklığını ve entübasyon gereksinimi azalttığı belirtilmektedir (Wedzicha et al. 2017). Kar'ın yaptığı çalışmada KOAH Öz-Etkililik Ölçeği alt boyutlarından; Duygusal Durum, Fiziksel Çaba, Hava/Çevre ve toplam öz-etkililik puan ortalamaları evde oksijen almayanlarda daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Kar, 2018). KOAH hastalarının hastalığının evresine göre oksijen, BIPAP, CPAP kullanma gereksinimlerinin doktorları tarafından değerlendirilmesinin ve hastanın yararına olabilecek en uygun non-invaziv yöntemlerin kullanılmasının, mekanik ventilasyon gereksinimini azaltarak hastaların öz-etkililiklerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye yatma durumlarına göre KOAH Öz-Etkilik Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; Olumsuz Etki, Duygusal Durum, Fiziksel Çaba, Hava-Çevre, Davranışsal Risk ve KOAH Öz-Etkilik Ölçeği toplam puan ortalaması, hiç acil servise yatmayan hastalarda, iki veya üç defa acil servise yatan hastalara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızda son bir yılda acil servise başvuru oranı %95.3 ve KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumu %70.6 olarak belirlenmiştir. Aras ve Tel'in (2009) yaptığı araştırmada, hastaların %65.2'sinin son bir yıl içerisinde KOAH atağı nedeniyle en az bir kez hastaneye yattıkları saptanmıştır. Uygun'un araştırmasında, son bir yılda acil servise başvurma oranı 5.93 ± 5.24 , medyanı:4 olarak bulunmuş, hastaların %83.1'inin son bir yıl içinde acil servise başvuru yaptığı bulunmuştur (Uygun, 2019). Araştırmamızda acil servise son bir yılda başvuru yapma oranlarının ve hastanede KOAH nedeniyle yatan hasta oranının fazla olması,

bu hastaların öz-etkililiğinin, hiç acil servise başvurmamış ya da KOAH nedeniyle hastaneye yatmamış hastalara oranla düşük çıkması, diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Araştırmalara bakıldığında acil servise başvuru oranları dikkat çekici niteliktedir. Bazı ülkelerde seçili hastalara yapılan ev ziyaretleri, evde oksijen tedavisi ve fizik tedavi uygulamaları alevlenme ve hastaneye yatış sıklığını azaltmaktadır (Hernandez et al. 2003). Ülkemizde ev ortamında tedavi sürecinin değerlendirilememesi, hasta takip ve kontrollerinin daha az olması, hastalara yeterli eğitimin verilememesi ve ilaçların doğru kullanılmaması gibi faktörlere bağlı olarak acil servise başvuru oranının artmış olduğu düşünülmektedir. Ayrıca hemşirelerin KOAH atak semptomlarını değerlendirerek, hastaların KOAH atakları ile başa çıkabilmeleri için doğru ilaç kullanımı, evde oksijen desteği ve KOAH ataklarına neden olacak çevresel koşullar hakkında düzenli ve tekrarlı bilgilendirmeler yapması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda KOAH hastalarının ilaç uyumuna göre, KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; Olumsuz Etki, Duygusal Durum, Hava-Çevre, Davranışsal Risk ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği toplam puan ortalaması, ilaç uyumunu iyi olarak ifade eden hastalarda anlamlı düzeyde yüksek çıkmış olup, %68.5'inin ilaç uyumunun iyi olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında, Oğuzülgen ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada hastaların %50'si, Okut'un araştırmasında %52'si, Kar'ın araştırmasında %65.4'ü, Ekenler'in araştırmasında %77.1'i ilaçlarını düzenli kullanmaktadır (Ekenler, 2017; Kar, 2018; Oğuzülgen ve ark., 2014; Okut; 2011). İncelenen araştırmalarda KOAH hastalarının büyük kısmının ilaçlarını düzenli kullandıkları görülmektedir. İlaç uyumsuzluğu nedeniyle hastalık kontrolü sağlanamazsa, hastalık şiddetinin ve tedavi dozlarının artması kaçınılmazdır (Melani ve Paleori, 2016). İlaça uyumunu iyileştirmek için uygulanan standart bir müdahale programı bulunmamaktadır. Bununla birlikte hastayı sosyal ve fiziksel yönlerden destekleyen çok yönlü bir motivasyon programı oluşturulması gerekmektedir. Sağlık profesyonelinin hastaya KOAH ile ilgili bilgi vermesi, doz hatırlatıcıları, görsel ve işitsel materyaller ile hastayı desteklemesi önerilmektedir. Ek olarak kişiyi psikolojik anlamda destekleyecek moral öğelerinin oluşturulması, KOAH hastalarında ilaca uyumu sağlamak için etkili bir yaklaşımdır (Leiva-Fernandez ve ark., 2014). Hastalarla en çok görüşme fırsatı bulan sağlık

profesyonelleri hemşireler olduğu için, bireyin tedaviye uyumunu devam ettirmede önemli konumdadırlar (Doğan, 2018).

Çalışmamızda KOAH tedavisine yönelik, inhaler, bronkodilatör, steroid, mukolitik ve analjezik kullanan hastalar ile hastaların öz-etkililik alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış olup, hastaların %79.6'sı inhaler, %73.6'sı bronkodilatör ilaç kullanırken, %39.6'sının sistemik steroid tedavisine gereksinim duyduğu görülmektedir. KOAH hastalarında semptomları önlemek veya azaltmak için çoğunlukla bronkodilatörler kullanılmaktadır (GOLD, 2018). Bronkodilatör uygulaması FEV₁ düzeyini yükselterek, hastaların kondisyon seviyelerini artırmaktadır (Van Geffen et al. 2016). İnhalasyon yolla kullanılan kısa etkili adrenaljik tedaviler akut alevlenmelerin temel tedavisidir (Wedzicha et al. 2017). KOAH tedavisine yönelik, inhaler, bronkodilatör, steroid, mukolitik ve analjezik kullanan hastaların öz-etkililiğinde anlamlı bir ilişki olmasa da, hastalar ilaç uyumuna göre karşılaştırıldığında hastaların ilaç uyumu arttıkça (ilaç uyumu iyi olan hastalar: 1.75±0.55, orta: 1.45±0.45, kötü: 1.25±0.27) öz-etkililik puan ortalamalarında artış görülmektedir (p<0.001).

Çalışmamızda KOAH hastalarının nefes darlığı nedeni ile acil servise gitme durumuna göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; Olumsuz Etki, Duygusal Durum, Fiziksel Çaba, Davranışsal Risk ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği toplam puan ortalamaları, nefes darlığı dışında başka bir şikayetle acil servise giden (öksürük, balgam vb) hastalarda yüksek çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Araştırmaya bakıldığında KOAH hastalarının % 96.2'sinin nefes darlığı ile acil servise başvurduğu görülmüştür. Keçecioğlu'nun yaptığı araştırmada, dispne şikayetiyle acil servise başvuru ortalamasının 2.63±2.28 gün olduğu bulunmuştur (Keçecioğlu, 2017). KOAH'ın şiddetlenmesiyle algılanan nefes darlığı sonucu hastalar günlük yaşam aktivitelerinde ve fiziksel aktivitelerinde zorlanmaktadırlar (Çalık Kütükçü ve ark., 2015). Özpulat ve Yıldırım'ın araştırmasında nefes darlığı yaşayan hastaların %46.9'unun bronkodilatör, %15.8'inin oksijen tedavisi kullandığı, %15.3'ünün ise acil servise başvurduğu bulunmuştur (Özpulat ve Yıldırım, 2014). Hemşireler tarafından nefes darlığı yaşayan KOAH hastalarına oksijen desteği sağlanması, ortopne pozisyonu verilmesi, derin solunum egzersizlerinin öğretilmesi, panik ve

endişelenme durumlarının değerlendirilmesi gibi uygulamaların semptom yönetiminde katkı verici olabileceği düşünülmektedir.

5.3. KOAH Hastalarında İlaç Uyumu ile Öz-Etkililik Arasındaki İlişki

Çalışmada KOAH hastalarının İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği korelasyon analizi sonuçlarına göre; ilaç uyumu ile öz-etkililik arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf bir korelasyon belirlenmiştir. Hastaların ilaç uyumu ile Olumsuz Etki alt boyut puan ortalaması ($r=0.167$; $p=0.010$) ve Davranışsal Risk alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde çok zayıf, Duygusal Durum ve Hava-Çevre Etkisi alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Kobau ve arkadaşları tarafından (2003) yapılan çalışmada da, bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak öz-etkililik ve ilaca uyum arasında pozitif yönde istatistiksel bir ilişki belirlenmiştir. Ancak Okubeyojo ve arkadaşları tarafından (2018) yapılan çalışmada ise, ayakta tedavi ortamlarında öz-etkililiğin ilaç tedavisine uyum davranışını etkilememesine rağmen, ilaç tedavisine uyum öz-yeterlik sonuç beklentisinin güçlü bir yordayıcısı olarak bulunmuştur. Bu nedenle ilaç uyumu ve öz-etkililik arasında dolaylı bir ilişki var olduğu saptanmıştır (Okuboyejo ve ark., 2018). Algılanan öz-etkililik bireylerin motivasyonunu ve davranışını etkilemede önemli bir rol oynamaktadır (Bandura, 1977). Bireyler, tedaviye uyum davranışlarını başarılı bir şekilde uygulayabileceklerine inandıklarında ilaca uyumlarının arttığı düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde, acil servise başvuran KOAH'lı hastaların ilaca uyum ve öz-etkililik düzeylerinin değerlendirildiği araştırmanın sonuç ve önerileri yer almaktadır. Araştırmanın, KOAH'lı hastaların ilaca uyumlarının ve öz-etkililiklerinin artırılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasında katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan KOAH'lı hastaların;

- İlaça uyum düzeylerinin iyi olduğu,
- Çalışmayan (emekli, ev hanımı) hastaların yarım veya tam gün çalışan hastalara göre ilaca uyumlarının daha yüksek bulunduğu; hastalarda çalışma durumunun ilaca uyumu negatif yönde etkilediği,
- Evde eş veya çocukları ile yaşayan hastaların, yalnız yaşayan veya akraba, arkadaş, bakıcı ile yaşayan hastalara göre ilaca uyumlarının daha iyi olduğu; eş veya çocuklarla yaşayanların KOAH öz-etkililik ve ilaca uyum düzeylerinin pozitif yönde etkilendiği,
- Düzenli sağlık kontrollerine giden ve özellikle ayda bir kontrole giden hastaların ilaç uyumunun yüksek olduğu,
- Öz-etkililik düzeylerinin düşük olduğu,
- KOAH öz-etkililik düzeylerinin alt boyutlarına göre sırasıyla en yüksek Davranışsal risk, Duygusal durum, Hava-çevre, Olumsuz etki ve Fiziksel çaba alt boyutları olduğu; en düşük Fiziksel çaba alt boyutunun bulunduğu ve hastaların aktivite intoleranslarının olduğu,
- Üniversite mezunu, evli, geliri giderine göre yüksek olan, alkol kullanan, evde günlük işlerde yardım almayan, oksijen tedavisi almayan, hiç acil servise yatmayan, acile nefes darlığı dışında şikayetlerle giden hastaların öz-etkililik düzeylerinin daha yüksek olduğu,
- İlaç uyumu ile öz-etkililik arasında anlamlı düzeyde, pozitif yönde zayıf bir korelasyon olduğu, hastaların ilaç uyumlarının artması ile öz-etkililik düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.

6.1. Araştırmacılara İlişkin Öneriler

Kronik obstrüktif akciğer hastalarının ilaca uyumlarının ve öz-etkililik düzeylerinin değerlendirilmesi, uygun hemşirelik girişimlerinin planlaması ve eğitimler düzenlenmesi ile hastaların ilaca uyum ve öz-etkililik düzeylerinin artırılabilceği öngörülmektedir. Bu nedenle;

- Kronik obstrüktif akciğer hastalarının ilaca uyumunu etkileyen faktörlere ilişkin kalitatif araştırmaların yapılması,
- Kronik obstrüktif akciğer hastalarının öz-etkililik düzeylerini etkileyen faktörlere ilişkin kalitatif araştırmaların yapılması,
- Kronik obstrüktif akciğer hastalarının hastalık ve tedavi yönetimine ilişkin tutum ve duyguları ile bunları etkileyen faktörlere ilişkin araştırmaların yapılması,
- Kronik obstrüktif akciğer hastalarında hemşirelik girişimlerinin ilaca uyum ve/veya öz-etkililik üzerine etkisini inceleyen randomize kontrollü araştırmaların yapılması,
- Kronik obstrüktif akciğer hastalarının eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyleri dikkate alınarak, sürekli ve tekrarlı eğitimlerini sağlayabilecek nitelikte eğitim materyallerinin hazırlanması ve etkinliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

6.2. Uygulayıcılara İlişkin Öneriler

- Kronik obstrüktif akciğer hastalarının ilaca uyumlarının ve öz-etkililik düzeylerinin rutin bakımın bir parçası olarak değerlendirilmesi,
- Kronik obstrüktif akciğer hastalarında ilaca uyumun ve öz-etkililik düzeylerinin artırılmasına yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması,
- Kronik obstrüktif akciğer hastalarının hastalık ve tedavi yönetimine ilişkin tutum ve davranışlarının belirlenmesi,
- Eğitim, sosyo-ekonomik düzey ve tedavi uygulamaları dikkate alınarak; oksijen, BIPAP, CPAP, ilaç tedavileri, semptom kontrolü, bakım, aşılama, sigara ve alkolün bırakılması, sağlıklı yaşam davranışlarına yönelik konularda sade, açık, anlaşılır ve çoklu eğitim materyalleri kullanılarak bireyselleştirilmiş KOAH eğitimi verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abul, Y., ve Özlü, T. Türkiye’de KOAH Epidemiyolojisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2013; 1 (1): 7-12.

Agusti, A., Soler, J. J., Molina, J., Munoz, M. J., Garcia-Losa M, Roset M, ... & Badia, X. Is the CAT Questionnaire Sensitive to change in Health status in patients with severe COPD exacerbations?. Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2012; 9: 492-498.

Ağdemir, B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Öz-etkililik ve Depresyon Arasındaki İlişki. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Erzincan (Danışman: Doç. Dr. P Karakurt).

Akdemir, N., Birol, L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Sistem Ofset, Ankara, 2005; 193-200.

Akıncı, A.Ç. KOAH’lı Hastalara Uygulanan Pulmoner Rehabilitasyonun Fiziksel ve Psikolojik Parametrelere Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Nermin Olgun).

Aksayan, S., Gözüm, S. Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılmasında ve Sürdürülmesinde Öz-etkililik Algısının Önemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1998; 2 (1): 35-41.

Akyıl, R.Ç. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve Bakım. Durna, Z. (Ed.), Kronik Hastalıklar ve Bakım. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2012; 75-95.

Akyol, A., Dindar, B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan (KOAH) bireylerin Fonksiyonel Durumlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017; 53-67.

Albayrak, D. KOAH’lı Hastalara Yaşam Modeline Göre Verilen Hemşirelik Eğitiminin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Malatya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Funda Kavak).

Alfageme, I.R., Vazquez, N., Reyes, J., Munoz, A., Fernandez, M., Hernandez, M., ... & Lima J. Clinical efficacy of anti-pneumococcal vaccination in patients with COPD. Thorax. 2006; 61: 189-195.

Aras, A., Tel, H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Türk Toraks Dergisi. 2009; 10: 63-68.

Arkan Erdoğan G. Fiziksel Aktivite ve Sağlık Durumunun Hastaneye Yatış Gerektilen KOAH Akut Alevlenmelerinin Seyri Üzerine Etkileri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2015, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Elif Şen).

Asche, C.V, Leader, S, Plauschinat, C., ... & Young, D. Adherence to current guidelines for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) among patients treated with combination of long-acting bronchodilators or inhaled corticosteroids. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2012; 7: 201-209. DOI: [10.2147/COPD.S25805](https://doi.org/10.2147/COPD.S25805).

Austin, M.A., Wills, K.E., Blizzard, L., Walters, E.H., Wood-Baker, R. Effect of high flow oxygen on mortality in chronic obstructive pulmonary disease patients in prehospital setting: Randomised controlled trial. BMJ. 2010; 5341-5462.

Bal Özkaptan, B., Kapucu, S. Home nursing care with the self-care model improves self-efficacy of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Jpn J Nurs Sci. 2016; 13 (3): 365-377. DOI: [10.1111/jjns.12118](https://doi.org/10.1111/jjns.12118).

Bal Özkaptan, B., Kapucu, S. KOAH'lı Bireylerde Öz-Etkililiğin Geliştirilmesinde Evde Bakımın Önemi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2015; 4 (2): 74-80.

Bal Özkaptan, B, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Öz-Bakım Modeline Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Öz-Etkililik Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2013, Ankara (Danışman:Doç. Dr. Sevgisun Kapucu).

Bandura, A. Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*. 1989; 37, 122-147.

Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977; 84 (2): 191-215. DOI: [10.1037/0033-295X.84.2.191](https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191).

Barnestein-Fonseca, P., Leiva-Fernández, J., Vidal-España, F., García-Ruiz, A., Prados-Torres, D., Leiva-Fernández, F. Is it possible to diagnose the therapeutic adherence of patients with COPD in clinical practice? A cohort study. *BMC Pulm Med*. 2011; 11:6.

Barrecheguren, M., Bourbeau, J. Self-management strategies in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A first step toward personalized medicine. *Curr Opin Pulm Med*. 2018; 24 (2): 191–198.

Beaumont, M., Couturaud, F., Jegou, F., Pichon, R., Le Ber, C., Peran, L., Roge, C., Renault, D., Narayan, S., Reyckler, G., Validation of the French version of the London Chest Activity of Daily Living Scale and the Dyspnea-12 questionnaire. *International Journal of COPD*. 2018; 13: 1399-1405.

Bentsen, S.B., Rokne, B., Wentzel-Larsen, T., Hendiksen, A.H., Wahl, A.K. The Norwegian version of the chronic obstructive pulmonary disease self-efficacy scale (CSES): A validation and Rreliability study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010; 24 (3): 600-609.

Beran, D., Zar, H.J., Perrin, C., Menezes, A.M., Burney, P., and collaboration Forum of International Respiratory Societies working group. Burden of asthma and chronic obstructive pulmonary disease and access to essential medicines in low-income and middle-income countries. *Lancet Respir Med*. 2015; 3: 159-170.

Berry, C.E., Wise, R.A. Mortality in COPD: Causes, risk factors and prevention. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2010; 7: 375-382.

Bhatt, S.P., Balte, P.P., Schwartz, J.E., Cassano, P.A., Couper, D., Jacobs, D.R., ... & Oelsner, E.C. Discriminative Accuracy of FEV1: FVC Thresholds for COPD-Related Hospitalization and Mortality. *JAMA*. 2019; 321 (24): 2438-2447. DOI: [10.1001/jama.2019.7233](https://doi.org/10.1001/jama.2019.7233).

Bloom, J., Hinrichs, A.L., Wang, J.C., vonWeymarn, L.B., Kharasch, E.D., Bierut, L.J., ... & Murphy, S.E. The contribution of common CYP2A6 alleles to variation in nicotine metabolism among European-Americans. *Pharmacogenet Genomics*. 2011; 21: 403–416.

Bourbeau, J., Bartlett, S.J. Patient adherence in COPD. *Thorax*. 2008; 63: 831-838.

Bringsvor, H. B., Langeland, E., Oftedal, B.F., Skaug, K., Assmus, J., Bentsen, S.B. Effects of a COPD self-management support intervention: A randomized controlled trial. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2018; 13: 3677-3688.

Brusselle, G.G., Bracke, K.R. Elucidating COPD pathogenesis by large-scale genetic analyses. *Lancet Respir Med*. 2015; 3 (10): 737-739. DOI: [10.1016/S2213-2600\(15\)00360-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(15)00360-4).

Brusselle, G.G., Joos, G.F., Bracke, K.R. New insights into the immunology of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2011; 378 (9795): 1015-1026. DOI: [10.1016/S0140-6736\(11\)60988-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60988-4).

Buist, A.S., McBurnie, M.A., Vollmer, W.M., Gillespie, S., Burney, P., Mannino, D.M., ... & on behalf of The BOLD Collaborative Research Group. International variation in the prevalence of COPD (The BOLD Study): A population-based prevalence study. *Lancet*. 2007; 370: 741-750.

Buist, A.S., Volmer, W.M., Sullivan, S.D., Weiss, K.B., Lee, T.A., Menezes, A.M., ... & Burney, P. The Burden of Obstructive Lung Disease Initiative (BOLD): Rationale and design. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2005; 2: 277-283.

Cameron-Tucker, H. L., Wood-Baker, R., Owen, C., Joseph, L. Walters, E.H. Chronic disease self-management and exercise in COPD as pulmonary rehabilitation: A randomized controlled trial. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2014; 9: 513-523.

Casas, A., Troosters, T., Garcia-Aymerich, J. Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. *Eur Respir J.* 2006; 28 (1): 123-130. DOI: [10.1183/09031936.06.00063205](https://doi.org/10.1183/09031936.06.00063205).

Celli, B.R., Locantore, N., Tal-Singer, R. Emphysema and extrapulmonary tissue loss in COPD: A multi-organ loss of tissue phenotype. *Eur Respir J.* 2018; 51 (2): 1702146.

Ceyhan, Ş., Ünsal, A. Farklı Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 2018; 11 (4): 263-273.

Ceylan, E. KOAH'lı hastalarda egzersiz kapasitesi ve dinamik hiperinflamasyonun değerlendirilmesi. *Journal of Cilinical and Experimental Investigations.* 2014; 5 (3): 424-428.

Cihangir, N. Astımlı Adölesanlarda Uyum ve Öz-Bakım Modellerine Göre Geliştirilen Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, 2007, Ankara (Danışmanı: Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu).

Chen, W., Thomas, J., Sadatsafavi, M., FitzGerald, J.M. Risk of cardiovascular comorbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med.* 2015; 3: 631–639.

Chi, M., Gua, S., Hwang, S., Chou, C., Lin, C., Lin, Y. Exposure to do indoor particulate matter worsens the symptoms and acute exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease patients of sounthwestern Taiwan: A piloy study. *İnternational Journal of Environmental Research and Public Health.* 2017; 14 (4): 1-11.

Corrado, A., Rossi, A. How far is real life from COPD therapy guidelines? An Italian observational study. *Respir Med.* 2012; 106 (7): 989-997. DOI: [10.1016/j.rmed.2012.03.008](https://doi.org/10.1016/j.rmed.2012.03.008).

Coultas, D., Frederick, J., Barnett, B., Singh, G., Wludyka, P. A randomized trial of two types of nurse-assisted home care for patients with COPD. 2005; 128, 2017-2024.

Çalık Kütükcü, E., Arıkan, H., Sağlam, M., Vardar Yağlı, N., İnal İnce, D., Öksüz, Ç., ... & Çöplü, L. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında çok boyutlu hastalık şiddeti ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation. 2015; 2 (2), 53-60.

Çalık Kütükcü, E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Üst Ekstremitte Kas Kuvveti Eğitiminin Solunum ve Periferik Kas Kuvveti, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kardiyopulmoner ve Rehabilitasyon Programı, Doktora Tezi, 2014, Ankara (Danışmanı: Prof. Dr. Hülya Arıkan).

Çevik, Ü. Astımlı çocuk ve adölesanlara verilen eğitimin öz-etkililik ve hastalığın seyrine etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2011, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. A Çelebioğlu).

Çil Akıncı, A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi. Türkiye Klin J Intern Med Nurs. 2017; 3 (3): 154–161.

Decramer, M., Janssens, W., Miravitlles, M. Chronic obstructive pulmonary disease. Lancet. 2012; 379: 1341–1351.

Dekhuijzen, R., Lavorini, F., Usmani, O.S., Van Boven, J. Addressing the Impact and Unmet Needs of Nonadherence in Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Where Do We Go From Here? J Allergy Clin Immunol Pract. 2018; 6 (3): 785-793. DOI: [10.1016/j.jaip.2017.11.027](https://doi.org/10.1016/j.jaip.2017.11.027).

De-Torres, J.P., Marín, J.M., Casanova, C. Identification of COPD Patients at High Risk for Lung Cancer Mortality Using the COPD-LUCSS-DLCO. Chest. 2016; 149 (4): 936-942.

Doğan, A. KOAH'lı Hastalarda Planlı Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. H.K.Ü. Sağlık

Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Gaziantep (Danışman: Prof. Dr. N Olgun).

Durham, A.L., Adcock, I.M. The relationship between COPD and lung cancer. *Lung Cancer*. 2015; 90: 121–127.

Durmaz Akyo,l A. Yoğun Bakım Hemşireliği. İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık. 2017; 1.Baskı; 543-546.

Ekenler, Ş. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Konya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Selda Arslan).

Faner, R., Cruz, T., Casserras, T., Lopez-Giraldo, A., Noell, G., Coca, I., ... & Agusti, A. Network Analysis of Lung Transcriptomics Reveals a Distinct B-Cell Signature in Emphysema. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016; 193 (11): 1242-1253. DOI: [10.1164/rccm.201507-1311OC](https://doi.org/10.1164/rccm.201507-1311OC).

Fiore, A.E., Shay, D.K., Broder, K., Iskander, J.K., Uyeki, T.M., Mootrey, G., ... & Cox, N.J. Control Centers for Disease, and Prevention. Prevention and control of seasonal influenza with vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep*. 2009; 58: 1-52.

Fletcher, C.M., Elmes, P.C., Fairbairn, A.S., Wood, C.H. The significance of respiratory symptoms and the diagnosis of chronic bronchitis in a working population. *Br Med J*. 1959; 2 (5147): 257-266.

Fletcher, C., Peto, R. The natural history of chronic airflow obstruction. *Br Med J*. 1977; 1: 1645-1648.

Garcia-Aymerich, J., Hernandez, C., Alonso, A., Casas, A., Rodriguez-Roisin, R., Anto, J.M., ... & Roca, J. Effects of an integrated care intervention on risk factors of COPD readmission. *Respir Med*. 2007; 101 (7): 1462-1469.

GBD 2016 Mortality Collaborators Global, regional, and national under-5 mortality, adult mortality, age-specific mortality, and life expectancy, 1970–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017; 390: 1084-1150

Gershon, A.S., Warner,L., Cascagnette, P., Victor, J.C., To, T. Lifetime risk of developing chronic obstructive pulmonary disease: A longitudinal population study. *Lancet*. 2011; 378: 991-996.

GOLD. Global Strategy for The Diagnosis, Management, And Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Diseases Report. 2018

GOLD. Global Strategy for The Diagnosis, Management, And Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Diseases Report. 2019

GOLD. Global Strategy for The Diagnosis, Management, And Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Diseases Report. 2020

Güçlü, H. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Öz-etkililik ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri. B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Yozgat (Danışman: Doç. Dr. N. Kılıç Akça).

Gülseven, B., Oğuz, S. Kronik durumlar İçinde Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (Editörler). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım İstanbul: Nobel Kitabevi. 2011; 105-117.

Günay, .S, Günay, E., Selçuk Sönmez, Ö., Yılmaz Demirci, N., Keyf, A.İ., Şimşek, C. KOAH tanılı hastalarda solunumsal maruziyetler ile hastalık arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2013; 16 (3): 243-252.

Haupt, D., Krigsman, K., Nilsson, J.L. Medication persistence among patients with asthma/COPD drugs. *Pharm World Sci*. 2008; 30 (5): 509-514.

Haynes, R.B., Taylor, D.T., Snow, J.C., Sackett D.L., et al. Annotated and indexed bibliography on compliance with therapeutic and preventive regimens.

In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. Compliance in health care. Baltimore, Maryland, The John Hopkins University Press: 1979; 337-474.

Hermiz, O., Comino, E., Marks, G., Daffurn, K., Wilson, S., Harris, M., ... & Randomized controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. British Medical Journal. 2002; 325, 1-5.

Hernandez, C., Casas, A., Escarrabill, J., Alonso, J., Puig-Junoy, J., Farrero, E., ... & Chronic project. Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. Eur Respir J. 2003; 21: 58-67.

Ho, M., Bryson, C., Rumsfeld, J. Medication Adherence: Its importance in Cardiovascular Outcomes. Circulation. 2009; 119: 130.

Horne, R. Compliance, adherence and concordance: Implications for asthma treatment. Chest. 2006; 130: 65-72.

Huang, C. L., Nguyen, P.A., Kuo, P.A., Iqbal, U., Hsu, Y.H. Jian, W.S. 2013. Influenza vaccination and reduction in risk of ischemic heart disease among chronic obstructive pulmonary elderly. Comput Methods Programs Biomed. 2013; 111: 507-511.

Jackson, B.E., Coultas, D.B., Suzuki, S., Singh, K.P., Bae, S. Rural-urban disparities in quality of life among patients with COPD. Journal of Rural Health. 2014; 29: 62-69. DOI: [10.1111/jrh.12005](https://doi.org/10.1111/jrh.12005).

Johns, D.P., Walters, J.A., Walters, E.H. Diagnosis and early detection of COPD using spirometry. J Thorac Dis. 2014; 6 (11): 1557-1569. DOI: [10.3978/j.issn.2072-1439.2014.08.18](https://doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2014.08.18).

Jones, P.W., Harding, G., Berry, P., Wiklund, I., Chen, W.H., Kline Leidy, N. Development and first validation of the COPD Assessment Test. Eur Respir J. 2009; 34: 648-654.

Karadağ, E., Akkuş, Y., Karatay, G. Medication adherence self efficacy level of the hypertensive patients who applied to a family health center. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2012; 28 (3), 85-96.

Kara, D., Yıldız, H. Dispne semptomunun değerlendirilmesinde dispne ölçeklerinin etkinlikleri ve kullanım sıklıkları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 2 (1): 137-149.

Kara, M., Mirici, A. KOAH öz-etkililik ölçeği türkçe formu'nun geçerlilik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi. 2002; 34: 61-66.

Kara, M., Aştı, T. Effect of education on self-efficacy of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. Patient Educ Couns. 2004; 55: 114-120.

Kar, S. KOAH'lı Hastalarda Öz-Etkililiğin, Bakım Verenlerin Yüğü ile İlişkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Neriman Zengin).

Kaya, H., Özdemir Aydın, G., Küçük, L., Atabek Aştı, T., Turan, N., Pallos, A., ... & Özdemir, R. Self-efficacy level and patient satisfaction with healthcare in chronic obstructive pulmonary diseases. International Journal of Medical Research and Health Sciences. 2018; 7 (7): 1-9.

Keçecioğlu, A. KOAH Alevlenmeli Hastada CAT Skorlamasının Acil Servisten Yatış Kararına Etkisinin Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, 2017, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Ayfer Keleş).

Khdour, M.R., Hawwa, A.F., Kidney, J.C., Smyth, B.M., McElnay, J.C. Potential risk factors for medication non-adherence in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Eur J Clin Pharmacol. 2012; 68 (10): 1365–1373.

Kocabaş, A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni. 2010; 1 (2): 105-113.

Kohansal, R., Martinez-Camblor, P., Agustí, A., Buist, A.S., Mannino, D.M. Soriano, J.B. The natural history of chronic airflow obstruction revisited: an analysis of the Framingham offspring cohort. Am J Respir Crit Care Med. 2009; 180: 3-10.

Köktürk, N., Gürgün, A., Şen, E., Kocabaş, A., Polatlı, M., Çöplü, L., ... & Erdinç, E. The View of the Turkish Thoracic Society on the Report of the GOLD. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. *Türk Thorac J.* 2017; 18 (2): 57-64.

Köseoğlu, N., Enç, N. Kronik kalp yetersizliği olan bireylerde ilaç uyumuna engel olan faktörlerin incelenmesi. *Journal of Cardiovascular Nursing.* 2016; 7 (14), 162-168.

Kütmeç Yılmaz, C., Duru Aşiret, G., Kapucu, S. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında yorgunluğun günlük ve enstrümental yaşam aktiviteleri üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2017; 20 (2): 114-121.

Lamprecht, B., Soriano, J. B., Studnicka, M., Kaiser, B., Vanfleteren, L. E., Gnatiuc, L., ... & the PREPOCOL Study Group. Determinants of underdiagnosis of COPD in national and international surveys. *Chest.* 2015; 148: 971-985.

Landis, S. H., Muellerova, H., Mannino, D. M., Menezes, A. M., Han, M. K., van der Molen, T., ... & Davis, K. J. Continuing to Confront COPD International Patient Survey: methods, COPD prevalence, and disease burden in 2012–2013. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.* 2014; 9, 597.

Lange, P., Celli, B., Agusti, A., Jensen, G.B., Divo, M., Faner, R. ... & Vestbo, J. et al. Lung-function trajectories leading to chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med.* 2015; 373: 111–122.

Lareau, S.C., Yawn, B.P. Improving adherence with inhaler therapy in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2010; 5: 401-406. Published Nov 24.

Larici, A.R., Franchi, P., Cicchetti, G., Bonomo, L. COPD. *Medical Radiology* 2017.

Lee, H., Lim, Y., Kim, S., Park, H. K., Ahn, J. J., Kim, Y., Lee, B. C. Predictors of low levels of self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease in South Korea. *Nursing and Health Sciences.* 2014; 16, 78–83.

Leiva-Fernández, J., Leiva-Fernández, F., García-Ruiz, A., Prados-Torres, D., Barnestein-Fonseca, P. Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): A randomized controlled trial. *BMC Pulm Med.* 2014; 14: 70. DOI: [10.1186/1471-2466-14-70](https://doi.org/10.1186/1471-2466-14-70).

López-Campos, J.L., Quintana Gallego, E., Carrasco Hernández, L. Status of and strategies for improving adherence to COPD treatment. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2019; 14: 1503-1515. DOI: [10.2147/COPD.S170848](https://doi.org/10.2147/COPD.S170848).

Lowery, J., Hopp, F., Subramanian, U., Wiitala, W., Welsh, D.E., Larkin, A., ... & Vaitkevicius, P. Evaluation of a nurse practitioner disease management model for chronic heart failure: A multi-site implementation study. *Congest Heart Fail.* 2012; 18: 64–71.

MacNee, W., Tudor, R.M. New paradigms in the pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease I. *Proc Am Thorac Soc.* 2009; 6: 527–531.

Mannino, D.M., Thorn, D., Swensen, A., Holguin, F. Prevalence and outcomes of diabetes, hypertension and cardiovascular disease in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J.* 2008; 32: 962–969.

Martinez, F.D. Early-life origins of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med.* 2016; 375: 871-878.

McAuley, E., Morris, K.S., Motl, R.W., Hu, L., Konopack, J.F., Elavsky, S. Long-term follow-up of physical activity behavior in older adults. *Health Psychol.* 2007; 26: 375–380.

Mejza, F., Gnatiuc, L., Buist, A.S., Vollmer, W.M., Lamprecht, B., Obaseki, D.O., ... & for the bold collaborators. Prevalence and burden of chronic bronchitis symptoms: Results from the bold study. *Eur Respir J.* 2017; 50: 1700621.

Melani, A.S., Paleari, D. Maintaining control of chronic obstructive airway disease: Adherence to inhaled therapy and risks and benefits of switching devices. *COPD.* 2016; 13 (2): 241–250.

Melén, E., Guerra, S. Recent advances in understanding lung function development. *F1000Res*. 2017; 6: 726.

Menezes, A.M., Wehrmeister, F.C., Perez-Padilla, R., Viana, K.P., Soares, C., Müllerova, H., ... & Montes de Oca, M. The PLATINO study: description of the distribution, stability and mortality according to the global initiative for chronic obstructive lung disease classification from 2007 to 2017. *International Journal of COPD*. 2017; (12): 1491-1501.

Menezes, A.M., Perez-Padilla, R., Jardim, J.R., Muino, A., Lopez, M.V., Valdivia, G., ... & Hallal, P.C. Victora CG for the platino team. Chronic obstructive pulmonary disease in five latin american cities (the platino study): A prevalence study. *Lancet*. 2005; 366: 1875-1881.

Mercado, N., Ito, K., Barnes, P.J. Accelerated ageing of the lung in COPD: New concepts. *Thorax*. 2015; 70: 482–489

Metin, S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Omega-3 Yağ Asidinden Zengin Diyetin İnflamasyon, Solunum Fonksiyonu ve Yaşam Kalite Düzeyleri Üzerine Etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Gül Kızıltan).

Mollaoğlu, M. Kronik Hastalıklarda Uyum Süreci Z. (Ed.) Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2012; 51-65.

Mueller, S., Wilke, T., Bechtel, B., Punekar, Y.S., Mitzner, K., Virchow, J.C. Non-persistence and non-adherence to long-acting COPD medication therapy: A retrospective cohort study based on a large German claims dataset. *Respir Med*. 2017; 122: 1-11.

Kara Kaşıkçı, M. Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 2007; 16 (8): 1468-1478.

Köseoğlu, N., Enç, N. Investigation of the Factors Preventing Medication Compliance in Individuals with Chronic Heart Failure. Turk J Card Nur. 2016; 7 (14): 162-168.

Ng, W. I., Smith G. D. Effects of a self-management education program on self-efficacy in patients with COPD: A mixed-methods sequential explanatory designed study. International Journal of COPD. 2017; 12: 2129-2139.

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: Diagnosis and management. 2019; NICE guideline.

O'Donnell, D.E, Guenette JA, Maltais F, Webb KA. Decline of resting inspiratory capacity in COPD: The impact on breathing pattern, dyspnea, and ventilatory capacity during exercise. Chest. 2012; 141 (3): 753-762.

O'Donnell, D.E. Hyperinflation, dyspnea and exercise intolerance in chronic obstructive pulmonary disease. Proc Am Thorac Soc. 2006; 3: 180–184.

Oelsner, E.C., Hoffman, E.A., Folsom, A.R., et al: Association between emphysema-like lung on cardiac computed tomography and mortality in persons without airflow obstruction: A cohort study. Ann Intern Med. 2014; 161: 863-873.

Oğuzülgen, I.K., Köktürk, N., Gıkdoğan, Z. Astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalarında Morisky 8-maddeli İlaça Uyum Anketinin (MMAS-8) Türkçe geçerliliğinin kanıtlanması çalışması. Tuberk Toraks. 2014; 62: 101-107.

Okuboyejo, S., Mbarika, V. and Omoregbe, N. The effect of self-efficacy and outcome expectation on medication adherence behaviour. Journal of Public Health in Africa. 2018; 9: (3), 141-145.

Okut, G. KOAH'lı Bireylerin İnhaler Tedavi, Solunum Egzersizi ve Öksürük Egzersizlerine Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Aygül Akyüz).

Olgun, N., Eti-Aslan, F., Sert, H. Solunum fonksiyonlarının değerlendirilmesi: Mekanik ventilasyondaki hastanın hemşirelik bakımı. Karadakovan A, Eti-Aslan F, editörler. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Adana: Nobel Kitabevi. 2010; 451-453.

Osterberg, L., Blaschke, T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005; 353 (5): 487-497.

Özoğlu Aytaç, S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına (KOA) Verilen İnhaler Eğitiminin Hastaların Yorgunluk Düzeylerine, Günlük Yaşam Aktivitelerine ve Solunum Fonksiyon Testlerine Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Gaziantep (Danışman: Doç. Dr. Serap Parlar Kılıç).

Özpulat, F. Öz yeterlilik düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi arasındaki ilişkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 5 (4), 37-44.

Özpulat, F., Yıldırım, A. Kronik solunum sistemi hastalığı olan hastaların hastalıkları ile başatme yöntemleri ve sağlık eğitimi gereksinimleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2014; 23 (4): 4-11.

Özsoy, İ. Farklı Evre Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Fonksiyonel Kapasitelerinin Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Sema Savcı).

Paulin, L.M., Diette, G.B., Blanc, P.D., Putcha, N., Eisner, M.D., Kanner, R.E., ... & for the SPIROMICS Research Group. Occupational exposures are associated with worse morbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 2015; 191 (5): 557-565. DOI: [10.1164/rccm.201408-1407OC](https://doi.org/10.1164/rccm.201408-1407OC).

Pender, N.J., Bar-Or, O., Wilk, B., Mitchell, S. Self-efficacy and perceived exertion of girls during exercise. Nurs Res. 2002; 51 (2): 86-91.

Polanski, J., Chabowski, M., Swiatoniowska-Lonc, N., Mazur, G. and Jankowska-Polanska. 2020. Medication Compliance in COPD Patients. *Adv Exp Med Biol.* 2020; 1279: 81-91.

Polverino, F., Sam, A., and Guerra, S. COPD: To be or not to be, that is the question. *American Journal of Medicine.* 2019; 132 (11): 1271-1278. [doi:10.1016/j.amjmed.2019.04.047](https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.04.047).

Rabe, K.F., Watz, H. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet.* 2017; 389 (10082): 1931-1940.

Raherison, C., Girodet, P.O. Epidemiology of COPD. *Eur Respir Rev.* 2009 Dec; 18 (114): 213-21.

Rolnick, S.J., Pawloski, P.A., Hedblom, B.D., Asche, S.E., Bruzek, R.J. Patient characteristics associated with medication adherence. *Clin Med Res.* 2013; 11 (2): 54-65. DOI: [10.3121/cmr.2013.1113](https://doi.org/10.3121/cmr.2013.1113).

Rous, M.R.G. Uzun süreli oksijen tedavisi: uygun şekilde reçete mi veriyoruz? *Uluslararası kronik obstrüktif akciğer hastalığı dergisi.* 2008; 3 (2), 231.

Roversi, S., Fabbri, L.M., Sin, D.D., Hawkins, N.M., Agusti, A. Chronic obstructive pulmonary disease and cardiac diseases: An urgent need for integrated care. *Am J Respir Crit Care Med.* 2016; 194: 1319–1336.

Salvi, S. Tobacco smoking and environmental risk factors for chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Chest Med.* 2014; 35: 17-27.

Saounatsou, M., Patsi, O., Fasoi, G., Stylianou, M., Kavga, A., Economou, O., Mandi, P., Nicolaou, M. The influence of the hypertensive patient's education in compliance with their medication. *Public Health Nursing.* 2001; 18, 436–442.

Senemoğlu, N. Gelişim, Öğrenme ve Öğretim, Kuramdan Uygulamaya. Ankara, Gazi Kitabevi. 2001; 235-236.

Sharif, R., Parekh, T.M., Pierson, K.S., Kuo, Y.F., Sharma, G. Predictors of early readmission among patients 40 to 64 years of age hospitalized for chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Am Thorac Soc.* 2013; 11 (5): 685-694.

Simpson, E., Jones, M.C. An exploration of self-efficacy and self-management in COPD patients. *Br J Nurs*. 2013; 22 (19): 1105-1109.

Soicher, J.E., Mayo, N.E., Gauvin, L., et al. Trajectories of endurance activity following pulmonary rehabilitation in COPD patients. *Eur Respir J*. 2012; 39 (2): 272-278.

Sommaruga, M., Gremigni, P., Zagà, V., Goti, C., Bassi, L., Santus, P. Self-efficacy and quality of life in COPD patients. *European Respiratory Journal*. 2012; 40.

Souza, M.L., Meneghini, A.C., Ferraz, E., Vianna, E.O., Borges, M.C. Knowledge of and technique for using inhalation devices among asthma patients and COPD patients. *J Bras Pneumol*. 2009; 35 (9): 824-831.

Sullivan, A.K., Simonian, P.L., Falta, M.T., et al. Oligoclonal CD4⁺ T cells in the lungs of patients with severe emphysema. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005; 172: 590–596.

Spencer, S., Calverley, P.M., Burge, P.S., Jones, P.W. Impact of preventing exacerbations on deterioration of health status in COPD. *European Respiratory Journal*. 2004; 23, 698-702.

Stellefson, M., Tennant, B., Chaney, J.D. A critical review of effects of COPD self-management education on self-efficacy. *ISRN Public Health*. 2012: 1-10.

Stewart, J.I., Criner, G.J. The small airways in chronic obstructive pulmonary disease: Pathology and effects on disease progression and survival. *Curr Opin Pulm Med*. 2013; 19: 109-115.

Takemura, M., Mitsui, K., Itotani, R., Suzuki, S., Matsumoto, M., Aihara, K., ... & Fukui, M. Relationships between repeated instruction on inhalation therapy, medication adherence and health status in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2011; 6: 97–104.

Teke, N., Arslan, S. Kırşal alanda yaşayan hipertansiyonlu bireylerin ilaç tedavisine uyum özetkililik düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2018; 11 (2), 120-128.

Temeloğlu Şen E., Sertel Berk Ö., Sindel, D. The validity and reliability study of the Turkish adaptation of the medical adherence report scale. Journal Istanbul Faculty Medicine. 2019; 82 (1): 52-61. DOI:10.26650/IUITFD.413637

Tomczyk, S., Bennett, N.M., Stoecker, C., Gierke, R., Moore, M.R., Whitney, C.G., ... & Pilishvili, T., Control Centers for Disease, and Prevention. Use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine among adults aged ≥ 65 years: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2014; 63: 822-825.

Tottenborg, S.S., Lange, P., Johnsen, S.P., Nielsen, H., Ingebrigtsen, T.S., Thomsen, R.W. Socioeconomic inequalities in adherence to inhaled maintenance medications and clinical prognosis of COPD. Respir Med. 2016; 119:160-167.

Tuğba Uygun, E, Acile başvuran kronik obstrüktif akciğer hastalarının aktiviteye bağlı dispne durumları ve öz-etkililikleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nuray Şahin Orak).

Turan, O., Turan, P.A., Mirici, A. Göğüs hastalıkları uzmanlarına düzenli kontrole gitmeyen koah hastalarının değerlendirilmesi. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi. 2016; 3: 149-155.

Turan, O., Turan, P.A., Mirici, A. Parameters affecting inhalation therapy adherence in elderly patients with chronic obstructive lung disease and asthma. Geriatr Gerontol Int. 2017; 17 (6): 999–1005.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm nedeni istatistikleri, 2018. TÜİK Haber Bülteni. 2019; Sayı: 30701.

Uysal, H. Solunum. In: İç Hastalıkları Hemşireliği. Eds: Enç N. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2014; 138-151.

Uzaslan, E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında genel tedavi ilkeleri. Akciğer Arşivi. 2000; 1: 2, 105-117.

van Geffen, W. H., Douma, W.R., Slebos, D.J. and Kerstjens, H.A. Bronchodilators delivered by nebuliser versus pMDI with spacer or DPI for exacerbations of COPD. 2016; Cochrane Database Syst Rev: CD011826.

van Grunsven, P.M., van Schayck, C.P., van Deuveren, M., van Herwaarden, C.L., Akkermans, R.P., van Weel, C. Compliance during long-term treatment with fluticasone propionate in subjects with early signs of asthma or Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Results of the Detection, Intervention and Monitoring Program of COPD and Asthma (DIMCA) Study. J Asthma. 2000; 37 (3): 25-234.

Vanfleteren, L.E., Spruit, M.A., Wouters, E.F., Franssen, F.M. Management of chronic obstructive pulmonary disease beyond the lungs. Lancet Respir Med. 2016; 4: 911–924.

Vestbo, J., Anderson, J.A., Calverley, P.M., et al. Adherence to inhaled therapy, mortality and hospital admission in COPD. Thorax. 2009; 64 (11): 939-943.

Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D.A., et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. Br J Clin Pharmacol. 2012; 73 (5): 691-705.

Walters, J. A., Tang, J.N., Poole, P. and Wood-Baker, R. Pneumococcal vaccines for preventing pneumonia in chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2017; 1: CD001390.

Wang, L., Tao, Y.X., Dong, X.Y., Zhang, Q., Zheng, H., Zheng, Y., ... & Zhao, Y. Demographic, health behavioral and self-management abilities associated with disease severity among patients with chronic obstructive pulmonary disease: An exploratory study. Int J Nurs Pract. 2017; 23 (1): 10.1111/ijn.12509. doi:10.1111/ijn.12509

Wedzicha, J. A., Co-Chair, E., Miravittles, M., Hurst, J.R., Calverley, P.M., Albert, R.K., ... & Krishnan, J.A. Management of COPD exacerbations: A

European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline. Eur Respir J. 2017; 49.

WHO. World Health Organization, Chronic Obstructive Lung Disease Geneva, 2017.

Wongsurakiat, P., Maranetra, K.N., Wasi, C., Kositanont, U., Dejsomritrutai, W. Charoenratanakul, S. Acute respiratory illness in patients with COPD and the effectiveness of influenza vaccination: A randomized controlled study. Chest. 2004; 125: 2011-2020.

Wood-Baker, R., Reid, D., Robinson, A. Clinical trial of community nurse mentoring to improve self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2012; 7 (1): 407-413.

Yıldırım, D. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapabilme Durumları. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Sivas (Danışmanı: Yrd. Doç. Nuran Güler).

Zuhur, Ş., Özpancar, N. Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. Hemar-G. 2017; 19 (2): 57-74.

EKLER

EK 1

ARAŞTIRMA TAKVİMİ

İşlem Basamakları	2018	2019			2020			2021	
İş Planı (Aylar)	11-12	1-2	3-4-5	6-7-8-9-10-11-12	1-2-3-4-5-6-7	8-9-10	11-12	1	2
Literatür Taraması									
Proje Yazımı ve Başvuru Süreci									
Tez Önerisinin Sunulması									
Etik Kurul ve Hastane İzin Süreçleri									
Projenin Uygulanması									
Verilerin Analizi									
Proje Raporunun Yazımı									
Tez Savunma Sınavı									

EK-2

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Adım Kartal DENİZ, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran KOAH tanılı hastalarda ilaca uyum ve öz-etkililik düzeylerinin belirlenmesi konulu tez çalışması yapıyorum. Bu amaç doğrultusunda sizlerin cevaplama için kişisel bilgiler, hastalığa ilişkin özellikler, ilaca uyum ve öz-etkililiği içeren soru formu hazırlanmıştır. Soruları eksiksiz yanıtlamanız, KOAH hastalarının ilaca uyum ve öz-etkililik düzeylerinin belirlenmesi, böylece ilaca uyum ve öz-etkililiğin artırılmasına katkı sağlanabilmesi açısından önemlidir. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Lütfen her soruyu dikkatle okuyup, içtenlikle cevaplayınız. Sizin için en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Duyarlılığınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Tarih:

Katılımcı:

Adı- Soyadı:

İmza:

Dosya No:

Araştırmacı:

Adı- Soyadı:

İmza:

EK-3

Anket No:

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

A-Tanıtıcı Bilgiler

1. Cinsiyetiniz:

- a) Kadın b) Erkek

2. Yaşınız: (.....)

3. Eğitim durumunuz:

- a) Okur-yazar değil
b) İlkokul
c) Ortaokul
d) Lise
e) Üniversite
f) Diğer (açıklayınız.....)

4. Medeni durumunuz:

- a) Evli
b) Bekar

5. Mesleğiniz / İşiniz:

- a) Ev hanımı
b) Emekli
c) Serbest meslek
d) (Memur/İşçi)
e) Diğer (açıklayınız.....)

6. Çalışma durumunuz:

- a) Tam gün çalışıyor
b) Yarım gün/ belli saatlerde çalışıyor
c) Çalışmıyor

7. Ekonomik durumunuz:

- a) Gelir giderden az
b) Gelir gidere eşit
c) Gelir giderden fazla

8. Sigara ve alkol kullanma durumunuz:

	Sigara	Alkol	Süresi ve Günlük Tüketim Miktarı
a) Halen içiyorum			
b) İçtim bıraktım			
c) Hiç içmedim			

9. Evde kimlerle yaşıyorsunuz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. Yalnız
b. Eş veya çocuklar
c. Akraba, arkadaş veya bakıcı
d. Diğer (açıklayınız.....)

10. Günlük işlerinizde yardım alıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

11. Hangi işlerinizde yardım alıyorsunuz?

- a. Ev işleri
- b. Hastane işleri
- c. Alışveriş
- d. Diğer (diğer.....)

B-HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

12. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) süreniz?
(.....)

13. KOAH nedeni ile son bir yılda hastaneye kaç kez yattınız?

- a-Hiç yatmadım
- b-1defa
- c-2 defa
- d- 3 ve dahafazla

14. Son bir yılda KOAH'a bağlı sıkıntılarınızla (alevlenme) acil servise geldiniz mi?

- a-Evet (KaçKez:.....)
- b-Hayır
- c-Hatırlamıyorum

15. KOAH dışında başka bir hastalığınız var mı?

- a. Hastalığım yok
- b. Şeker hastalığı
- c. Yüksek tansiyon
- d. Böbrek yetmezliği
- e. Kalp hastalığı
- f. Diğer:(açıklayınız.....)

16. Hangi tedavileri kullanıyorsunuz?

	Evet	Hayır
OKSİJEN		
CPAP		
BİPAP		

17. Aşağıdaki listede yer alan hangi ilaç / ilaçları kullanıyorsunuz?

İlaçGrubu	İlacın Adı	Veriliş Dozu	Sıklığı	Kullanıldığı Süre
Bronkodilatatör				
Mukolitik/Ekspektoran				
İnhaler/nebül				
Steroid				
Analjezik/Antiinflamatuvar				
Diğer:Açıklayınız.....				

18. Sağlık kontrollerine düzenli gider misiniz?

- a-Evet
- b-Hayır

19.Sağlık kontrollerine gitme süreniz:

- a. Ayda bir
- b. İki ayda bir
- c. Üç ayda bir
- d. Altı ayda bir
- e. Diğer
(açıklayınız.....)

20. Size göre ilaca uyumunuz nasıl?

- a. İyi
- b. Orta
- c. Kötü

21. Son bir yılda grip aşıyı yaptırdığınız durumunuz:

- a. Evet
- b. Hayır

22. Son beş yılda pnömokok aşıyı yaptırdığınız durumunuz:

- a.Evet
- b.Hayır

23. Şuanda acil servise geliş nedeniniz:

- a. Öksürük
- b. Balgam
- c. Nefes darlığı
- d. Diğer (açıklayınız.....)

İLAÇ UYUMUNU BİLDİRİM ÖLÇEĞİ

İLAÇLARINIZI NASIL KULLANIRSINIZ

- Çoğu insan, ilaçlarını kullanmanın kendilerine uyan bir yolunu bulur.
- Bu yol, prospektüsteki talimatlardan ya da doktorlarının söylediklerinden farklılık gösterebilmektedir.
- Size ilaçlarınızı nasıl kullandığınızı hakkında birkaç soru sormak istiyoruz.

Burada, insanların söylediği bazı ilaç kullanma tarzları var.
Lütfen her bir ifade için size en çok uyan kutucuğu işaretleyiniz.

	İlaç kullanımınıza dair kendi tarzınız;	Her zaman	Sık sık	Bazen	Nadiren	Asla
1)	Almayı unuturum.					
2)	Dozunu değiştiririm.					
3)	Bir süreliğine almayı bırakırım.					
4)	Bir dozu atlamaya karar veririm.					
5)	Söylenenden daha az alırım.					

KOAÖZ-ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

Kaçıncı Ziyaret:					
"Şu durumda solunum güçlüğünü yönetme veya sakınmaya ilişkin ne kadar güvenlisiniz"	Çok güvenli	Oldukça güvenli	Biraz güvenli	Çok güvenli değil	Hiç güvenli değil
Olumsuz Etki					
-Solunum güçlüğü çektigimi inkar ettiğimde					
Cinsel iktidarsızlık hissettiğimde					
Hayal kırıklığına uğradığımda					
Yatağa yattığımda					
Çaresiz olduğumda					
Alkol aldığımda					
Herkesten ve her şeyden uzaklaştığımda					
Endişeli olduğumda					
Bitkin düştüğümde yada bunaldığımda					
Değerli bir şeyi ya da sevdiğim birini kaybettiğimde					
Evde bir sorun olduğunda					
Yetersizlik hissettiğimde					
Toplam:					
Duygusal Durum					
Çok yorgun olduğumda					
Üzüldüğümde					
Kızdığım					
Yaşantım konusunda endişelendiğimde					
Biri benden uzaklaştığında					
Bağırdığım yada çığlık attığımda					
Çok fazla güldüğümde					
Korktuğumda					
Toplam:					
Fiziksel Çaba					
Merdivenleri çok hızlı çıktığımda					
Egzersiz yaptığım yada kendimi bedenen zorladığımda					
Ağır bir şey kaldırdığımda					
Havasız bir odada hareket yaptığım					
Acele ettiğimde yada telaşlandığımda					
Toplam:					
Hava/Çevre Etkisi					
Hava nemli olduğunda					
Ilık bir ortamdan soğuk bir ortama çıktığımda					
Sigara içilen ortamlarda bulunduğumda					
Çok sıcak ve çok soğuk bir ortamda bulunduğumda					
Enfeksiyon / bulaşıcı hastalığım olduğunda (boğaz enfeksiyonu, sinüzit, soğuk algınlığı, nezle, v.s)					
Kirli havalarda					
Toplam:					

"Şu durumda solunum güçlüğünü yönetme veya sakınmaya ilişkin ne kadar güvenlisiniz"	Çok güvenli	Oldukça güvenli	Biraz güvenli	Çok güvenli değil	Hiç güvenli değil
Davranışsal Risk Faktörleri					
Perhize uymadığımda					
Fazla yemek yediğimde					
Normal soluk alıp veremediğimde					
Toplam:					
GENEL TOPLAM					



EK-6

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL ONAY FORMU**



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

25.03/2019

Sayı : 70904504/ 166

Konu :

Sayın

Prof.Dr.Hicran BEKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz,
"Acil Servise Başvuran Kronik Obsrükatif Akciğer Hastalarında İlaça Uyum ve Öz Etkililik
Düzeylerinin İncelenmesi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

EK-6 (devam)

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2019

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA	
	TELEFON	0 (242) 249 69 54	
	FAKS	0 (242) 249 69 03	
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr	
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20	
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Prof.Dr.Hicran BEKTAŞ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Acil Servise Başvuran Kronik Obsrükatif Akciğer Hastalarında İlaça Uyum ve Öz Etkililik Düzeylerinin İncelenmesi	
DESTEKLEYİCİ			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 294	Tarih: 20.03.2019	
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oybirliği ile karar verilmiştir.		

EK-7

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANTALYA EĞİTİM ARAŞTIRMA
HASTANESİ KURUM İZİN FORMU**

Evrak Tarih ve Sayısı: 02/05/2019-E.57851



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 57830559-302.14.03-E.57851
Konu : Kartal KARADANA Tez Çalışması

02/05/2019

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 30/04/2019 tarihli ve 50913635-619-E.57208 sayılı yazı,

Anabilim Dalınız İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Kartal KARADANA'nın "Acil Servise Başvuran Kronik Obstüktif Akciğer Hastalarında İlaça Uyum ve Öz Etkililik Düzeylerinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezi ile ilgili araştırmasını; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Acil Servisi'nde yapabilmemesinin uygun görüldüğüne ilişkin ilgi'de kayıtlı yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve konunun adı geçen öğrenci ile danışman öğretim üyesine bildirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Narin DERİN
Müdür

Ek: İlgi yazı ve ekleri (4 sayfa)

EK-7 (devamı)

Evrak Tarih ve Sayısı: 30/04/2019-E.57208



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : 50913635-619-E.57208
Konu : Kartal KARADANA'nın Tez
Çalışması

30/04/2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 01/04/2019 tarihli ve 57830559-302.14.03-E.43177 sayılı yazı,

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'nün, Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Kartal KARADANA'nın "Acil Servise Başvuran Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında İlaça Uyum ve Öz Etkililik Düzeylerinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezi çalışmasını Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Acil Servisi'nde yapabilmesi isteğinin uygun görüldüğüne ilişkin 619 sayılı yazısı Ek'te gönderilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Ahmet ÖGKE
Rektör Yardımcısı

Ek:

- 1- Antalya İl Sağlık Müd.'nün yazısı
- 2- Sağlık Bilimleri Üni. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yazısı (2 syf.)

EK-7 (devamı)

Evrak Tarih ve Sayısı: 25/04/2019-19883



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 88187161-619
Konu : Kartal KARADANA (Çalışma İzni)

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 04/04/2019 tarihli ve 50913635-302.14.03.04.01-E.10117 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Kartal KARADANA'nın "Acil Servise Başvuran Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında İlaça Uyum ve Öz Etkililik Düzeylerinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezi çalışmasını, S.B.Ü Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulama talebi; iş ve işlemlerin aksatılmaması, hasta ve çalışan haklarına riayet edilerek, etik kurallar ve bilgi güvenliğinin dikkate alınması ve gönüllülük esasına göre uygulanması koşuluyla tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Mehmet AKDAĞ
İl Sağlık Müdürü a.
Başkan

EKLER:

1-Yazı (1 Sayfa)

EK-7 (devamı)



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 81266704-619
Konu : Kartal KARADANA (Çalışma İzni)

ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 12/04/2019 tarihli ve 88187161-619-264 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Kartal KARADANA'nın "Acil Servise Başvuran Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında İlaça Uyum ve Öz Etkililik Düzeylerinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezi çalışmasını 191 Kronik Obstrüktif Akciğer hastasına ulaşmaya kadar Hastanemiz Erişkin Acil Servisinde uygulaması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Halil Yalçın YÜKSEL
Başhekim

KOAH ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Sayın Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Aynı zamanda Antalya T.C.SB. SBÜ. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'n de beyin cerrahi bölümünde çalışıyorum.
"KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu'nun Geçerlilik ve Güvenilirliği" adlı çalışmanızda ki ölçeği izin verirsiniz tezimde kullanmak istiyorum. Eğer uygun görürseniz anket soruları, puanlaması ve kullanım iznini gönderebilirsiniz sevinirim.

Saygılarımla
Kartal KARADANA



Mağfiret Kara 15 Mar 2019



alıcı: ben v

Sevgili Kartal,
Öncelikle KOAH Öz-etkililik ölçeğine ilginiz için teşekkür ederim. Ölçeğin yayımlandığı makale formunda istediğiniz bütün açıklamalar yer almaktadır. Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan derin memnuniyet duyarım.
Başarılar...

Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI
Atatürk Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi Dekanı

İLAÇ UYUMUNU BİLDİRİM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Sayın Arş.Gör.Dr. Esin TEMELOĞLU ŞEN

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans
öğrencisiyim. Aynı zamanda Antalya [T.C.SB.](#)
SBÜ. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'n
de beyin cerrahi bölümünde çalışıyorum.
"İlaç uyumunu bildirim ölçeği'nin türkçe
uyarlanmasının geçerlik ve güvenirlik"
adlı çalışmanızda ki ölçeği izin verirsiniz
tezimde kullanmak istiyorum. Eğer uygun
görürseniz anket soruları, puanlaması ve
kullanım iznini gönderebilirsiniz sevinirim.
Saygılarımla
Kartal KARADANA



Esin Temelo 30 Eki 2019

alıcı: ben v



Merhabalar,

Ekte ölçekle ilgili tüm bilgileri yolluyorum.
Ayrıca tez sürecinizde ölçekle ilgili bir şey
danışmak isterseniz lütfen çekinmeden
sorunuz.

Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim

Arş. Gör. Dr. Esin TEMELOĞLU ŞEN

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Kartal	Uyruğu	T.C.
Soyadı	DENİZ	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise		
Lisans		
Yüksek Lisans		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire		

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce		

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller:

Yayınlar ve Bildiriler: