



**T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

KOAH'LI BİREYLERDE STİGMA VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ELİF ACAR

**TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ NURHAN DOĞAN**

**AMASYA
KASIM 2022**

**T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

KOAH'LI BİREYLERDE STİGMA VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Elif ACAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN**

**AMASYA
KASIM 2022**

Elif ACAR tarafından hazırlanan “**KOAH’LI BİREYLERDE STİGMA VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI**” adlı tez çalışması jüri tarafından OY BİRLİĞİ/OY ÇOKLUĞU ile Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Programında** YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Amasya

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.....

Başkan: Doç. Dr. Songül KARADAĞ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Adana

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.....

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Merve ÇAYIR YILMAZ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Amasya

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.....

Tez Savunma Tarihi: 29/11/2022

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

.....

Prof. Dr. Ayşe ŞAHİN YAĞLIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgiler ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza

Elif ACAR

.././....

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bana yol gösteren, çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlanmasında katkı ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen her zaman sabırla, sevgiyle yaklaşan, çalışmamda büyük emeği olan saygıdeğer hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN'a,

Araştırmaya katılmayı kabul ederek araştırmanın gerçekleştirilmesine katkısı olan değerli hastalara,

Tezim boyunca katkı ve önerileri ile bana destek olan Uzm. Dr. Ahmet DEDE'ye ve Başhekimimiz Uzm. Dr. Macit YALÇIN'a,

İç hastalıkları alanında tüm sorularıma içtenlikle cevap veren ve her zaman destek olan Uzm. Dr. Mahmut Sami İNCE'ye,

Yüksek Lisans süreci ve hayatım boyunca fikir ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili annem Güzide ACAR, ablalarım Dr. Öğr. Üyesi Bahar BAYINDIR ve Songül BEKTAŞ, eniştelерim Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Selman BAYINDIR ve Resul BEKTAŞ, kardeşlerim Muhammed ACAR ve Kader ACAR, yeğenim Doruk Araf BEKTAŞ başta olmak üzere tüm aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. KOAH.....	3
2.1.1. KOAH tanımı	3
2.1.2. KOAH epidemiyolojisi	3
2.1.3. KOAH etiyolojisi	4
2.1.4. KOAH etiyolojisindeki risk faktörleri.....	6
2.1.5. KOAH fizyopatolojisi	7
2.1.6. KOAH tanısı.....	9
2.1.7. KOAH belirti ve bulgular.....	10
2.1.8. KOAH tedavisi.....	11
2.1.8.1. Risk faktörlerini uzaklaştırma/iyileştirme	11
2.1.8.2. Günlük fiziksel aktivitenin düzenlenmesi	12
2.1.8.3. Aşı uygulaması.....	13
2.1.8.4. KOAH'ın farmakolojik tedavisi.....	13
2.1.8.5. Pulmoner rehabilitasyon.....	13
2.2. Sağlık Okuryazarlığı	13
2.3. KOAH ve Sağlık Okuryazarlığı.....	16

2.4. Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik	17
2.5. Stigma	18
2.5.1. Stigma ve kronik hastalık	19
2.5.2. Stigma ve hemşirelik	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	22
3.3. Araştırmanın Yer, Zamanı ve Özellikleri	22
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.4.1. Dâhil edilme kriterleri	23
3.4.2. Dışlama kriterleri	23
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	23
3.6. Veri Toplama Araçları	23
3.6.1. Hasta tanıtım formu	24
3.6.2. KOAH değerlendirme testi (CAT)	24
3.6.3. Sağlık okuryazarlığı ölçeği (SOYÖ)	24
3.6.4. Kronik hastalıklarda beklenen stigma ölçeği (KHBSÖ)	25
3.7. Ön Uygulama	26
3.8. Verilerin Toplanması	26
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	26
3.10. Verilerin Analizi	26
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	37
5.1. KOAH'lı Bireylerde Stigmanın Sosyo-Demografik ve Hastalığa Özgü Özelliklerine Göre Tartışılması	38
5.2. KOAH'lı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Sosyo-Demografik ve Hastalığa Özgü Özelliklerine Göre Tartışılması	39
5.3. KOAH'lı Bireylerde Stigma, Sağlık Okuryazarlığı ve Birbirleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	43

6.1. Sonuçlar	43
6.2. Öneriler	43
KAYNAKLAR.....	45
EK-1. Amasya Üniversitesi Klinik Araştırmalar ve Etik kurul Onayı	57
EK-2. Kurum İzin Formu.....	59
EK-3. Ölçek Kullanım İzinleri.....	60
EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	61
EK-5. Hasta Tanıtım Formu	63
EK-6. CAT.....	65
EK-7. SOYÖ.....	66
EK-8. KHBSÖ	67
ÖZGEÇMİŞ.....	68

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. KOAH'lı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=310)	28
Tablo 4.2. KOAH'lı Bireylerin Hastalığa Özgü Özelliklerine Göre Dağılımı (n=310).....	29
Tablo 4.3. KOAH'lı Bireylerin CAT, SOYÖ ve KHBSÖ Puan Ortalamaları (n=310)	31
Tablo 4.4. KOAH'lı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SOYÖ ve KHBSÖ Ortalama Puanları (n=310)	32
Tablo 4.5. KOAH'lı Bireylerin Hastalığa Özgü Özelliklerine Göre SOYÖ ve KHBSÖ Ortalama Puanları (n=310)	34
Tablo 4.6. KOAH'lı Bireylerin SOYÖ ve KHBSÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=310).....	37

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltmalar	Açıklama
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ATS	American Thoracic Society-Amerikan Toraks Derneği
ETS	European Thoracic Society-Avrupa Toraks Derneği
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease-Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim
AAT	Alfa-1 Anti Tripsin
BOLD	Burden of Obstructive Lung Disease-Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü
AVAC	Akciğer Volümü Azaltıcı Cerrahi
FEV1	Forced Expiratory Volume-Atılan Hava Hacmi
FCV	Forced Vital Capacity-Zorlu Vital Kapasite
CAT	COPD Assesment Test-KOAH Değerlendirme Testi
SOYÖ	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
KHBSÖ	Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults-Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi
HALS	Health Activities Literacy Scale-Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Testi
eHEALS	The eHealth Literacy Scale-Elektronik Sağlık Okuryazarlığı Testi
YSOÖ	Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

ÖZET

KOAH'LI BİREYLERDE STİGMA VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Elif ACAR

Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, Kasım/2022
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN

Bu çalışma, KOAH'lı bireylerin stigma ve sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirmek, stigma ve sağlık okuryazarlığının arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel tipteki bu araştırma 10 Eylül 2021-10 Mart 2022 tarihleri arasında, Nevşehir Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvuran ve Göğüs Hastalıkları Servisinde yatan, 310 KOAH'lı bireyle yürütülmüştür. Araştırmada veriler; Hasta Tanıtım Formu, KOAH Değerlendirme Testi, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Çalışmada değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Smirnov test ile ölçülmüştür. Nicel bağımsız verilerin analizinde Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Korelasyon analizinde Spearman korelasyon analiz yöntemi uygulanmıştır. Araştırmanın gücü Post Hoc Power analizine göre belirlenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Çalışmada yaş ortalaması $70,5\pm 11,0$ olan bireylerin %58,7'sinin erkek, %41,3'ünün ilkokul mezunu, %63,5'inin KOAH'a ek kronik hastalığının olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %60,0'ının daha önce sigara içtiği, %11,9'unun hemşireler tarafından bilgi aldığı, %58,1'inin KOAH hakkında bilgi sahibi olduğu, %69,0'ının ise KOAH kötüleşince neler yapacağını bilmediği saptanmıştır. Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalaması $36,8\pm 12,8$, Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği puan ortalaması $30,4\pm 8,5$ 'tir. 65 yaş üzeri, kadın, evli, çalışmayan, pasif sigaraya maruz kalan, eğitim seviyesi ilkokul ve üstü olan bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Ölçek puanı daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). 65 yaş üzeri, erkek, bekâr, eğitim seviyesi en az ortaokul olan, hastalık nedeniyle çalışmayan bireylerde KHBSÖ puanı daha yüksektir ($p<0,05$). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

KOAH'lı bireylerin stigma ve sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçları doğrultusunda KOAH'lı bireylere bu konularla ilgili eğitimlerin verilmesi ve bireylerin hastalık hakkındaki bilgisinin belli aralıklarla değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, KOAH, Sağlık Okuryazarlığı, Stigma

ABSTRACT

STIGMA AND HEALTH LITERACY IN INDIVIDUALS WITH COPD

Elif ACAR

Amasya University, Institute of Health Sciences
Department of Nursing, Msc, November/2022
Supervisor: Assistant Prof. Nurhan DOĞAN

This study was conducted to evaluate the stigma and health literacy levels of individuals with COPD and to determine the relationship between stigma and health literacy.

This cross-sectional study was conducted with 310 individuals with COPD who applied to Nevşehir State Hospital Chest Diseases Polyclinic between 10 September 2021 and 10 March 2022 and were hospitalized in the Chest Diseases Service. The data in there search; It was collected using the Patient Identification Form, the COPD Assessment Test, the Health Literacy Scale and the Expected Stigma in Chronic Diseases Scale. The distribution of variables in the study was measured with the Kolmogorov Smirnov test. Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U tests were used in the analysis of quantitative independent data. Spearman correlation analys is method was used in the correlation analysis. The power of there search was determined according to the Post Hoc Power analysis. Statistical significance level was accepted as $p<0,05$.

In the study, it was determined that 58,7% of the individuals with a mean age of $70,5\pm11,0$ were male, 41,3% were primary school graduates, and 63,5% had chronic diseases other than COPD. It was determined that 60,0% of the individuals had smoked before, 11,9% were informed by the nurse, 58,1% had knowledge about COPD symptoms and 69,0% did not know what to do when the symptoms worsened. The Health Literacy Scale score was $36,8\pm12,8$ and the Expected Stigma Scale in Chronic Diseases score was $30,4\pm8,5$. The Health Literacy Scale score was found to be statistically significantly lower in individuals who were over 65 years old,female, married, unemployed, exposed to passive smoking and graduated from primary school and below. It was determined that the Expected Stigma of Chronic Diseases Scale score was statistically significantly over 65 years old, male, single, secondary school and highereducated individuals and those who were not Working duetot heir disease. Alow positive correlation was found between the Health Literacy Scale and the Expected Stigma of Chronic Diseases Scale total score.

It has been determined that individuals with COPD have low levels of stigma and health literacy. In line with the results of the study, it is recommended that individuals with COPD be educated on these issues and their knowledge about the disease should be evaluated at regular intervals.

Keywords: COPD, Health Literacy, Nursing, Stigma

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

KOAH tam olarak geri dönüşü olmayan, bronşlarda hava akımı kısıtlılığıyla karakterize, önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır [1]. KOAH ile ilgili yapılan çalışmalar; KOAH'ın tüm dünyada morbidite, mortalite ve prevalansının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir [1 ve 2]. KOAH dünyada 300 milyona yakın bireyi etkilemekte ve her yıl 3,2 milyon bireyin ölümüne neden olmaktadır [3]. KOAH'ın Türkiye'de görülme sıklığı %19,2'dir [3]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hastalık yükünü değerlendiren çalışmalara göre KOAH, dünyada en sık morbiditeye neden olan hastalıklar arasında 13. ülkemizde ise 11. sıradadır. Ayrıca KOAH dünyada en sık mortalite nedeni olan hastalıklarda 4.sırada, Türkiye'de ise 3. sırada yer almaktadır [3]. Artan KOAH vakaları küresel boyutta psiko-sosyo-ekonomik yüke yol açmaktadır [2, 4].

KOAH'lı bireylerde hastalık farkındalığının düşük olmasına bağlı hastalığın şiddeti artmakta, hastanede yatış süresi uzamakta ve sonuçta yaşam kalitesi düşmektedir [5 ve 6]. Tüm kronik hastalığı olan bireyler gibi KOAH'lı bireylerde hastalıklarının farkında olmak ve yaşam kalitesini arttırmak için bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Bu bilgilerin doğru ve etkili olabilmesinde sağlık okuryazarlığı kavramı büyük önem taşımaktadır [6 ve 7].

Sağlık okuryazarlığı, bireyin kendisinin ve toplumun sağlığını daha iyi algılaması için yaşam tarzını ve koşullarını değiştirerek kendine yetebilecek bilgi ve beceriyi kazanması durumudur [7]. Bireyler yaşamlarının her alanında sağlık ya da hastalık durumuyla ilgili bilgi sahibi olmak ister [8 ve 9]. Hastalık durumunda, sağlık bakımı ve yönetimini iyi bir şekilde yürütmek için bireylerin temel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olması gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu durumlarda; sağlık bilgilerini anlamada zayıflıklar, işlem ve talimatları yerine getirmede zorluklar ve sağlık hizmetlerini etkili kullanmada eksikliklere bağlı bireysel ya da toplumsal sorunlar oluşabilmektedir. KOAH'lı bireyler hastalığın yalnızca fizyolojik ve psiko-sosyal etkilerini değil aynı zamanda sosyo-kültürel etkilerini de yaşamaktadır. KOAH'ın en önemli psiko-sosyo-kültürel etkilerinden biri de stigmadır [5, 9 ve 10].

Stigma kavramı Goffman tarafından *“bir kişiyi damgalamak, ayırmacılığa uğratmak veya utanç verici konuma getirmek”* olarak tanımlanmıştır [10]. Özellikle toplumdaki ön yargılardan kaynaklı ortaya çıkan stigma belirli bir kişiye ya da bazı hasta gruplarına karşı oluşturulan toplumun tavır alması ve toplumdan dışlanmaya kadar giden davranışları ifade

etmektedir [11 ve 12]. Birey ya da toplum kendisini ürküten, rahatsız eden bir durumla karşı karşıya kaldığında sıklıkla onu kendisinden dışlayarak uzaklaştırma yoluna gitmektedir. Bireysel ya da toplumsal dışlanmalar, bir hastalık sonucunda ortaya çıkabildiği gibi bir hastalığın ortaya çıkmasına da neden olabilmektedir [11].

Hastalık durumunda bireylerde sağlık okuryazarlığının düşük olması ve stigmanın ortaya çıkmasına bağlı bireylerin tanı, tedavi, diğer destekleyici hizmetleri kabul etmede ve sağlık bakım yardımını talep etmede isteksizlik, uyumsuzluk ve problem yaşamalarına sebep olmaktadır [12]. Hastaları sağlık okuryazarlığı ve stigma algısı yönünden değerlendirme, olası problemleri önceden saptama ve problemleri önleme açısından önemlidir [9, 11]. Hastaların sağlık hizmetlerine ulaşımı, sağlığını koruması ve sürdürmesi ve eğitimlerinin planlanmasında aktif görev alan hemşireler için sağlık okuryazarlığı ve stigma kavramı önem taşımaktadır [11].

Ulusal ve uluslararası literatürde KOAH'lı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve stigma ile ilgili ayrı ayrı çalışmalara rastlanırken [13 ve 14], KOAH'lı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve stigmanın bir arada incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada KOAH'lı bireylerin stigma ve sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirme, stigma ve sağlık okuryazarlığının arasındaki ilişkinin belirlenmesi ile literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; KOAH'lı bireylerde stigma ve sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirmek ve stigma ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Bu amaç doğrultusunda araştırma soruları aşağıdaki gibidir:

1. KOAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlığı ne düzeydedir?
2. KOAH'lı bireylerde stigma düzeyi nasıldır?
3. KOAH'lı bireylerde sağlık okuryazarlığı ile stigma arasında ilişki var mıdır?

1.3.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Nevşehir Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisine yatan ve Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvuran KOAH'lı bireyler ile sınırlıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KOAH

2.1.1. KOAH tanımı

KOAH partikül ve zararlı gazlara karşı havayolları ve akciğerlerin artmış inflamatuvar yanıtı, hava akımının kısıtlanması ile karakterize önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır [1, 15 ve 16]. KOAH, ilk kez 1995 yılında yayınlanan Amerikan Toraks Derneği (ATS) ve Avrupa Toraks Derneği (ETS) rehberlerinde “*Kronik bronşit ve amfizeme bağlı hava akımı kısıtlaması ile karakterize bir hastalıktır. Hava akımı kısıtlaması genellikle ilerleyicidir, hava yolu hiperaktivitesi ile birlikte bulunabilir ve kısmen geri dönüşümlü olabilir*” şeklinde tanımlanırken [17], yine ilk kez 2001 yılında yayınlanan GOLD (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim) rehberinde “*tam olarak geri dönüşümlü olmayan hava akımı kısıtlaması ile karakterize bir hastalık durumudur. Hava akımı sınırlanması genellikle ilerleyicidir ve zararlı partikül ve gazlara karşı akciğerlerde gelişen anormal inflamatuvar yanıt ile ilişkilidir*” şeklinde tanımlanmıştır [18]. GOLD’un 2006 rehberinde bu tanıma KOAH’ın önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalık olduğu eklenmiştir. GOLD 2020 rehberi ise KOAH’ı hava yolu ve alveoller anormalliklere bağlı kalıcı solunumsal belirti ve hava akımı kısıtlaması ile karakterize bir hastalık olarak değerlendirmektedir [1, 16, 18].

2.1.2. KOAH epidemiyolojisi

Son yıllarda yaşlılığın giderek artması, yeni risk faktörlerinin de (sigara, fiziksel harekette azalma, artan obezite oranları, mesleki riskler, hava kirliliği vb.) ortaya çıkmasıyla KOAH prevalansında artış meydana gelmiştir [19]. Enfeksiyonla oluşan hastalıklar giderek azalırken, günümüzde bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak bilinen kronik hastalıklar en büyük ölüm ve sakatlık sebebi haline gelmiştir [19 ve 20]. GOLD 2019 raporuna göre 2015 yılı KOAH mortalite verileri incelendiğinde; kalp hastalığı, inme, alt solunum yolu inflamasyonunun ardından KOAH 3,17 milyon ile dünyada en çok ölüme neden olan dördüncü hastalıktır [1, 21 ve 22]. Türk Toraks Derneği 2020 verilerine göre; solunum sistemi hastalıkları ülkemizde en fazla ölüme neden olan üçüncü hastalıktır ve solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin %45,6’sı KOAH’a bağlı meydana

gelmektedir [23]. Gelişmekte olan ülkelerde sigara içme oranının artması, gelişmiş ülkelerde ise yaşlı nüfusunun artması ile birlikte KOAH prevalansının gelecek 30 yılda daha fazla artışa geçeceği ve 2030 yılı sonrası KOAH'a bağlı ölümün yılda 4,5 milyonu aşacağı öngörülmektedir [1, 24].

KOAH'ta yetersiz tanılama önemli bir sorundur ve prevalansında hataya yol açabilmektedir. İspanya'da hastaların tanı alma oranını değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada KOAH prevalansı %10,0 bulunurken, bu hastaların sadece %27,0'ının daha önceden KOAH tanısı aldıkları sonucuna ulaşılmıştır [25]. KOAH prevalansı; ülkeden ülkeye, yaşanan coğrafi bölgeye, sosyokültürel yapıya, yaşam tarzına, cinsiyet ve yaşa göre farklılık gösterebilmektedir [26 ve 27]. GOLD 2019 raporuna göre Dünya'da 40 yaşın üstündeki bireylerde KOAH prevalansı %11,7'dir [1]. Ülkemizde Kocabaş ve arkadaşlarının (2006) KOAH prevalansını değerlendirmek amacıyla Adana'da yapılan pilot çalışmaya göre prevalans oranı %19,1'dir [22, 28]. DSÖ2016 yılı Küresel Hastalık Yüklü Çalışması sonucu dünya genelinde 251 milyon KOAH'lı birey bulunduğu bildirilmiştir. 2002 yılında KOAH dünyada en çok sakatlığa sebep olan hastalıklar arasında on birinci sırada iken 2030 yılında beşinci sırada olacağı öngörülmektedir [29 ve 30].

2.1.3. KOAH etiyojisi

Hava ile solunum yoluna alınan zararlı gaz ve tanecikler KOAH'lı bireylerin akciğerinde ciddi bir inflamatuvar yanıtı yol açar. Yanıtla birlikte gelişen inflamatuvar durum dokularda hasara ve normal savunma sisteminde bozulmaya (bronş ve bronşiyal fibrozis) neden olur. Bu durum akciğerde havanın hapsolmasına bağlı, ilerleyici hava akımı kısıtlamasına yol açabilmektedir [1, 22 ve 23]. Akciğerdeki patolojik değişiklikler; akciğerde sayıları artmış özel inflamatuvar hücreleri harekete geçirerek kronik inflamasyon, zedelenme ve tamir süreçlerinde bozulma sonucu yapısal değişiklik oluşturmaktadır. GOLD (2019) raporuna göre; KOAH'ta ölüm sebebi %44,8 sigara kullanımı, %27,1 dış ortam hava kirliliği, %20,6 iç ortam hava kirliliği, %11,1 mesleki maruziyet nedeniyle olmaktadır [1, 31 ve 32].

Hava yollarındaki inflamatuvar ve yapısal değişiklikler sigara bırakılsa bile devam etmektedir [2, 33 ve 34]. Akciğerde doku harabiyetine neden olan mekanizmalar ve hava yolları lümeninde kalınlaşmaya yol açan faktörler çok iyi bilinmemektedir. Fakat genetik, akciğerlerde anormal büyüme ve çevresel uyaranlara bağlı patobiyolojik bir süreç olduğu düşünülmektedir [35 ve 36]. KOAH etiyojisinde rol oynadığı düşünülen mekanizmalar;

Kronik inflamasyon: Zararlı gaz ve partiküllerin inhale edilmesiyle birlikte aşırı bir harabiyet ve yanıt meydana gelir. Genetik, epigenetik değişiklikler, risk faktörleri ve oksidatif stres gibi durumlar inflamasyonun kötüleşmesine neden olur. KOAH'lı bireylerde, sigara bırakılsa bile bronşlarda inflamasyon devam eder. KOAH ilerlemişse ve hasta amfizeme sahipse otoimmünite akciğerde inflamasyonunun devam etmesine neden olur [2, 35].

Proteaz-antiproteaz dengesizliği: Akciğerde hava hapsolmasına bağlı ortaya çıkan amfizem proteazlar ile antiproteazlar arasındaki dengesizlikten oluşur ve bu dengesizlik akciğer dokusunda yıkımla sonuçlanır [35 ve 36].

Oksidan-antioksidan dengesizliği: Apoptozise bağlı yıkımları uyarır. Akciğerde hücre ölümü ve yenilenmesi arasındaki dengede bozulmayla amfizem meydana gelir [2].

Yaşla ilgili değişiklikler-hücreyel yaşlanma: Yaşlanma birçok hücre ve dokularda değişikliğe neden olduğu gibi akciğerlerin parankiminde de değişime neden olur. Akciğerlerde yoğun ve tekrar eden sigara dumanı maruziyetine bağlı doku onarım mekanizmalarında ileri düzeyde bozulmalar oluşur. Bu duruma bağlı akciğerlerde inflamasyon artar, hücre tamirinde azalmalar meydana gelir ve bireyler karsinogeneze eğilimli hale gelir [37].

Otoimmünite: KOAH'ta B-hücre lenfosit folikülü varlığının saptanması ve bir grup KOAH'lı bireyde farklı otoantikorların görülmesi otoimmünitenin etiolojide önemli bir risk faktörü olarak görülmesine yol açmıştır [35].

KOAH ve Enfeksiyonlar: Solunum sistemi enfeksiyonları KOAH'ın patoloji ve prognozunu etkiler. Viral ve bakteriyel olaylar KOAH alevlenmesine sebep olabilir. KOAH'ta alevlenmeler tedavi sürecini olumsuz etkileyerek dispne, pürülan balgam artışı ve öksürük gibi semptomların görülme sıklığını artırması sonucu prognozu olumsuz etkilemektedir [2].

Onarım mekanizmalarında bozulma: Akciğer iç ortam dengesinin sürdürülmesi için hücrelerin apoptozis ve matriks yıkımı önemlidir. Stem hücresi akciğerde epitel tabakada hücrelerin çoğalması ve onarımında görev almaktadır. Fakat sigara dumanı alveoler hasarlanma sonrası stem hücresinin görevinde bozulmalara yol açar. Nedeni tam olarak açıklanamamakla birlikte, KOAH'ta onarım mekanizmalarının bozulduğu bilinmektedir [37].

2.1.4. KOAH etiyolojisindeki risk faktörleri

KOAH genetik olgu ve çevresel uyaranlara maruziyetin etkileşimi sonucu oluşan bir hastalıktır [1 ve 2]. Aktif olarak sigara içmek hastalığın en önemli sebebidir. Hastalığın ikincil sebebi mesleki maruziyet ve iç-dış ortam hava kirliliğidir. Bunun yanı sıra yetersiz beslenme, yoksulluk ve sedanter yaşam tarzı gibi diğer risk faktörleri hastalığın gelişmesi ve prognozu ile dolaylı yoldan ilişkilidir. Etiyolojideki risk faktörlerini bilmek, hastalığın daha erken tanınmasını sağlamak ve tedavi sürecini kolaylaştırmaktadır. Bu nedenle KOAH etiyolojisindeki risk faktörleri bilmek önemlidir [1, 33, 38]. KOAH etiyolojisindeki risk faktörleri aşağıdaki gibi açıklanabilir.

Genler: KOAH'ta alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliği genetik olarak risk durumu oluşturur ve hastaların %1-2'sinde görülür. Sigara kullanımının eşlik etmesi durumunda, AAT eksikliği amfizem olgularını arttırır. KOAH genellikle gen-çevre faktörlerinin bir arada bulunması sonucu ortaya çıkar. Yani KOAH hem genetik hem de epigenetik faktörlerin etkileşimine bağlı meydana gelmektedir [35 ve 36, 38].

Yaş ve cinsiyet: Yaş, KOAH'ta önemli bir faktördür. KOAH'ta akciğer fonksiyonunda ortaya çıkan değişikliklerin yaşlanma ile ilgisi tam olarak bilinmemektedir. Yaşlanma durumu ile birlikte ortaya çıkan kasların fonksiyonunda azalma ve yıkımından kaynaklı hastalığın görülme sıklığının artabileceği tahmin edilmektedir [35]. KOAH cinsiyet açısından erkek hastalığı olarak görülmesine rağmen son yıllarda KOAH mortalite ve prevalansı erkeklere oranla kadınlarda daha fazla artış göstermektedir. Bunun nedenin kadınlarda sigara içme oranlarındaki artışa bağlı olabileceği düşünülmektedir [35 ve 36, 39].

Akciğerlerde büyüme/gelişme: Akciğerlerin büyümesi anne karnında başlayan, doğumdan sonra da devam eden ve çocukluk/adölesan dönemindeki bazı faktörlere maruziyetten etkilenen bir durumdur. Bu faktörler anne karnında veya çocukluk döneminde akciğer büyümesi sırasında meydana gelen enfeksiyonlar, çocuklukta pasif ya da aktif olarak sigara dumanına maruz kalmak, çocukta astım tanısı alma olabilmektedir [2, 35].

Partiküllere maruziyet: KOAH'ın ortaya çıkmasında en önemli nedenlerden biri sigara dumanıdır [1, 15 ve 16]. Sigara kullananlar kullanmayanlara oranla daha fazla solunum sıkıntısına, KOAH prevalansına, akciğer fonksiyon kaybına, zorlu vital hacim (FEV1) azalmasına ve KOAH mortalite ve morbiditesine sahiptir. Özellikle nargile, puro, pipo ve çevreden pasif içicilikle alınan duman akciğerlerin solunum ile aldığı gaz yükü ve

partikül miktarını artırarak solunum sıkıntılarına ve KOAH gelişmesine sebep olabilirler. İyi havalanmayan evlerde yaşamak, iyi çalışmayan sobaları kullanmak ya da tezek ve kömürden kaynaklanan hava kirliliklerine maruz kalmak akciğerde hasarın artmasına bağlı sorunlara neden olmaktadır [31, 38].

Yoksulluk ve eşitsizlik: Yoksulluk birçok hastalıkta önemli bir risk faktörü olduğu gibi KOAH gelişiminde de önemli bir risk faktörüdür. Çin’de yapılan bir araştırmaya (2011) göre; düşük gelir düzeyine sahip olma ve eğitim seviyesinin az olmasının KOAH riskini arttırabileceği saptanmıştır [40]. Yapılan GOLD çalışmalarında KOAH prevalansı yönetici, orta-üst düzey memurlarda %2,8 oranında görülmekteyken, endüstride çalışan işçilerde %10, yardımcı çalışanlarda %10,2 oranında görülmektedir [1, 3]. Bu sonuca göre meslek ve sosyoekonomik düzey KOAH’ta önemli bir olgudur. Sosyo-ekonomik düzey sadece meslekten gelen etmenleri değil, yaşam tarzından kaynaklanan çevresel tütün dumanı ve diğer irritanlara maruz kalma durumlarını da kapsamaktadır. Yoksulluk sağlık hizmetlerine ulaşımı da etkileyerek tanıda gecikmelere neden olabileceğinden KOAH’ın etiyojisinde önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır [4, 41 ve 42].

Astım: KOAH etiyojisinde risk faktörlerinden birisi astım hastalığıdır. Ancak yapılan çalışmalarda hastalığın oluşumunu nasıl etkilediği tam olarak saptanamamıştır. Çalışmalara göre astımlı bireylerin %20’sinde KOAH gelişebileceği ve akciğer kapasitesinde azalma olabileceği saptanmıştır [32 ve 33].

Enfeksiyonlar: Çocukluk dönemi enfeksiyonları ilerleyen dönemlerde akciğer fonksiyonunda bozulmaları oluşturmalarına bağlı solunum sistemi sorunlarına yol açmaktadır. Enfeksiyonların KOAH’ta alevlenmeleri arttırdığı bilinmekte fakat hastalık gelişimindeki etkisi tam olarak açıklanamamaktadır [32, 42].

2.1.5. KOAH fizyopatolojisi

KOAH’ın yol açtığı fizyopatolojik olguların sonucunda küçük hava yollarındaki inflamasyon ve obstrüksiyon sebebiyle FEV1’de azalma, parankim doku yıkımıyla birlikte amfizem oluşumu ve gaz değişiminde bozulma ortaya çıkmaktadır. Bu değişiklikler ile KOAH tablosu kötüleşmektedir [1]. KOAH tedavisinin etkili olabilmesi, kontrol altına alınabilmesi ve prognozun iyi seyretmesi için KOAH fizyopatolojisi iyi bilinmelidir [3].

Aşırı Mukus Sekresyonu: KOAH’ta mukusun çok salgılanması, küçük hava yollarında irritasyon oluşması sonucu goblet hücre sayısında artma ve salgı bezlerinin genişlemesiyle meydana gelmektedir [35].

Hava Akımı Kısıtlanması: KOAH'lı bireyde hareket ya da efor halinde artan ekspiratuvar hava akımı kısıtlaması görülen bulgular arasındadır. Bronşiyellerde inflamasyon, bronşiyal fibrozis yaygınlığı olan bireylerde FEV1'in, zorlu vital kapasiteye (FVC) oranının (FEV1/FCV) azalması durumu ile açıklanmaktadır. Hava yolunun periferlerindeki darlık, soluk verme sırasındaki havayı daha fazla hapseder, böylece hiperinflamasyon oluşur. Özellikle egzersizle birlikte hiperinflamasyonda rezidüel kapasite artar, inspiratuvar kapasite azalır. Bu durum egzersiz kapasitesini azaltarak KOAH'lı bireylerde dispneye yol açmaktadır [15 ve 16, 33].

Gaz Değişiminde Bozulma: KOAH bireylerde ventilasyon/perfüzyon ve gaz alışverişinde bozulmaya bağlı solunum yetmezliği oluşturmaktadır. Gaz değişiminde bozulmalar hipoksemi ve hiperkapniye neden olur. Hastalığın ilerleyen sürecinde gaz değişimi daha da bozulur. Solunum yolunda ileri seviyede darlık, ventilasyonda görevli kasların fonksiyonunda ve uyarıcı sistemde bozulmaya bağlı KOAH'ın ilerleyen evrelerinde ventilasyon sayısında azalma meydana gelir [2].

Pulmoner Hipertansiyon: KOAH'ta ilerleyen evrelerde pulmoner hipertansiyon oluşabilir. Pulmoner damarlarda basınç artışı sağ ventrikül dilatasyonu ile sonuçlanır. KOAH'ta pulmoner hipertansiyonun temel sebebi pulmoner arterlerin hipoksisi sonucu vazokonstriksiyon olmasıdır. İlerleyen evrelerde kaslarda hipertrofi/hiperplaziyi içeren yapısal değişiklikler meydana gelmektedir [16, 43].

Sistemik Özellikler: KOAH'lı bireylerin çoğu ek bir kronik hastalığa sahiptir ve ek hastalıklar yaşam kalitesini olumsuz etkiler. KOAH'ta düşük şiddette sistemik inflamasyon gelişimi de ortaya çıkabilir. Sistemik inflamasyonla birlikte kaslarda yıkım ve kaskeksi gelişimi meydana gelir. Kas yapısındaki değişikliğe bağlı anemi, kalp yetmezliği, osteoporoz, diyabet, metabolik bozukluk ve depresyon durumu ortaya çıkabilir veya var olan hastalıkların şiddeti artabilir [33].

Alevlenmeler: KOAH'ta solunum açısından alevlenmeler çok fazla görülmektedir. Alevlenmelerin sebebi; viral ya da bakteri kaynaklı enfeksiyonlar, ajanlar ya da nedeni bilinmeyen olgulardır. Pnömoni, kardiyak yetmezlik ve tromboemboli gibi durumlar, alevlenmeye benzer bir tablo oluşturabildiği gibi mevcut bulunan alevlenmeyi de şiddetlendirebilir. Alevlenmelere bağlı hiperinflamasyonda artış, ekspiratuvar akımda azalma ile KOAH'ta dispne, hipoksemi oluşur ve prognoz kötüleşir [2, 44 ve 45].

2.1.6. KOAH tanısı

Dispne, kronik öksürük ya da balgam şikâyeti olan veya risk faktörlerine maruz kalan bireylerde KOAH tanılanması için çeşitli testler uygulanmaktadır. 40 yaş üzerindeki bir bireyde eğer kronik, ilerleyici, özellikle egzersizle artış gösteren nefes darlığı varsa ve aralıklı olarak öksürük, balgam çıkarma yakınmaları oluyorsa KOAH değerlendirmesi yapılmalıdır. Birey sigara kullanıyorsa, evde ısınmak amacıyla hayvan ve bitki atığı olan biyomas yakıtına maruz kalıyorsa, mesleki olarak toz ve kimyasallarla sürekli bir arada bulunma öyküsü varsa KOAH olma ihtimali artmaktadır [1, 15]. GOLD 2011 yılı raporunda KOAH için hastalığa sebep olan farklı iki etmenin birlikteliğinin değerlendirilmesi önerilmekte iken, 2017 yılında tek bir etmenin yeterliliğinin önerilmesi KOAH tanılmasında hatalara neden olabilmektedir [16]. Tek bir koşulun varlığı Türkiye gibi sigara dışındaki risk faktörlerinin çok fazla dikkate alınmadığı ya da belirtilerin başka nedene dayandırılarak doktora başvurma sebebi sayılmadığı toplumlarda geç tanılamaya ya da tanı konulamamasına neden olmaktadır [22 ve 23, 26].

KOAH şüphesi olan hastada bronkodilatör sonrası birinci saniyedeki FEV1/FVC $<70,0$ ise ve hastada hava akımı kısıtlanması varsa tanı doğrulanır, hasta KOAH olarak değerlendirilir [26, 38]. KOAH'ta yetersiz tanı konulması prevalans oranında hatalara yol açmaktadır. Kocabaş ve arkadaşlarının (2006) ülkemizde yaptığı BOLD-Türkiye çalışmasında KOAH tanısı almış hastaların %84,0 olduğu yani tüm hastalara tanı konulmadığını ifade etmektedir [28]. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda (2013) çalışma grubunun yalnızca %22,6'sına uygun spirometri testi yapıldığı saptanmıştır [46].

KOAH tanısı için öykü alınırken;

- Belirti ve bulgular (dispne, öksürük, balgam) genellikle yaşlanmayla artar. İleri yaştaki bireylerin şikâyetleri sorgulanmalıdır.
- Hastalık öyküsü sorgulanırken kardiyak sorunlar, osteoporoz, uyku problemleri, metabolik sorunlar özellikle kaşeksi, diyabet, anemi ve anksiyete sorgulanmalıdır. Tanı konulmamış diğer hastalıklar açısından da dikkat etmek gerekmektedir.
- Risk faktörlerinde sigara, pasif sigara içiciliği, meslek ve hava kirliliğine maruz kalma durumu değerlendirilmelidir.
- Hastalıkta sosyal olgular önemlidir. Bireyin çalıştığı-yaşadığı ortam, eğitim düzeyi, mesleği, gelir durumu, sağlıkla ilgili inanışları, sosyal destek sistemleri ve sağlık hizmetlerine ulaşım olanakları sorgulanmalıdır.

- Hastaların özgeçmişini tanı için önemli bilgiler sağlar. Hastada astım, alerji, çocukluk döneminde yaşadığı solunum sistemi problemleri ve ailede KOAH öyküsü sorgulanmalıdır [41, 46 ve 47].

KOAH tanısı konulurken fizik muayene sırasında inspeksiyonda özellikle göğüs çapında artış, solunuma yardımcı kasların katılması, büzük dudak solunumu, juguler venlerde dolgunluk, kaşeksi ve siyanoz görülebilir. Oskültasyonda; solunum seslerinde anormallik, ekspirasyonda uzama, hırıltılı solunum (wheezing), ronküsler, raller duyulabilir [1, 18, 27]. Bu nedenle KOAH'ı tanılamada spirometre testi önerilmektedir.

Spirometre ile FVC, FEV1 ölçülmeli ve FEV1/ FVC oranı hesaplanmalıdır. GOLD rehberi spirometre testi sonucuna göre KOAH'ı evrelendirmiştir. GOLD'a göre KOAH evreleri aşağıdaki gibidir.

- GOLD EVRE 1: hafif şiddetli hava akımı kısıtlılığı FEV1>79
- GOLD EVRE 2: orta şiddetli hava akımı kısıtlılığı FEV1= 50-79
- GOLD EVRE 3: şiddetli hava akımı kısıtlılığı FEV1=30-49
- GOLD EVRE 4: çok şiddetli hava akımı kısıtlılığı FEV1<30

Spirometri ölçümlerinde yaş, boy, cinsiyet ve ırka göre değerlendirilmeler yapılmaktadır [38].

2.1.7. KOAH belirti ve bulgular

KOAH'ta en sık görülen belirtiler kronik dispne, öksürük ve balgamdır. KOAH'ta belirti ve bulgular gün içerisinde değişkenlik gösterebilmekte ve sabah erken saatlerde daha fazla artabilmektedir [1, 3]. Bazı hastalarda öksürük ve balgam şikâyeti nefes alma ile ilgili problemler olmadan önce de olabilir. KOAH belirti ve bulgularının farkında olmak ve spirometre testi yapmak erken tanılama için önemlidir. Erken tanılamanın yapılması tedavideki başarı oranını arttırmaktadır [18 ve 19, 23]. Bu sebeple belirti ve bulguları bilmek gerekmektedir. KOAH'ta başlıca belirti ve bulgular aşağıdaki gibidir;

Dispne: KOAH hastalarında dispne problemi sıklıkla görülmektedir. Kronik ve ilerleyici dispne KOAH'lı bireyi hastaneye götüren en önemli sorundur [1, 48 ve 49].

Öksürük: KOAH hastalarında zararlı partiküllere ve gazlara karşı hava yolunun ilk yanıtı öksürüktür. Başta non-produktif ya da aralıklıyken, sonraki süreçte produktif hale gelerek her gün olan bir yakınmaya dönüşebilir [49].

Balgam çıkarma: KOAH'ta balgam yapışkan ve mukoid yapıdadır. Akciğerlerde hava akım kısıtlılığı olmadan kış aylarında ya da iki yıl ardı ardına balgam çıkarma,

öksürük şikâyetleri artarsa bu durum “kronik bronşit” olarak tanılanır. Balgam varlığı KOAH’lı bireylerde bronşektazinin ortaya çıktığını ve KOAH’ın kötüleştiğini göstermektedir [15 ve 16].

Hırıltılı solunum ve göğüste daralma durumu: KOAH’ta hırıltılı solunum (wheezing) ve göğüste daralma hissiyatı bireyden bireye göre farklılık göstermektedir. Hırıltılı nefes alıp-verme üst solunum yolundan kaynaklı ortaya çıkmış ise oskültasyonda duyulmayabilir ve bu durumda tanılama doğruluğu için ek olarak görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır. Bireylerde göğüste sıkışma daha çok aktivite sonrası ortaya çıkar, birey göğüs sıkışmasının odak noktasını tam olarak ifade edemeyebilir [16, 47 ve 48].

Diğer sorunlar: KOAH’ın ileri evrelerinde yorgunluk, iştahta azalma ve kilo kaybı yaşanmasıyla hastalığın klinik seyri olumsuz etkilenir [49].

2.1.8. KOAH tedavisi

KOAH tedavisinde öncelikli amaç sekonder problemleri önlemek, risk faktörlerini en aza indirmek ya da ortadan kaldırmaktır. Tedavide öncelikli amaçların uygulanması ile bireyin KOAH semptomları, alevlenmeleri, hastaneye yatışları kontrol altına alınarak, prognoz ve mortalite üzerinde ilaçlardan daha etkili olabilecek yöntemler geliştirilebilir [2, 50]. KOAH tedavisinde yapılması gerekenler aşağıdaki gibi açıklanabilir;

2.1.8.1. Risk faktörlerini uzaklaştırma/iyileştirme

- Sigara kullanımının bırakılması: Sigara içmek KOAH için belirleyici bir risk faktörüdür. Sigaranın bırakılması ile hastalığın etkisi azalmakta, yıllık FEV1 kayıp miktarı düşmekte, belirti/bulgular ve akut alevlenmeler en alt seviyelere inmektedir. KOAH’lı bireylerde nikotin bağımlılığı, KOAH olmayan bireylerden daha fazladır. Bu durum KOAH tanısı olan bireylerin sigara bırakma oranını azaltmaktadır. Bireylerin sigarayı bırakması için nikotini yerine koyma tedavisi, bupropion ve vareniklin yöntemleri uygulanmaktadır [34, 46 ve 47].

- İç-dış ortam kirliliğinin iyileştirilmesi: İnsanlar yaşamları boyunca zamanının büyük bir bölümünü kapalı mekânlarda geçirir. KOAH’lı bireylerin tedavi sürecinde ev havasının temiz olması, kimyasal ürünlere maruz kalmaması, biyomas madde kullanmaması önemlidir. Dünyanın yaklaşık %50,0’ı evlerini ısıtmak, yemek pişirmek ve ortamı aydınlatma özelliğinden yararlanmak için biyomas madde kullanmaktadır [3 ve 4]. Gelişmiş ülkelerde kullanımı çok fazla tercih edilmezken Çin, Hindistan, Afrika gibi

yerlerde kullanım oranı %80,0'ı geçmektedir [30]. Biyomas maddelerde en fazla kullanılan odun, ısı oluşturma özelliği düşük fakat ortama yaydığı dumana bağlı KOAH oluşmasında önemli bir ajandır [48].

Bireylerin günlük hayatta pişirdiği yemeğin dumanı da iç ortam hava kirliliğine sebep olur. Kadınlar yaşamları boyunca yemek ve biyomas yakıt dumanı ile erkeklere oranla daha fazla karşılaşır ve bu durum hiç sigara kullanmamış kırsal kesimdeki kadınlarda da KOAH görülme sıklığını arttırmaktadır [41]. Endüstriyel ortamlarda hava kirlleticilerinin fazla olması özellikle işçilerde solunum hastalıkları gelişme ihtimalini arttırmaktadır. Sanayi tesislerinden, kömürden ve trafikte egzozdan kaynaklanan dış ortam kirlilikleri de insan sağlığını olumsuz etkiler. Temiz bir hava sahasının sağlanmasına yönelik dünyada stratejiler geliştirilmelidir ve insanların sağlık durumu korunmalıdır [50].

- İşyeri ortamının iyileştirilmesi: Çalışma ortamında gereken önlemler alınmadığında bireylerde gaz ve toz gibi ajanlara maruz kalma durumu görülmektedir. KOAH'ta uzun süre bu ajanlara maruz kalma ile KOAH'ın klinik seyri olumsuz etkilenir. Gaz ve toz yoğunluğunun fazla olduğu ortamlarda maske kullanmak bireylerin sağlığı, filtreli baca sistemlerini kullanmak ortam ve çevre sağlığı için önemlidir [49 ve 50].

2.1.8.2. Günlük fiziksel aktivitenin düzenlenmesi

Günlük fiziksel aktivite “*her günlük işlevler sırasında iskelet kasları yoluyla meydana gelen istemli hareketlerin toplamı*” olarak değerlendirilir. KOAH'ta dispne sebebiyle sedanter yaşam tarzı genellikle tercih edilmekte dolayısıyla bireyde fiziksel inaktivite durumu ortaya çıkmaktadır [49]. Yenilmez'in (2010) yaptığı çalışmada, KOAH'lı bireylerin yürüme veya ayakta kalma zamanının, otururken veya uzanırken geçirdiği zamandan az olduğu bildirilmiştir [51]. KOAH'ta yetersiz fiziksel aktivite ile birlikte normal kalan akciğer bölümünün de aktif kullanılmamasına bağlı hasara uğradığı ve buna bağlı KOAH'lı bireylerin tekrarlı hastaneye yatış yaptırdığı belirtilmektedir [50]. Tekrarlı yatışları ve mortaliteyi azaltmak için bireylerin yaptığı aktivite düzeyini saptamak gerekir [50 ve 51]. Günümüzde KOAH'lı bireylerde fiziksel aktivitenin ne kadar olacağı tam olarak belirtilmese de günlük aktiviteye ek haftanın en az beş günü, günde 30 dakika aktivite yapmasının önemli olduğu vurgulanmıştır [48, 50].

2.1.8.3. Aşı uygulaması

KOAH'lı bireylerde influenza aşısının koruyucu olarak uygulanması, KOAH'a sekonder oluşabilecek solunum sistemi enfeksiyonlarını ve mortalite oranını azaltmaktadır [2]. 65 yaş üzeri KOAH'lı bireylerde influenza aşısının yapılması önerilmektedir [45].

2.1.8.4. KOAH'ın farmakolojik tedavisi

KOAH'ta hava akımı kısıtlaması birincil sorun olduğundan uzun etkili bronkodilatör ilaçlar çok fazla kullanılır. Patogenezinde kronik inflamasyonun bulunması sebebiyle kortikosteroidler hastalara önerilen önemli ajanlardır. Kortikosteroidlerin yan etkileri fazladır bu sebeple ciddi hastalığı olan veya sık alevlenme geçiren hastalarda kullanımı sınırlandırılmıştır [52 ve 53]. Oral steroidler alevlenmelerde hastanede kalış süresini kısaltabilir [54]. Antibiyotiklerde KOAH'ta bronşit alevlenmelerini azaltabilmektedir [55 ve 56].

2.1.8.5. Pulmoner rehabilitasyon

Pulmoner rehabilitasyon yine önemli bir tedavi seçeneğidir. Pulmoner rehabilitasyon belirti ve bulguları azaltmakta, egzersiz performansını arttırmakta, yaşam kalitesini iyileştirmekte ve aynı zamanda hastane başvuru oranlarını azaltabilmektedir [57]. Çoğu KOAH'lı birey tedavi veya pulmoner rehabilitasyondan yararlı olsa bile hastalıkta son evreye gelmişse yaşam kalitelerinde belirgin azalmalar ortaya çıkmaktadır [56]. KOAH'lı bireylerde yaşam kalitelerini arttırmak için Akciğer Volüm Azaltıcı Cerrahi (AVAC) yöntem kullanılmaktadır. AVAC ile akciğerdeki amfizemli bölgeler çıkartılır ve buna bağlı akciğer elastik gücü artar, hava akımı obstrüksiyonları azalır. Yapılan bu cerrahinin başarısı ve uzun dönemdeki sonucu çok az bilinmektedir. Mevcut tedavi yöntemleri arasında sigarayı bıraktırma ve oksijen desteği dışında çoğu tedavinin KOAH seyrini tam olarak etkilemediği düşünülmektedir [57 ve 58].

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

Okuryazarlık, *“yazıları seslendirme ve anlamayla başlayan, bunun etkili bir şekilde kullanımıyla nesneleri veya olayları daha iyi bir şekilde anlamayı kapsayan ve anladıklarına kendi bilgilerinden de bir şeyler ekleyerek bireylerin kendini ifade etme”*

şeklidir [7, 59]. Sağlık okuryazarlığı karmaşık okumaları dinleyip anlamayı, analitik ve karar verme yetkinliğine sahip olmayı ve yetkinliği sağlıkla ilgili durumlarda kullanabilmeyi içermektedir. DSÖ'ü sağlık okuryazarlığını *“bireylerin iyi sağlık hallerini sürdürmek ve geliştirmek amacıyla bilgilere erişme, bilgileri anlama, kullanmalarına teşvik eden ve bu konularda yeteneklerini belirleyen bilişsel, sosyal beceriler bütünü”* olarak tanımlanmıştır [59].

Nutbeam'e göre sağlık okuryazarlığının üç düzeyi vardır:

Birinci düzey: Temel ya da işlevsel sağlık okuryazarlığında tıbbi olguları da kapsayan şekilde günlük hayata yönelik temel okuma ve yazma becerileri kullanılır.

İkinci düzey: İletişimsel sağlık okuryazarlığında daha gelişmiş sosyal becerileri kapsar. Sosyal becerileri anlama ve farklı iletişim şekilleriyle değişen duruma adaptasyonu sağlar. Yani bireylerin sağlık hizmeti verenlerle ortak paydada birleşerek birlikte karar verme becerileridir.

Üçüncü düzey: Eleştirel sağlık okuryazarlığında bireyler öğrendikleri bilgileri yorumlama ve kullanma becerisine sahip olur [60].

Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık durumuyla bağlantılıdır ve bireylerin yaşamı boyunca yaşam kalitelerini sürdürmesine, hastalıkları önlemesine, kendisi hakkında fikir sahibi olmasına, sağlığı hakkında radikal karar alıp bilgilere erişmesine ve bunları uygulamada göstermesine yardımcı olur [61]. Sağlık okuryazarlığı; sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, ırk, eğitim seviyesi, gelir miktarı ve çalışma durumu vb.), sosyokültürel özellikler (etnik grup, turist olmak, dil vb.), psikososyal durum (sosyal destek yokluğu, öz yeterlilik durumu, hastalığı anlamak), okuryazarlık düzeyi ve hastalık konusunda tecrübeli olmak gibi faktörlerden etkilenmektedir [62]. Bireylerin genel okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı bağlantılı bulunsa bile, sağlık sistemindeki karmaşıklıklar, hizmeti verenlerin kullandığı tıbbi terimler ya da bireylerin sağlık durumlarında ortaya çıkan değişiklikler sağlık okuryazarlığını olumsuz etkilemektedir [63 ve 64].

Sağlık okuryazarlığının düşük olması hastaların, verilen bilgileri algılamalarında zorluğa, tedavi uyumlarında azalmaya, hastaneye yatışlarında artışa ve koruyucu hizmetlerden rehabilitasyona kadar bütün olguları etkilemektedir. Bireylerde okuryazarlık düşükse sağlık risklerini anlama, farklı tedavileri değerlendirme, sağlıktaki önerileri dikkate almadaki yeteneklerinin daha az olabileceği saptanmıştır [8, 65 ve 66]. DSÖ'ye göre sağlık harcamalarının beşte üçü yetersiz sağlık okuryazarlığı nedeniyle

gerçekleşmektedir [67]. Okuryazarlığı az olan bireyler koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az farkındadır ve gereksiz hastane başvurularına bağlı sağlık hizmeti harcamalarında daha fazla artışa yol açabilmektedir [65]. Sağlık okuryazarlığının artırılması hastaların gelişen ve değişen sisteme uyumlarını sağlayarak, yaşamsal kararlarıyla ilgili stratejileri uygulama isteklerini arttıracak ve bireyin bilişsel yeteneklerini ortaya koyacaktır [8].

Kronik hastalıklar genel olarak yaşam tarzına bağlı olarak ortaya çıkar. DSÖ'ye göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'i, azgelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'si bireylerin yaşam stiline bağlı oluşmaktadır [8, 65 ve 66]. Bu sebeple sağlıkta oluşabilecek sorunları önlemek ve bireylere sağlıklı yaşam davranışları kazandırmak gerekmektedir. Bu durum sadece hastalıktan korunma aşamasında değil, yaşam boyu iyiliği sağlama ve artırma davranışlarını da kapsamalıdır [64].

Türkiye'de sağlık okuryazarlığının incelendiği 2014 yılında Tanrıöver tarafından yapılan ilk geniş ölçekli saha çalışmasında; toplumun %64,6'sının yani erişkin nüfusun 35 milyonunun "yetersiz ya da sorunlu" sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı saptanmıştır [8]. İyileştirilebilecek faktörler olan düşük eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey Türkiye'de sağlık okuryazarlığının sorunlu olma nedenleri olarak bildirilmiştir [8, 68]. Tanrıöver tarafından yapılan çalışma doğrultusunda sağlık okuryazarlığının yetersiz ve sınırlı olduğunu gösteren faktörler aşağıdaki gibidir [8];

Sağlık okuryazarlığının yetersiz ve sınırlı olduğunu gösteren faktörler

- Sağlık personelinde gereksiz yere çok fazla yardım istemek,
 - Sağlık kuruluşuna kendi ile okuryazar birini getirmek,
 - Bahanelere sığınmak (Gözlüklerimi unuttum vb.),
 - İlaç kullanımının da zorlanma veya uyumsuzluk,
 - Tedaviye uyumsuzluk,
 - Karar verme sürecini erteleme (Evde düşünmem gerekiyor),
 - Taklit ederek uygulama yapma (Diğer hastada böyle yapmıştı gibi söylemler)
- bireylerde olabilir [61, 68].

Sağlık okuryazarlığının yetersiz ve sınırlı olduğu faktörleri bilmek ve bireylerin uyumunu sağlamak, yapılan tedavilerin kontrol altında tutulabilmesi için önemlidir [68]. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerde uyum sağlama yöntemleri aşağıdaki gibidir;

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlar bireylerde uyum sağlama yöntemleri

- Sağlık personeli bireyin bilgi seviyesi ve becerisini değerlendirmek için yeterli zamanı ayırmalıdır.
- Tıbbi terimler kullanmak yerine bireylerin anlayacağı dili tercih etmelidir.
- Bireylerde sözel anlatım görsel öğeler ve tekniklerle desteklenmelidir.
- Bilgiler aktarıldıktan sonra geri dönüt almaya yönelik sorular sorularak anlayıp anlamadıkları sorgulanmalıdır.
- Sağlık personeli anlaşıldığından emin olmak için “bana göster” ya da “tekrar öğret” yaklaşımını kullanmalıdır. Örneğin; eğitimden sonra, hastadan kendi ilaçlarını nasıl alması gerektiğini anlatması istenebilir [69 ve 70].

Bireylerin sağlık okuryazarlığı uyumunu değerlendirmek için çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Bunlardan bazıları;

Türkçeye uyarlanmış ölçekler

- REALM (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)
- TOFHLA (Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi) (YİSOT)
- HALS (Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Testi)
- e HEALS (Elektronik Sağlık Okuryazarlığı Testi)

Türkçe geliştirilmiş ölçek

- Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ) [71 ve 72].

2.3. KOAH ve Sağlık Okuryazarlığı

KOAH'ta sağlık profesyonelleri ve hastalar arasında sağlık bilgilerinin iyi bir şekilde iletilmesi gerekmektedir. Sağlık bilgilerinin iyi bir şekilde iletilmemesi hasta ve hasta yakınlarının tedavileri tam olarak anlamalarına engel olmaktadır. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler verilen tedavileri anlayamamakta ve uygulayamamaktadır. Düşük sağlık okuryazarlığının yaşlı nüfusta daha yaygın olup KOAH'ın yaş dağılımı göz önüne alındığında KOAH hastalarının özellikle risk altında olduğu görülmektedir [72].

Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin, sağlık kurumlarına gelme oranı ve tedavilerden beklentileri daha fazladır [8]. Düşük sağlık okuryazarlığı olan KOAH'lı bireyler acil servise ve polikliniklere daha fazla başvurmuş, daha bağımlı bireyler olmuşlardır [8, 72]. Hastaların ilaç kullanımları da sağlık okuryazarlığı durumuna göre değişmektedir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler uzun dönem ilaçlarını yetersiz

kullanırken akut belirti ilaçlarını gereğinden fazla kullanmaktadırlar [8, 66]. Puente-Maestu'nin yaptığı bir çalışmada; KOAH'lı bireylerin %58,0'ında sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğu, sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin benzer akciğer fonksiyonlarına sahip olduğu, sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin yaşam içinde daha bağımlı ve fonksiyonlarını yerine getirmede zorlandığı, sakatlık yaşama ve ölüm riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır [72].

2.4. Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik

DSÖ sağlık okuryazarlığını, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde bir anahtar olarak görmektedir [73]. Bireylerin, sağlık çalışanlarını doğru anlaması, yazı ile aktarılan bilgileri doğru okuması, sağlık çalışanlarının da bireylere doğru yönlendirme ve bilgilendirme sağlaması tanı, tedavi ve ilerleyen süreçlerde hataları önlemek ve kaliteli hizmet sağlanabilmesi için gereklidir [74].

Sağlık hizmetlerine ulaşım, etkili bakım verme ve bakım kalitesini yükseltme, sağlığı koruma ve sürdürme, hasta eğitimi gibi konularda aktif görev alan hemşireler için sağlık okuryazarlığı kavramı önem arz etmektedir [75 ve 76]. Hemşireler bu görevlerini sağlık eğitimcisi ve danışmanlık rolü kapsamında yerine getirirken kendi sağlık okuryazarlık düzeylerinin çok iyi olması gerekir. Hemşirelerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin geliştirilmesi ise, hemşirelik eğitiminin önemli bir bileşenidir. Kaliteli bir sağlık okuryazarlığı eğitiminin verilebilmesi için hemşirelerin planladığı eğitimler öz bakım konuları ile sınırlı kalmamalı, kalıcı sağlık okuryazarlığı hakkında basit ve anlaşılır eğitim planlamalarını da kapsamalıdır [76 ve 77].

Hemşirelerin sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi seviyesinin düşük olması, hasta ile iletişimini olumsuz etkileyebilmektedir. Hemşirelerin en önemli rol ve sorumluklarından biri olan hemşirelik eğitiminin etkili verilebilmesi için hemşirelerin sağlık okuryazarlığı ve genel literatür hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Christensen (2016) tarafından yapılan çalışmada, sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi seviyesi yeterli olan hemşirelerin hastalara yönelik sağlık sonuçlarının iyileştirilmesinde daha etkili olduğu bildirilmiştir [78].

2.5. Stigma

Stigma bir duruma karşı damgalama, lekeleme, etiketleme, onur kırıcı davranma anlamına gelmektedir [10, 79 ve 80]. Eski Yunancada “ortaya çıkarılabilen iz” anlamına gelen stigma; sıra dışı, alışılmadık ve kötü bedensel işaretleri tanımlamak amacıyla kullanılmıştır. Stigma terimi günümüzde genellikle toplumdaki diğer bireyler tarafından damgalanan bireye saygınlığın azaltılması ve bireyin kara leke olarak görülmesi ile ifade edilmektedir [11, 13].

Goffman tarafından ilk kez literatüre kazandırılan stigma kavramı; toplum tarafından kabul görülen kişilerden farklı karakteristik özellikleri olan bireylere, toplumun farklı muamele ve dışlayıcı davranışlar sergilemesi olarak tanımlanmıştır [10]. Farklı muamele sorunu yaşayan bireylerde kendine karşı utanç duyma, iğrenme, suçlu hissetme, bıkınlık, korku, toplum içinde pasif davranma, öfke, umutsuzluk, sosyal izolasyon ve bunlara bağlı öz kırım durumları meydana gelebilmektedir [81].

Bireylerde ortaya çıkan stigma (damgalanma) algısı bireylerin yaşadıkları olumsuz deneyimlerle olabildiği gibi gelecekte yaşanabilecek olumsuz deneyimlerden de kaynaklanabilmektedir [79 ve 80]. Pincus’a göre damgalanmanın üç farklı düzeyi bulunmaktadır. Bu düzeyler yapısal damgalama, toplumsal damgalama ve içselleştirilmiş damgalamadır [81].

Yapısal damgalama: Bireyin toplum tarafından ayrımcılığa uğraması sadece bireydeki tutum ve davranışlarla ortaya çıkmamakta, toplumdaki kural ve düzenlemelerdeki sorunlarda bireylerde damgalanmaya neden olmaktadır. Yapısal damgalama hükümet tarafından bireylere gerekli bütçenin ayrılmaması, baskıcı güçlerle bireye dayatmalar yapılması ve oy kullanabilme, evlenebilme gibi sahip olduğu hakların elinden alınmasını kapsamaktadır [12, 81].

Toplumsal damgalama: Bireylerin kişilerarası ilişkilerinde hissedebileceği ayrımcılık ve tutum olarak ortaya çıkmaktadır. Toplumsal damgalama tek bireye karşı yapılabildiği gibi grup düzeyinde de ortaya çıkabilmektedir. Toplumsal damgalamaya göre; hastalığı bulunan bireylerden kaçınma davranışı bireylerde içselleştirilmiş damgalamaya da sebep olabilmektedir [79].

İçselleştirilmiş damgalama: Bireyin farkında olduğu toplumsal damgalamanın birey tarafından da kabul edilmesi ile birlikte ortaya çıkan bireyin kendisini damgalaması

durumudur. Damgalama türlerinde bireyde en fazla psikolojik soruna yol açan damgalanma içselleştirilmiş damgalanmadır [82 ve 83].

Damgalanmış kişiler diğer insanlardan daha fazla stres durumunu yaşamaktadır. Strese neden olan durumlar zaman içerisinde kronik strese dönüşerek bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir [84-87]. Gelişmiş ülkelerde bireylerin algıladığı damgalanma olan içselleştirilmiş damgalanma oranı daha yüksek görülürken, gelişmekte olan ülkelerde ise toplum tarafından dayatılan damgalanma oranının daha yüksek olduğu belirtilmektedir [82, 85].

Damgalanmayı etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar; inanç sistemlerinin farklılığı, kültür çatışması, tanımlayıcı özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, medeni durum, sosyoekonomik durum), mevcut hastalık, hastalık hakkında toplumun ve bireyin bilgi seviyesi, ruhsal hastalığın algılanması ve bireye yansıtılması, hastalığın seyridir [11, 79, 88].

2.5.1. Stigma ve kronik hastalık

Eski çağlardan günümüze kadar bazı hasta gruplarına karşı tavır alınması ve toplumdaki dışlanmasına kadar giden tutum ve davranışlar ortaya çıkmıştır [13]. Kronik hastalıklarda toplum tarafından dışlanma ve damgalanma durumu kronik hastalık tanısının konulması ile başlamaktadır [80, 86]. Kronik hastalığı bulunan birey; hastalığın oluşmasından kendini sorumlu tutması, beden imajında değişikliğe bağlı kendini daha çirkin görmesi ve sosyal etkileşiminin bozulması ile zorluk yaşayabilmektedir [85].

Tüberküloz, kanser, AIDS, KOAH, psikiyatrik hastalıklar ve madde bağımlılıkları gibi hastalıklar toplum tarafından damgalanmaya sebep olabilmektedir [80, 86]. Kronik hastalıklarda deneyimlenen stigma olgusu benzer olsa da her hasta grubunda farklı tepki ve semptomlar görülebilmektedir. Damgalanma durumu sadece kronik hastalığı bulunan bireylere değil bireylerin aile ve arkadaşlarına yönelikte ortaya çıkabilmektedir [87 ve 88]. Aile üyelerine yönelik damgalanma bakım yükünde artma ve yaşam kalitesine yönelik değişikliklere bağlı oluşabilmektedir. Stigmaya bağlı olarak bireylerde destekleyici tedavileri kabul veya talep etmede isteksizlikler görülebilmektedir. Stigma durumu hastalık ve ilaç direncinin şiddetinin artmasına, bireyin korku yaşamasına, morbidite oranının artmasına da yol açabilmektedir [82-85].

Hastalığın kendisi dışında deneyimlenen stigma durumu da hastalığın kendisi kadar tehlikeli durumlara neden olabilmektedir. Kronik hastalığı bulunan bireyler toplum tarafından dışlanmaya yönelik bir kaygı yaşamaktadır. Bu kaygı bireylerde sürekli olarak devam eden ve bireylerde ruhsal, bedensel sorunlara yol açan durumları ortaya çıkarmaktadır [86]. Bu sebeple kronik hastalıklarda beklenen stigma algısının ölçülmesi bireylerde oluşabilecek fiziksel ya da psikolojik sorunları önceden saptayarak önlemede önemli rol oynamaktadır [88 ve 89].

KOAH'ta semptomların varlığı ve tedavi sürecine bağlı bireylerde yaşam kalitesinde değişiklik, sosyal ve ekonomik alanlarda zorluk durumları görülebilmektedir [6]. KOAH'lı bireylerde görülen öksürük, balgam çıkarma, hırıltılı solunum, kilo kaybı ya da steroid ilaçların alınmasına bağlı beden imajı değişikliği toplum tarafından damgalanmaya neden olabilecek durumları ortaya çıkarmaktadır [72]. KOAH'lı bireyde bulunan öksürük bireyin günlük yaşamdaki etkileşim ve iletişimde problemlere bağlı sosyal izolasyon durumuna yol açmaktadır [13]. Sigara içen bireylerde ortaya çıkan KOAH bireyin hatası olarak görülüp, bireyin kendi kendine zarar vermesi olarak algılanmaktadır [89].

O'Neill'in yaptığı çalışmada "KOAH'lı bireyler; sokakta solunum güçlüğüne gidermeye çalıştıkları sırada sokaktakilerin gözlerini dikerek onlara bakmalarının sıkıntı, elem, acı duygusu yaşamalarına neden olduğunu, sokakta böyle bir durumla karşılaşmamak için sosyal etkileşimlerini sınırladıklarını" bildirmişlerdir [90]. Stigmaya bağlı tedavi sürecinde de bireylerde bıkkınlık, ilaç yan etkileri ve oksijen makinelerinin kullanmasına bağlı umutsuzluk gibi durumlar oluşabilmektedir [89 ve 90].

2.5.2. Stigma ve hemşirelik

Hemşirelerin en önemli rollerinden biri hasta savunuculuğudur [76]. Hasta ile en uzun süre vakit geçirerek, hastaları 24 saat izleme fırsatı bulan hemşireler hastaların tedavi, bakım ve aktivitelerinde aktif olarak rol almasına bağlı hastayı daha yakından tanıma fırsatına sahip olmaktadır. Hemşireler hastayı fizyolojik değerlendirmeye ek psikolojik ve sosyolojik olarak inceleme fırsatı bulabilmekte, hastalarda ortaya çıkabilecek damgalama durumuna da şahit olabilmektedir [91].

Hastalarda var olan damgalamayı azaltmada hemşirelerin uyguladığı girişimlerin başında; hemşirelerin hastalarda damgaya neden olabilecek kronik hastalığa sahip olan bireylere yönelik, kendilerindeki olumsuz tutumlarının farkında olmaları ve bunları olumluya çevirmeleri bulunmaktadır [89]. Hemşirelerin damgalanma hakkında fikir sahibi

olması ve hastalara yönelik uyguladığı eğitim ve girişimler damgalanmanın azalmasını sağlayabilmektedir [89, 91].

Hemşireler ve sağlık profesyonelleri rollerini tam olarak yerine getirebilmek için stigma ile mücadele etmede yerlerini almalıdır. Bunun için;

- Bireylerin sağlık durumunu sürdürebilmesi, geliştirebilmesi için farkındalığının artırılması,
- Toplumda en fazla stigmaya neden olan hastalık gruplarının belirlenmesi,
- Kitle ve iletişim araçları ve eğitim materyalleri aracılığıyla toplumun stigma ve stigma ile mücadele konusunda bilgilendirilmesi,
- Stigma ile mücadele eden bireylere yönelik profesyonel destek sağlanması,
- Stigmayı ortaya çıkarabilecek hastalıklara yönelik daha fazla araştırmanın yapılması ve ortaya çıkacak kanıtlar doğrultusunda gerekli uygulamalar yapılmalıdır [84, 87, 91].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma KOAH'lı bireylerin stigma ve sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirmek, stigma ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kesitsel bir araştırma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H0-1: KOAH'lı bireylerin stigma ve sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında ilişki yoktur.

H1-1: KOAH'lı bireylerin stigma ve sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Yer, Zamanı ve Özellikleri

Araştırma 10 Eylül 2021- 10 Mart 2022 tarihleri arasında Nevşehir Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi ve Göğüs Hastalıkları Polikliniği'nde yürütülmüştür. Göğüs hastalıkları polikliniği hafta içi 08:00-16:00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Poliklinik sayısı doktor sayısına bağlı değişkenlik göstermektedir. Poliklinikte hemşire bulunmamaktadır. Göğüs hastalıkları servisi 7/24 hizmet vermektedir. Göğüs hastalıkları servisi 17 odalıdır, dördü izole ve tek yataklıdır. Kalan 13 odada ikişer yatak kapasitesi bulunmaktadır. Göğüs hastalıkları servisi toplam hasta kapasitesi 30'dur. Serviste 10 hemşire, iki klinik destek elemanı olmak üzere toplam 12 personel çalışmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, 10 Eylül 2021- 10 Mart 2022 tarihleri arasında Nevşehir Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisine yatan ve Göğüs Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran KOAH tanılı bireyler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise; 10 Eylül 2021- 10 Mart 2022 tarihleri arasında Nevşehir Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisine yatan ve Göğüs Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran KOAH tanılı bireylerden çalışmaya katılmayı kabul eden araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan bireyler oluşturmuştur (n:316). Örneklemeye dâhil edilen 6 birey zamanı olmadığı ve anket cevaplarını tamamlamadığı için çalışma dışı

bırakılmıştır. Araştırmaya dâhil edilme kriterlerini sağlayan ve gönüllü olur formunu imzalayan 310 KOAH'lı birey ile çalışma tamamlanmıştır.

Araştırmanın örneklem sayısının hesaplamasında G Power (v3.1.7) analizi kullanılmıştır. Türe [14]'nin KOAH hastalarında yaptığı çalışma temel alınarak yapılan hesaplamada 300 hastaya ulaşılması hedeflenmiştir. Veri toplama süresince 310 KOAH'lı bireye ulaşılmıştır. Post-Hoc Power analiz sonucuna göre; %95 güven aralığı (1- α), %5 hata payı olacak şekilde toplam gereken hasta sayısı 306'dır. Testin gücü %99 olarak elde edilmiştir.

3.4.1. Dâhil edilme kriterleri

Araştırmanın dâhil edilme kriterleri amaç, hipotez ve değişkenlerine göre ilgili literatür kullanılarak belirlenmiştir [4, 6, 11, 14, 92 ve 93].

Dâhil edilme kriterleri:

- En az 2 ay önce KOAH tanısı alan,
- Sözel iletişim kurabilen,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.4.2. Dışlama kriterleri

KOAH tanısı 2 aydan az olan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Bireylerin sağlık okuryazarlığı ve stigma algısı puan ortalamaları çalışmanın bağımlı değişkenleri olarak tanımlanmıştır.

Bağımsız Değişkenler: Bireylerin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, meslek), hastalığa ilişkin özellikleri (KOAH tanısını ne zaman aldığı, sigara kullanım durumu, hastalık hakkında bilgi alıp-almadığı) bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Hasta Tanıtım Formu, KOAH Değerlendirme Testi, Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Hasta tanıtım formu

Hasta tanıtım formu, araştırmacı tarafından literatür incelenerek [3-6, 11, 14, 93 ve 94] sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, meslek vb.) ve hastalığa ilişkin bilgileri (KOAİ tanısını ne zaman aldığı, sigara kullanma durumu, hastalık hakkındaki bilgi durumu vb) içeren toplam 22 sorudan oluşmaktadır (EK-5).

3.6.2. KOAİ değerlendirme testi (CAT)

Jones ve ark. tarafından 2009 yılında KOAİ'lı bireylerin sağlık durumunun belirlenmesi, yaşamı nasıl etkilediğini ve doktor tarafından daha hızlı tanı konulması amacıyla geliştirilmiştir [94]. Test doğrulanmış, kısa ve basit bir araç olarak planlanmış ve 8 soruyla oluşturulmuştur. Sorular dispne, öksürük ve balgam gibi KOAİ semptomlarını kapsamaktadır. Alınan toplam puanların artması hastalık şiddetinin arttığını göstermektedir [94]. Alınan en düşük puan 0 olurken bu bireyin KOAİ tablosunun çok iyi olduğunu gösterir. En yüksek puan olan 40 ise bireyin kötü bir KOAİ tablosu olduğunu göstergesidir [94]. 2012'de Yorgancıoğlu ve ark. tarafından ülkemizde geçerlilik-güvenilirliği yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0,91 bulunmuştur. Çalışmada KOAİ değerlendirme testi iç tutarlılık düzeyi 0,70'dir (EK-6).

3.6.3. Sağlık okuryazarlığı ölçeği (SOYÖ)

Sağlık okuryazarlığı ölçeği yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek amacıyla Suka ve ark (2013) tarafından 2010 yılında Japonya'da geliştirilmiştir [73]. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği 2021 yılında Türkoğlu tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin; Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı (5 madde), İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı (5 madde), Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı (4 madde) olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Orijinal ölçeğin her bir maddesi "kesinlikle katılmıyorum" (1 puan) ile "kesinlikle katılıyorum" (5 puan) arasında değişen 5'li likert tipindedir. Ölçeğin her maddesi ayrı ayrı "1-5" arasında puanlanmaktadır. Ölçekten toplamda "14-70" arasında puan alınmaktadır. Toplam puanın artması sağlık okuryazarlık seviyesinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Türkoğlu tarafından yapılan çalışmada Cronbach alfa değerinin 0,85 olduğu saptanmıştır [70]. Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0,91'dir.

Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutu: Bireylerin temel okuryazarlık durumunu saptamaktadır. Bireylerde sağlık riskleri veya sağlık sisteminin ne şekilde kullanılacağını, temel sağlık eğitimi materyallerini okuyabilme becerilerini (prospektüs,

reçete ve bakım açısından gereken bilgilerin okunabilmesi) açıklayan bu alt boyut beş maddeden oluşmuştur. Bu maddeler 1, 2, 3, 4, 5. maddelerdir. Alt boyuttan toplam “5-25” arasında puan alınmaktadır. Geçerlilik güvenirliği yapılan çalışmada Cronbach alfa değerinin 0,85 olduğu saptanmıştır [70]. Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri 0,71’dir.

İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutu: İleri seviyede bilişsel, okuryazarlık ve sosyal yetenekler bu boyutta yer almaktadır. Sağlıkla ilgili aktivitelere katılma durumu, sağlıkla ilgili verilen mesajları anlama ve her gün değişmekte ve gelişmekte olan koşullar içerisinde sağlık bilgilerini doğru uygulayabilmeyi kapsamaktadır. Hasta bireyin bağımsız davranış sergilemesi, sağlık durumuyla ilgili kararları alması ve sağlık profesyonelleri ile etkin iletişime geçmesi şeklinde tanımlanmakta olan bu alt boyut beş maddeden oluşmuştur. Bu maddeler 6, 7, 8, 9, 10. maddelerdir. Alt boyuttan toplam “5-25” arasında puan alınmaktadır. Türkçe geçerlilik güvenirlik yapılan çalışmada Cronbach alfa değeri 0,90 [70], bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri 0,86’dır.

Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı Alt Boyutu: Sağlıkla ilgili öğrenilen bilgilerin eleştirel bir boyut olarak incelenmesi ve sağlık durumu ile ilgili karar verilmesinde kullanılacak ileri düzeyde sosyal ve bilişsel becerileri içeren bu alt boyut dört maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler ölçekte 11, 12, 13 ve 14. maddelerdir. Ölçeğin bu alt boyutundan toplam “4-20” arasında puan alınmaktadır. Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,87 [70], bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri 0,86’dır (EK-7).

3.6.4. Kronik hastalıklarda beklenen stigma ölçeği (KHBSÖ)

Ölçek kronik hastalığa sahip olan bireylerin, çevresindeki insanlardan beklediği damganın (stigmanın) ölçümünün gerçekleştirilebilmesi amacıyla Earnshaw ve arkadaşları tarafından 2013 yılında geliştirilmiştir [92]. Ölçek 2019 yılında Tünerir tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır [92]. Sosyal stigmanın, kronik hastalığa sahip olan bireylerde hastalık yükünü fiziksel ve zihinsel olarak arttırdığı saptanmıştır. Sağlık çalışanlarından damgalanma bekleyen kronik hastalıklı bireylerin, sağlık hizmetlerine başvuru ve erişim imkânlarının daha az olduğu bulunmuştur. Bu verilere bağlı ölçek aile ve arkadaşlar çevresinden, iş yerindeki bireylerden ve sağlık çalışanlarından beklenen stigmatı değerlendirme de kullanmak için üç ayrı alt boyutta hazırlanmıştır [89, 92].

Likert tipindeki ölçekte 12 madde bulunmakta olup ilk dört madde arkadaş ve aileden beklenen stigma durumunu ölçmektedir. Diğer 4 maddesi iş hayatındaki bireylerden, son dört madde ise sağlık çalışanlarından beklenen stigma durumunu ölçmeyi

amaçlamaktadır. Ölçüm yaparken, her maddeye Likert tipinde “1-5” arasında bir puan verilmektedir. Her alt boyutta madde puan ortalamaları ayrı ayrı hesaplanarak, üç farklı stigma puanı elde edilmektedir. Alt boyutlardan alınan toplam puan “4-20” arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan ise “12-60” arasındadır. Toplam puanın artması bireyin algıladığı stigmanın fazla olduğunu göstermektedir [92]. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,95, bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0,71’dir (EK-8).

3.7. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması etik kurul ve kurum izni alındıktan sonra, Eylül 2021 tarihi itibarıyla, Nevşehir Devlet Hastanesi Göğüs Servisine yatışı yapılan ve örneklem kriterlerine uyan beş hasta ile gerçekleştirilmiştir. Hastalar anket formlarını anladığını ve cevaplamada herhangi bir problem yaşamadığını belirtmişlerdir. Veri toplama formlarının cevaplama süresi yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Ön uygulama sonrası, anlaşılmayan sorular veri toplama formunda tekrar düzenlenmiştir. Ön uygulamaya katılan hastalar araştırma kapsamına dâhil edilmemiştir.

3.8. Verilerin Toplanması

Veri toplama formları; Hasta tanıtım formu, CAT, SOYÖ, KHBSÖ’dür. Araştırma verileri yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak 15 dk’lık sürede toplanmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı alınmıştır (Tarih:21.06.2021, Karar No:91) (EK-1). Araştırmanın yürütülebilmesi için Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Nevşehir Devlet Hastanesinden kurum izni alınmıştır (EK-2). Bireylerin çalışmaya katılımlarında “gönüllülük” esas alınmıştır. KOAH’lı bireylere çalışma hakkında bilgi verilip, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra araştırmanın yapılması için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK-4) imzalatılmıştır. Çalışmanın tüm aşamalarında Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamaları gözetilmiştir.

3.10. Verilerin Analizi

Araştırmada kullanılan veriler, SPSS (Statistical Pack Age for Social Sciences) ve Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin tanımlayıcı

istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan, frekans ve yüzdelik değerler kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Smirnov test ile ölçülmüştür. Nicel bağımsız verilerin analizinde Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Korelasyon analizinde Spearman korelasyon analiz yöntemi uygulanmıştır ve ölçeklere ilişkin güvenilirlikte Cronbach alpha kullanılmıştır. Çalışmada $p<0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Bu bölümde KOAH'lı bireylerin stigma ve sağlık okuryazarlık düzeyleri ve stigma ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiye ait bulgular verilmiştir.

Tablo 4.1. KOAH'lı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=310)

Sosyo-Demografik Özellikler	Ortalama	Sayı	Yüzde %
Yaş	70,5±11,0		
Cinsiyet			
Kadın		128	41,3
Erkek		182	58,7
Medeni Durum			
Evli		186	60,0
Bekâr		124	40,0
Yaşanılan Yer			
İl		104	33,5
İlçe		95	30,7
Köy/Kasaba		111	35,8
Eğitim Durumu			
≤İlkokul		239	77,1
≥Ortaokul		71	22,9
Çalışma Durumu			
Çalışıyor		96	31,0
Çalışmıyor		214	69,0
Meslek			
Emekli		106	34,2
Çiftçi		94	30,4
Ev Hanımı		57	18,4
İşçi		30	9,7
Serbest Meslek		15	4,7
Memur		8	2,6
Evde Yaşadığı Kişiler			
Yalnız		24	7,7
Kalabalık Aile		296	92,3
Ev Isınma Şekli			
Kalorifer		154	49,7
Soba		156	50,3

Tablo 4.1.'de KOAH'lı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının 70,5±11,0, %58,7'sinin erkek, %77,1'inin ilköğretim ve altı mezunu, %60,0'ının evli, %69,0'ının çalışmadığı, %34,2'sinin emekli, %92,3'ünün evde kalabalık aile ile yaşadığı, %50,3'ünün evde ısınmak için soba kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. KOAH'lı Bireylerin Hastalığa Özgü Özelliklerine Göre Dağılımı (n=310)

Özellikler	Min-Maks	Sayı (n)	Yüzde%
Ailede KOAH Hastası			
Var		121	39,0
Yok		189	61,0
KOAH ile İlgili Kontrollere Düzenli Gitme			
Gidiyor		60	19,4
Gitmiyor		250	80,6
Sigara Kullanımı			
Hiç Kullanmamış		124	40,0
Bırakmış		133	42,9
Kullanmaya Devam Ediyor		53	17,1
KOAH Tanı Süresi (Yıl)			
2 ay-11 ay		60	19,4
1 yıl-4 yıl		112	36,4
5 yıl-9 yıl		76	24,2
10 yıl-19 yıl		44	14,2
20 yıl ve üzeri		18	5,8
Pasif Sigara İçiciliği Hakkında Bilgi			
Var		184	59,4
Yok		126	40,6
Pasif Sigara İçiciliğine Maruz Kalma*			
Maruz Kalan		90	29,0
Maruz Kalmayan		94	30,3
KOAH'tan Başka Kronik Hastalık**			
Yok		113	36,5
Var		197	63,5
Hipertansiyon		130	41,9
Dişabet		86	27,7
Kalp Yetmezliğı		44	14,2
Astım		18	5,8
Kronik Böbrek Yetmezliğı		17	5,5
Prostat		11	3,5
Koroner Arter Hastalığı		5	1,4
Hastalıkla İlgili Doktordan Bilgi Alma			
Evet		200	64,5
Hayır		110	35,5
Hastalıkla İlgili Hemşireden Bilgi Alma			
Evet		37	11,9
Hayır		273	88,1
KOAH Hakkında Bilgi			
Var		180	58,1
Yok		130	41,9

*Yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır.

**Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.2. KOAH'lı Bireylerin Hastalığa Özgü Özelliklerine Göre Dağılımı (n=310)
(Devamı)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde %
KOAH Kötüleştince Neler Yapacağını Bilme		
Biliyor	96	31,0
Bilmiyor	214	69,0
KOAH Hakkında Yeni Bir Bilgi Okuyunca Hemen Uygulama		
Uygular	163	52,6
Uygulamaz	147	47,4
KOAH Sınıflama*		
Evre I	47	15,2
Evre II	174	56,1
Evre III	85	27,4
Evre IV	4	1,3

*Sınıflama bilgisi hasta dosyasından alınmıştır.

Tablo 4.2.'de KOAH'lı bireylerin hastalığa özgü özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin %61,0'ının ailesinde KOAH hastalığı olmadığı, %80,6'sının kontrollere gitmediği, %42,9'unun sigarayı bıraktığı ve %29,0'ının pasif sigara içiciliğine maruz kaldığı saptanmıştır.

KOAH'lı bireylerin %63,5'inin ek kronik hastalığa sahip olduğu ve %41,9 ile en fazla görülen kronik hastalığın hipertansiyon olduğu, %64,5'inin doktor tarafından bilgilendirildiği, %11,9'unun hemşireler tarafından bilgi aldığı, %58,1'inin KOAH belirtileri hakkında bilgisi olduğu, %69,0'ının KOAH kötüleştince ne yapacağını bilmediği, %52,6'sının yeni bir bilgi öğrenince hemen uyguladığı, %56,0'ının GOLD'un KOAH evresine göre Evre II'de olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2.).

Tablo 4.3. KOAH'lı Bireylerin CAT, SOYÖ ve KHBSÖ Puan Ortalamaları (n=310)

Ölçek	Min-Maks	Medyan	Ort. $\pm$ SS
CAT	0,0 - 40,0	27,0	27,6 $\pm$ 7,3
SOYÖ			
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	5,0 - 25,0	13,0	13,5 $\pm$ 4,6
İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı	5,0 - 25,0	13,0	12,2 $\pm$ 5,1
Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı	4,0 - 20,0	12,0	11,1 $\pm$ 4,4
Toplam	14,0-70,0	37,0	36,8 $\pm$ 12,8
KHBSÖ			
Aile/Arkadaş	4,0 - 20,0	16,5	14,9 $\pm$ 5,3
İşveren/İş Arkadaşları	4,0 - 20,0	5,0	7,8 $\pm$ 4,6
Sağlık Çalışanları	4,0 - 20,0	6,0	7,7 $\pm$ 3,9
Toplam	12,0-60,0	31,0	30,4 $\pm$ 8,5

Min: Minimum, Maks: Maksimum, SS: Standart Sapma

Tablo 4.3.'de KOAH'lı bireylerin CAT, SOYÖ ve KHBSÖ'ne ilişkin veriler incelenmiştir. KOAH'lı bireylerin CAT ortalama puanının 27,6 $\pm$ 7,3 olduğu belirlenmiştir. SOYÖ alt boyutlarına göre; Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı ortalama puanı 13,5 $\pm$ 4,6, İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı ortalama puanı 12,2 $\pm$ 5,1, Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı ortalama puanı 11,1 $\pm$ 4,4, toplam Sağlık Okuryazarlığı ortalama puanı 36,8 $\pm$ 12,8'dir. KHBSÖ alt boyutlarına göre Aile/Arkadaş ortalama puanı 14,9 $\pm$ 5,3, İşveren/İş arkadaşları ortalama puanı 7,8 $\pm$ 4,6, Sağlık çalışanları ortalama puanı 7,7 $\pm$ 3,9, toplam KHBSÖ ortalama puanı ise 30,4 $\pm$ 8,5'tir.

Tablo 4.4. KOAH'lı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SOYÖ ve KHBSÖ Ortalama Puanları (n=310)

	SOYÖ			KHBSÖ		
	Ort.±SS	Medyan	Min-Maks	Ort.±SS	Medyan	Min-Maks
Yaş						
≤65	42,8 ±10,3	44,0	18,0-70,0	28,8±8,1	29,0	12,0- 60,0
>65	33,8 ±12,9	33,0	14,0-63,0	32,5±10,1	33,0	14,0- 60,0
Test ve p değeri	p=0,001	Z=-5,798		p=0,001	Z=-5,499	
Cinsiyet						
Kadın	32,1±12,2	31,0	14,0-70,0	24,7±6,5	25,0	12,0-39,0
Erkek	40,2±12,2	41,0	14,0-43,0	34,4±7,4	34,0	14,0-60,0
Test ve p değeri	p=0,001	Z=-5,521		p=0,001	Z=-10,460	
Medeni Durum						
Evli	30,9±12,5	29,0	14,0-39,0	28,3±8,8	28,0	13,0 -56,0
Bekâr	40,8±11,4	42,0	14,0-70,0	31,8±8,1	32,0	12,0-60,0
Test ve p değeri	p=0,001	Z=-6,668		p=0,001	Z=-3,623	
Eğitim Durumu						
≤ İlkokul	34,3±12,5	34,0	14,0-70,0	29,5±8,7	29,0	12,0-60,0
≥ Ortaokul	45,3±10,0	49,0	21,0-38,0	33,3±7,2	33,0	14,0-49,0
Test ve p değeri	p=0,001	Z=-6,354		p=0,001	Z=-3,735	
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	40,8±10,6	42,0	14,0-59,0	34,4±8,1	34,0	17,0-60,0
Çalışmıyor	34,4±13,6	33,0	14,0-63,0	27,6±7,6	28,0	12,0-49,0
Test ve p değeri	p=0,001	X ² =15,103		p=0,001	X ² =40,201	
Evde Yaşadığı Kişiler						
Yalnız	34,4±12,7	32,5	15,0-39,0	32,0±10,2	33,5	14,0-56,0
Kalabalık Aile	37,0±12,8	37,5	14,0-70,0	30,3±8,4	30,0	12,0-60,0
Test ve p değeri	p=0,352	Z=-0,931		p=0,323	Z=-0,989	
Yaşadığı Yer						
İl	38,2±12,9	39,5	14,0-60,0	30,4±7,9	30,5	13,0-49,0
İlçe	37,9±12,7	38,0	14,0-63,0	31,5±8,7	32,0	14,0-56,0
Köy-Kasaba	34,6±12,6	35,0	14,0-59,0	29,4±8,9	30,0	12,0-60,0
Test ve p değeri	p=0,074	X ² =5,211		p=0,208	X ² =3,140	
Ev Isınma Şekli						
Kalorifer	38,6±12,6	40,0	14,0-43,0	30,3±8,1	29,5	13,0-56,0
Soba	35,1±12,8	35,0	14,0-70,0	30,5±8,9	31,0	12,0-60,0
Test ve p değeri	p=0,019	Z=-2,338		p=0,849	Z=-0,191	

^KKruskal-Wallis, ^mMann-Whitney U

KOAH'lı bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile SOYÖ ve KHBSÖ puanlarının dağılımları Tablo 4.4.'te verilmiştir.

65 yaş ve altı, erkek, bekâr, çalışan, eğitim durumu ortaokul ve üstü olan bireylerde SOYÖ toplam puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$), (Tablo 4.4).

Araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin KHBSÖ toplam puan ortalamalarına göre; 65 yaş üzeri, erkek, çalışmayan, bekâr, ortaokul ve üstünde eğitim almış olan bireylerde KHBSÖ'nün anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$), (Tablo 4.4).



Tablo 4.5. KOAH'lı Bireylerin Hastalığa Özgü Özelliklerine Göre SOYÖ ve KHBSÖ Ortalama Puanları (n=310)

	SOYÖ			KHBSÖ		
	Ort.±SS	Medyan	Min-Maks	Ort.±SS	Medyan	Min-Maks
Aile KOAH Hastası						
Var	41,3±12,0	43,0	14,0-70,0	30,1±8,0	31,0	12,0-49,0
Yok	34,0±12,5	33,0	14,0-43,0	30,6±8,9	31,0	13,0-60,0
Test ve p değeri	p=0,001	Z=-4,983		p=0,718	Z=-0,363	
Sigara Kullanımı						
Hiç Kullanmamış	32,0±12,5	30,5	14,0-59,0	24,7±6,6	26,0	12,0-39,0
Bırakmış	41,7±11,7	42,0	15,0-63,0	33,2±7,4	33,0	14,0-70,0
Kullanmaya Devam Ediyor	35,9±11,8	36,0	14,0-55,0	36,7±7,1	37,0	15,0-50,0
Test ve p değeri	p=0,001	X ² =37,760		p=0,001	X ² =108,834	
Pasif Sigara İçiciliği Hakkında Bilgi						
Var	41,7±11,3	43,0	14,0-70,0	30,1±8,2	30,0	13,0-56,0
Yok	29,8±11,6	27,0	14,0-39,0	30,8±8,9	31,0	12,0-60,0
Test ve p değeri	p=0,001	Z=-7,995		p=0,579	Z=-0,555	
Pasif Sigara İçiciliğine Maruz Kalma						
Maruz Kalıyor	40,1±11,1	41,0	16,0-70,0	27,6±7,6	28,0	13,0-44,0
Maruz Kalmıyor	43,1±11,4	45,0	14,0-43,0	32,5±8,2	33,0	14,0-56,0
Test ve p değeri	p=0,043	Z=-2,023		p=0,001	Z=-4,145	
KOAH'a Ek Kronik Hastalık						
Yok	42,6±9,7	42,0	20,0-39,0	32,5±8,9	32,0	14,0-60,0
Var	33,5±13,2	32,0	14,0-70,0	29,2±8,1	29,0	12,0-50,0
Test ve p değeri	p=0,001	Z=-5,877		p=0,002	Z=-3,150	
KOAH Evresi						
Evre I	43,7±9,8	47,0	20,0-59,0	29,5±7,8	31,0	14,0-45,0
Evre II	37,0±12,5	37,5	14,0-60,0	30,4±9,0	29,0	13,0-60,0
Evre III-IV	32,9±13,3	32,0	14,0-63,0	30,9±7,9	32,0	12,0-56,0
Test ve p değeri	p=0,001	X ² =22,261		p=0,647	X ² =0,871	
KOAH Tanısı Sonrası KOAH Hakkında Bilgi Alma						
Bilgi Aldı	40,7±12,0	42,0	14,0-43,0	31,4±8,4	31,0	12,0-60,0
Bilgi Almadı	29,7±11,0	27,5	14,0-70,0	28,6±8,4	28,0	13,0-49,0
Test ve p değeri	p=0,001	Z=-7,242		p=0,015	Z=-2,424	
Doktordan Bilgi Alma						
Bilgi Aldı	40,7±12,0	42,0	14,0-43,0	31,4±8,4	31,0	12,0-60,0
Bilgi Almadı	29,7±11,0	27,5	14,0-70,0	28,6±8,4	28,0	13,0-49,0
Test ve p değeri	p=0,001	Z=-7,242		p=0,015	Z=-2,424	
Hemşireden Bilgi Alma						
Bilgi Aldı	38,7±12,6	40,0	14,0-39,0	30,5±8,3	29,0	14,0-56,0
Bilgi Almadı	36,6±12,8	36,0	14,0-70,0	30,4±8,6	31,0	12,0-60,0
Test ve p değeri	p=0,336	Z=-0,962		p=0,955	Z=-0,057	

^KKruskal-Wallis, ^mMann-Whitney U

Tablo 4.5. KOAH'lı Bireylerin Hastalığa Özgü Özelliklerine Göre SOYÖ ve KHBSÖ Ortalama Puanları (n=310) (Devamı)

	SOYÖ			KHBSÖ		
	Ort.±SS	Medyan	Min-Maks	Ort.±SS	Medyan	Min-Maks
KOAH Belirtileri Hakkında Bilgi						
Var	42,6±10,7	44,5	16,0-39,0	31,3±8,2	32,0	12,0-56,0
Yok	28,9±11,1	27,0	14,0-70,0	29,1±8,8	28,5	13,0-60,0
Test ve p değeri	p=0,001	Z=-9,273		p=0,009	Z=-2,631	
KOAH'ta Belirtiler Kötüleştince Neler Yapacağını Bilme						
Biliyor	43,5±11,2	45,5	16,0-39,0	31,8±7,6	32,0	14,0-56,0
Bilmiyor	33,8±12,3	33,0	14,0-70,0	29,7±8,8	29,0	12,0-60,0
Test ve p değeri	p=0,001	Z=-6,218		p=0,023	Z=-2,273	
Hastalık Hakkında Yeni Bilgi Okuyunca Hemen Uygulama						
Uyguluyor	34,5±12,2	34,0	14,0-39,0	30,3±8,9	31,0	12,0-60,0
Uygulamıyor	39,4±13,0	42,0	14,0-70,0	30,5±8,0	30,0	14,0-56,0
Test ve p değeri	p=0,001	Z=-3,472		p=0,971	Z=-0,037	
Kontrollere Gitme						
Gidiyor	40,2±11,5	41,5	15,0-63,0	30,4±9,2	31,0	14,0-56,0
Gitmiyor	32,2±12,7	30,0	14,0-59,0	31,3±8,7	31,0	14,0-60,0
Test ve p değeri	p=0,001	X ² =15,650		p=0,782	X ² =0,492	

^KKruskal-Wallis, ^mMann-Whitney U

KOAH'lı bireylerin hastalığa özgü özelliklerine göre SOYÖ ve KHBSÖ puanlarının dağılımları Tablo 4.5.'te verilmiştir.

Araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin SOYÖ toplam puan ortalamalarına göre; Ailede KOAH tanısı olan, KOAH tanısı konulduktan sonra bilgi alan ve bu bilgiyi doktor tarafından alan, KOAH kötüleşince ne yapacağını bilen, hastalık hakkında yeni bir bilgi okuyunca hemen uygulayan, KOAH hastalığı ile ilgili kontrollere düzenli olarak giden ve sigara kullanmayı bırakan bireylerde SOYÖ toplam puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Pasif sigara içiciliğine maruz kalan, KOAH'a ek kronik hastalığı bulunan ve KOAH evresi daha ileri olan bireylerde SOYÖ toplam puanı anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0,05$), (Tablo 4.5).

Pasif sigara içiciliğine maruz kalan ve KOAH'a ek kronik hastalığı olan bireylerde KHBSÖ toplam puanının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). KOAH tanısı konulduktan sonra bilgi alan, KOAH hakkında doktordan bilgi alan, KOAH'ta belirtiler kötüleşince ne yapacağını bilen, KOAH belirtileri hakkında bilgisi olan ve sigara kullanmaya devam eden bireylerde KHBSÖ ölçeği toplam puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$), (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. KOAH'lı Bireylerin SOYÖ ve KHBSÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=310)

		SOYÖ			Toplam Puan
		Fonksiyonel Sağlık	İnteraktif Sağlık	Eleştirel Sağlık	
KHBSÖ					
Aile/Arkadaş	r	0,121	0,410	-0,315	0,148
	p	0,034	0,000	0,000	0,009
İşveren/İş Arkadaşları	r	0,047	0,444	-0,261	0,139
	p	0,405	0,000	0,000	0,014
Sağlık Çalışanları	r	0,122	0,335	-0,298	0,077
	p	0,032	0,000	0,000	0,175
Toplam Puan	r	0,110	0,446	-0,322	0,142
	p	0,053	0,000	0,000	0,013
Spearman Korelasyon					

Tablo 4.6.'da KOAH'lı bireylerin SOYÖ ve KHBSÖ toplam puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine ait bulgular verilmiştir.

SOYÖ fonksiyonel sağlık okuryazarlığı alt boyutu ile KHBSÖ aile/arkadaş, sağlık çalışanları alt boyut puanları arasında ve SOYÖ interaktif sağlık alt boyutu ile KHBSÖ toplam aile/arkadaş, işveren/iş arkadaşları ve sağlık çalışanları puan ortalaması arasında anlamlı pozitif yönlü, düşük düzeyde ilişki gözlenmiştir ($p<0,05$). SOYÖ toplam puanı ile KHBSÖ aile/arkadaş, işveren/iş arkadaşları, toplam skoru arasında anlamlı pozitif yönlü, düşük düzeyde ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

SOYÖ eleştirel sağlık alt boyutu ile KHBSÖ aile/arkadaş, işveren/iş arkadaşları, sağlık çalışanları, toplam skoru arasında anlamlı negatif yönlü, düşük düzeyde ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$), (Tablo 4.6).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde KOAH'lı bireylerin stigma ve sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirmek ve stigma ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür kapsamında üç alt başlıkta tartışılmıştır.

- KOAH'lı bireylerde stigmanın sosyo-demografik ve hastalığa özgü özelliklerine göre tartışılması

- KOAH'lı bireylerde sağlık okuryazarlığının sosyo-demografik ve hastalığa özgü özelliklerine göre tartışılması

- KOAH'lı bireylerde stigma, sağlık okuryazarlığı ve birbirleri arasındaki ilişkinin tartışılması

5.1. KOAH'lı Bireylerde Stigmanın Sosyo-Demografik ve Hastalığa Özgü Özelliklerine Göre Tartışılması

Kronik hastalıkların sıklığı yaş ile birlikte artmaktadır [95]. Çalışmaya katılan KOAH'lı bireylerin yaş ortalaması $70,5 \pm 11,0$ 'dır. Çalışmaya göre; 65 yaş üzeri KOAH'lı bireylerin stigma düzeyi daha yüksektir. Yaşlanmayla birlikte bireylerde fiziksel ve psikolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Yaşlı bireylerde postür ile ilgili değişiklikler, kronik hastalıklarda artma ve daha fazla bakıma ihtiyaç duyma gibi sorunlar bakım vericiler tarafından bireye karşı farklı davranma durumu olan stigmaya neden olabilmektedir [11]. Bilge ve arkadaşları (2010) stigma ile ilgili yaptıkları çalışmada “yaş arttıkça, stigma artmaktadır” sonucuna ulaşmışlardır [96]. Çalışma literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan KOAH'lı erkeklerde stigma düzeyi daha yüksektir. Stigmayı değerlendirmek amacıyla yapılan farklı hasta gruplarının yer aldığı çalışmalarda kadınların stigma düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [97 ve 98]. Bu çalışmanın sonucu literatürden farklılık göstermektedir. Bu farklılık çalışmada erkek sayısının daha fazla olması ile ilişkilendirilebilir. KOAH'lı bireylerde stigma ile ilgili çalışmalar yapıldıkça farkın daha iyi görüleceği düşünülmektedir.

Çalışmada KOAH'lı bireylerin medeni durumu incelendiğinde; çoğunluğu (%60,0'ı) evli bireyler oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan bekâr bireylerin stigma düzeyi daha yüksektir. Literatürde farklı hasta grubu ile ilgili yapılan çalışmalarda, çalışmaya benzer olarak bekâr bireylerin daha fazla stigmayı deneyimlediği sonucuna ulaşılmıştır [99 ve 100]. Stigmanın bekâr bireylerde daha yüksek çıkmasının nedeninin, bekârlığın toplumsal

temelde olumsuz olarak algılanması ve kamusal alanda olumsuz davranışlara daha fazla maruz kalınmasına bağlı olabilir [101].

Çalışmaya katılan KOAH'lı bireylerin stigma düzeyinin eğitim seviyesiyle birlikte daha da arttığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte Lulebo'nun (2015) stigmatı değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, bireylerde eğitim seviyesinin artmasının stigmatı azalttığı bildirilmiştir [102]. Çalışma literatürden farklılık göstermektedir. Bu çalışmaya dâhil olan KOAH'lı bireylerin %60,1'i hastalık hakkında bilgi sahibidir. Çalışmada bireylerin hastalık hakkında bilgi sahibi olmasına rağmen stigma düzeylerinin yüksek çıkması bireylerin farkındalıkları ile ilişkilendirilebilir.

Literatürde KOAH ve stigma ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde çoğu mesleğin KOAH ve stigmatı etkilediği görülmektedir [102-104]. Arabacı'nın (2015) yaptığı çalışmaya göre; çalışmayan bireylerin stigma durumunu daha fazla yaşadığı tespit edilmiştir [105]. Çalışmada literatüre benzer olarak, çalışmayan bireyler stigma durumunu daha fazla deneyimlemektedir. Bu durum toplumsal algıya paralel olarak KOAH'lı bireylerin kendini yetersiz hissetmesi ile açıklanabilir.

Çalışmada KOAH'a ek kronik hastalığı olan bireylerde stigma düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Literatürde kronik hastalıklarda stigmanın ve ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçların önlenmesi için sosyal olarak kucaklayıcı ortama ve güvenli bir çevreye ihtiyaç duyulduğu bildirilmektedir [85 ve 86]. Çalışma sonucunda da literatür ile uyumlu olarak, KOAH'a ek kronik hastalığı bulunan bireylerin destekleyici çevresine bağlı olarak stigma düzeyi düşük çıkmış olabilir.

5.2. KOAH'lı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Sosyo-Demografik ve Hastalığa Özgü Özelliklerine Göre Tartışılması

Çalışmada 65 yaş üstü KOAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlığı daha düşüktür. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda 45 yaş ve üstü bireylerde sağlık okuryazarlığının düşük olduğu tespit edilmiştir [61, 106]. Yaş arttıkça sağlık okuryazarlığının daha düşük olmasının nedeni; bireylerin sosyal yaşamdan daha fazla uzaklaşması, eğitim düzeyinin daha az olması, teknoloji ve ulaşım araçlarını kullanmayı azaltması ve aile üyelerinin yardımına bağımlı olması ile ilişkili olabilir [106].

Çalışmaya katılan erkek bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin kadınlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı ve cinsiyet arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda, çalışmaya benzer olarak erkeklerde sağlık okuryazarlığının daha

yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır [96-98]. Toplumda erkeklerde okuma-yazma ve eğitim düzeyinin daha yüksek olması nedeniyle erkeklerde sağlık okuryazarlığının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan bekâr bireylerin sağlık okuryazarlığı daha yüksektir. Literatür incelendiğinde medeni durum ve sağlık okuryazarlığı arasında ilişki olmadığı saptanmıştır [107 ve 108]. Bu çalışmada bekârlarda sağlık okuryazarlığının yüksek saptanmasının nedeni, bekârların daha genç ve eğitim düzeylerinin daha yüksek olması olabilir.

KOAH'ta bireylerin eğitim düzeyi hastalığın prognozu açısından önemlidir. Hastalık hakkında bilgi sahibi olan bireyler hastalığın tedavisine daha etkin katılmakta ve bakım sürecini daha iyi planlamaktadır [1, 6]. Çalışmada eğitim düzeyi ortaokul ve üzeri olan bireylerin sağlık okuryazarlığının daha iyi olduğu belirlenmiştir. Literatüre göre bireylerde eğitim seviyesi arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır [7, 92, 107-109]. Çalışma sonucu literatür ile uyumludur.

Literatürde sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; çalışma durumunun bireylerin sağlık okuryazarlığını etkilediği görülmektedir [108-110]. Çalışmayan bireylerde sağlık okuryazarlığının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Mollakhani'nin (2014) çalışmasında herhangi bir meslekte aktif görev almayanların sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu belirtilmiştir [110]. Çalışma literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmada pasif sigara içiciliği hakkında bilgi sahibi olan ve pasif sigara içiciliğine maruz kalan ve maruziyeti devam eden bireylerde sağlık okuryazarlığı puanı daha düşüktür. Bu durum KOAH'lı bireylerin sigaranın zararlarını tam olarak bilmemesi ve bu konuda yetersiz eğitim almalarına bağlı olabilir. Puente-Maestu'nun (2016) yaptığı bir çalışmada sigara içenlerde ve pasif sigara içiciliğine maruz kalanlarda sağlık okuryazarlığının daha düşük olduğu saptanmıştır [72]. Çalışma literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada KOAH tanı süresinin artmasına bağlı bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Kronik hastalıklara sahip bireylerin sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir [9, 64, 111]. Literatür doğrultusunda bu durum, hastalık süresinin uzamasıyla alınan tedavilerin daha karışık hale gelmesine bağlı sağlık okuryazarlığının azalması şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmaya göre sağlık okuryazarlığı ile KOAH evresi arasındaki ilişki incelendiğinde; KOAH evresi ilerlemesi ile sağlık okuryazarlığının azaldığı saptanmıştır. Puente-Maestu

ve ark.'nın (2016) yaptığı çalışmada, sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin KOAH'ta daha ileri evrelerde olduğu sonucuna ulaşılmıştır [72]. Bu sonucun bireyin hastalık hakkında yetersiz bilgi sahibi olmasına bağlı hastalık prognozunun daha fazla kötüleşmesi ile ortaya çıktığı düşünülmektedir.

5.3. KOAH'lı Bireylerde Stigma, Sağlık Okuryazarlığı ve Birbirleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

KHBSÖ toplam puanının azalması, bireylerde stigma düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir [92]. Çalışmada KOAH'lı bireylerin stigma düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir. KOAH'lı bireylerde stigmatı değerlendirmek amacı ile yapılan çalışmalarda; bireylerin KOAH'a bağlı toplumda daha fazla sorun yaşadığı ve yaşam kalitesi değişikliği ile daha fazla stigmaya maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır [112 ve 113]. Çalışma literatürden farklılık göstermektedir. Bu çalışmadaki farklılık, çalışmaya katılan bireylerin destekleyici çevresine bağlı ortaya çıkmış olabilir.

Çalışmada KHBSÖ'de en düşük puan sağlık çalışanları alt boyutundadır. Bu durumun sağlık çalışanlarının başarılı tutumundan kaynaklandığı ya da bireylerin damgalanabileceğini düşünmesi sonucu sağlık birimine başvurmaması nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir.

KOAH'lı bireyler günlük yaşamlarını sürdürmek, sağlık kontrollerine düzenli gitmek ve tedavilerini doğru uygulamak için hastalık hakkında eğitimlere ihtiyaç duymaktadır [114-116]. KOAH'lı bireylerin ve bakım vericilerin tanı, tedavi ve ilerleyen süreçleri takip edebilmesi için belli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olması gerekmektedir [117]. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlığının düşük olduğu belirlenmiştir. KOAH'lı bireylerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmalarda da sağlık okuryazarlığının düşük olduğu tespit edilmiştir [118-120]. Çalışma literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada SOYÖ'de en düşük puan interaktif sağlık okuryazarlığı alt boyutundadır. İnteraktif sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgilerini doğru uygulayabilmeyi kapsamaktadır. Çalışmada KOAH'lı bireylerin interaktif sağlık okuryazarlığının en düşük puanı almasının KOAH hakkında bilgi sahibi (%58,1) olsa bile KOAH kötüleşince ne yapacağını bilmeyen (%69,0) bireylere bağlı ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Çalışmada bireylerin stigma düzeyi ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Literatürde incelendiğinde; Crowe,

Cheng ve Mackert'in yaptığı çalışmalarda stigma ve sağlık okuryazarlığı arasında ilişki tespit edilmezken [118-120], Corrigan tarafından yapılan çalışmada, çalışmaya benzer olarak stigma ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir [121]. Çalışma literatürü destekler niteliktedir. Çalışmada KOAH'lı bireylerin algıladığı stigma düzeyinin düşük olması ve bu nedenle hastalık hakkında bilgi sahibi olmak için çaba sarf etmemesine bağlı sağlık okuryazarlığı da düşük çıkmış olabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

KOAH'lı bireylerin stigma ve sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirmek ve stigma ile sağlık okuryazarlığının arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- KOAH'lı bireylerin CAT puanının yüksek, SOYÖ ve KHBSÖ puanlarının düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3.).
- 65 yaş üstü, kadın, evli, çalışmayan, pasif sigaraya maruz kalan ve eğitim seviyesi ilkokul ve altında olan bireylerde SOYÖ puanının anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.).
- 65 yaş üstü, erkek, bekâr, eğitim seviyesi en az ortaokul olan ve hastalık nedeniyle çalışmayan bireylerde KHBSÖ puanı anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.4.).
- KOAH'lı bireylerin bilgilendirilmesinde, hemşireler tarafından bilgi verilme oranının (%11,9) düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2.).
- KOAH'lı bireylerde KHBSÖ alt boyutlarından en düşük puanı sağlık çalışanları almıştır. Bireylerin sağlık çalışanlarından algıladıkları stigmanın daha az olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5.).
- Sağlık okuryazarlığı ve stigma arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6.).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- KOAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesini arttırmak ve mevcut stigma algısını daha fazla azaltmak için multidisipliner (hekim-hemşire) bir ekip tarafından daha fazla bilgi verilmesi ve girişimlerin uygulanması,
- KOAH'lı birey ile çalışan sağlık profesyonellerinin stigma kavramını, stigmaya neden olan durumları, stigmanın yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini bilmesi, stigmayı önlemeye ve azaltmaya yönelik girişimleri uygulaması,
- Hemşirelerin KOAH hakkında eğitim verme düzeylerinin yükseltilebilmesi için hemşirelere hizmet içi eğitimlerin planlanması,
- KOAH'lı bireyleri bilgilendirmede danışma hatları oluşturulması,

- Bireylere hastalık hakkında bilgi verdikten sonra doğru algılayıp/algılamadıklarının değerlendirilmesi,
- KOAH'lı bireylerde stigma ve sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için benzer çalışmaların farklı bölgelerde, hastaneye ek hastane dışındaki KOAH'lı bireyleri de dâhil ederek daha geniş örneklem grupları ile tekrarlanması önerilir.



KAYNAKLAR

1. GOLD. (2020). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease. URL: <https://www.atsjournals.org>. Son Erişim Tarihi: 24.05.2022
2. Kocabaş, A. (2010). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(2), 105-113. URL: <https://toraks.org.tr/>. Son Erişim Tarihi: 20.06.2022.
3. Satman, İ., Erkan, F. (2021). Türkiye’de Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Yönetimi: Korunma, Tanı ve Tedavi Standartları Kılavuzu. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü Yayın No: 48569, İstanbul.
4. Singh, D., Agusti, A., Anzueto, A., et al. (2019). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease: the GOLD Science Committee Report 2019. *European Respiratory Journal*, 2019;53(5):1900164
5. Vogelmeier, C. F., Criner, G. J., Martinez, F. J., Anzueto, A., Barnes, P. J., Bourbeau, J., ... & Agusti, A. (2017). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report. GOLD Executive Summary. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 195(5), 557-582.
6. Kar, S. ve Zengin, N. (2019). KOAH’lı Hastalarda Sosyodemografik ve Hastalık ile İlgili Özelliklere Göre Sağlık Durumunun İncelenmesi. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi, Cilt 1, Sayı 1*, 1-7.
7. Bilir, N. (2014). Sağlık Okuryazarlığı. *Türk J Public Health*. 12(1): 61-68.
8. Tanrıöver, MD., Yıldırım, HH., Ready, FND., Çakır, B., Akalın, HE. (2014). Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. *Sağlık-Sen Yayınları-25, 1. Baskı. Ankara, Altan Özyurt Matbaacılık*, 17-66.
9. Çimen, Z. ve Temel, A.B. (2017). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 105-125.
10. Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. *Englewood Cliff NJ: PrenticeHall*. NJ, 26-50.
11. Özaslan Çalışkan, BÖ., Akca, M. (2017). Damgalanma Algısı ve Sapma Davranışı İlişkisinde Kişilik Özelliklerinin Düzenleyici Rolü. *International Journal of Academic Value Studies*, 3 (13): p.357-369.

12. Avcıl, C., Bulut, H., & Sayar, G. H. (2016). Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (2), 175-202.
13. Tel, H., Tel, H. (2012). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Sosyokültürel Yansıması: Stigma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(3), 137-142.
14. Türe, D. (2018). KOAH Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı ve GOLD Sınıflaması Arasındaki ilişkinin Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
15. GOLD. (2016). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. URL: <http://gold.copd.org>. Son Erişim Tarihi: 07.07.2022.
16. GOLD. (2017). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. URL: <http://gold.copd.org>. Son Erişim Tarihi: 08.09.2022.
17. American Thoracic Society. (1995). Standardization of Spirometry, 1994 update. *Am J Respir Crit Care Med [Internet]*, 152: 1107–1136.
18. Polatlı, M., Köktürk, N. (2012). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH). *Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi*. Sayfa:1-48.
19. Abul, Y. (2013). Türkiye’de KOAH Epidemiyolojisi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1 (1):7-12.
20. Rosenberg, SR., Kalhan, R., Mannino, DM. (2015). Epidemiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prevalence, Morbidity, Mortality and Risk Factors. *Semin Respir Crit Care Med*;36:457-69.
21. Nulu, S. (2016). Neglected Chronic Disease: The WHO Frame Work on Non Communicable Diseases and İmplications for the Global Poor. *Global Public Health*, 12(4), 396-415.
22. Türk Toraks Derneği. (2018). GOLD 2017 KOAH Raporuna Bakışı. URL: http://toraks.org.tr/upload_Files/book/file/1.042.017.161.917. Son Erişim Tarihi: 07.08.2022.
23. Türk Toraks Derneği. (2020). Dünya KOAH Günü Basın Bildirisi. URL: <https://www.toraks.org.tr/site/news/10102>. Son Erişim Tarihi: 09.08.2022.
24. WHO. (2014). Projections of Mortality and Causes of Death, 2015 and 2030. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206453/WHO_HIV_2016.04_eng.pdf. Son Erişim Tarihi: 08.06.2021.
25. Kara, A., Sivrikaya, S. K., Yıldız, H. (2020). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesi. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 35-40.

26. Ulubay, G., Köktürk, N., Dilektaşlı, A. G., Çiftci, F., Demir, T., Yıldız, Ö., ... ve Saryal, S. (2017). Türk Toraks Derneği Ulusal Spirometri ve Laboratuvar Standartları. *Tüberk Toraks*, 65(2), 117-130.
27. Vaz Fragoso, CA., Mc Avay, G., Van Ness, PH., et al. (2016). Phenotype of Spirometric İmpairment in an Aging Population. *Am J Respir Crit Care Med* 2016;193:727-35.
28. Kocabas, A., Hancioglu, A., Turkyilmaz, S., Unalan, T., Umut, S., Cakir, B., ... & Buist, S. (2006). Prevalence of COPD in Adana, Turkey (BOLD-Turkey Study). *Proceedings of the American Thoracic Society*, 3(Suppl A), A543.
29. World Health Organization. (2014). Global Status Report on Non Communicable Diseases. URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/97892415648>. Son Erişim Tarihi 06.06.2022.
30. Rodriguez-Roisin, R., Rabe, KF., Vestbo, J., Vogelmeier, C., Agustí, A. (2017). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 20th Anniversary: A Brief History of Time. *European Respiratory Journal*, 50:1700671.
31. Türk Toraks Derneği. (2014). Tütün Kontrollü Çalışma Grubu Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu. URL: <https://www.toraks.org.tr/site/sf/documents.pdf>. Son Erişim Tarihi: 09.07.2022.
32. Lim, SS., Vos, T., Flaxman, AD., et al. (2012). A Comparative Risk Assesment of Burden of Disease and İnjury Attributable to 67 Risk Factors and Risk Factor Clusters in 21 Regions, 1990-2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*;380:2224-60.
33. Criner, GJ., Martinez, FJ., Aaron, S., et al. Current Controversies in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Report from the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Scientific Committee. *Ann Am Thorac Soc* 2019;16(1):29-39.
34. Casanova, C., Marin, JM., Martinez-Gonzalez, C. (2015). Differential Effect of Modified Medical Research Council Dyspnea, COPD Assessment Test, and Clinical COPD Question Naire for Symptoms Evaluation with in the new GOLD Staging and Mortality in COPD. *Chest*, 148(1):159-168. doi:10.1378/chest.14-2449.
35. Barnes, PJ. (2014). Cellular and Molecular Mechanisms of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Clinics in Chest Medicine*, 35(1):71-86.
36. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. *Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Ankara*.
37. Kocabaş, A., Atış, S., Çöplü, L., Ertürk, E., Ergan E., ve ark. (2014). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu. *Official journal of the Turkish Thoracic Society*, 15 (Suppl 2).

38. Koefoed, MM., Sondergaard, J., Cristensen, RD., Jarbol, DE. (2013). Influence of Socio economic and Demographic Status on Spinometry Testing in Patients Initiating Medication Targetting Obstructive Lung Disease: A Populatin-Based Cohort Study. *BMC Public Health*;13:580.
39. Brashier, BB., Kodgule, R.(2012). Risk Factors and Pathophysiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *J Assoc Physicians India*;60:17-21.
40. Yin, P., Zhang, M., Li, Y.,Jiang, Y. Zhao, W. (2011). Prevalence of COPD and Its Association with Socio-Economic Status in China; Findings from China Chronic Disease Risk Factor Surveillance. *BMC Public Health*;22:11:586.
41. Tertemiz, KC., Kömüs, N., Elli Dokuz, H., Sevinç, C., Çımrın, AH. (2012). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Mortalite ve Mortaliteyi Etkileyen Faktörler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 60(2): 114-122.
42. Abul, Y ve Özlü T. (2012). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim GOLD 2011: Yeni Rehberde Neler Değişti? *Türkiye Klinikleri Akciğer Arşivi*, 13: 1-6.
43. Karadağ, M. (2013). KOAH Tedavisinde Sigaranın Bıraktırılması. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1(1), 98-104.
44. Bilgehan, T., Ayşegül, K. O. Ç. ve İnkaya, B. (2020). KOAH Tanısı ile İzlenen Bireyin Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na Göre Bakımı (Olgu Sunumu). *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(3), 231-238.
45. Bingöl, Z. ve Çağatay, T. (2016). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olgularında Alevlenme Nedenleri Tanı, Tedavi ve Risk Grubu Olgularda Farkındalık. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(5), 21-23.
46. Polverino, F., Sam, A., Guerra, S. COPD: To Be or not To Be, That is the Question. *Am J Med* 2019;132(11):1271-8.
47. Wouters, M., Wouters, B., Augustin, I., Franssen, F. (2017). Personalized Medicine and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 23(3), 241-246.
48. O'Donnell, DE., Webb, KA., Neder, JA. (2015). Lung Hyperinflation in COPD: Applying Physiology to Clinical Practice. *COPD Research and Practice*,1(1):4.
49. Bulut, S., Khorshid, L. ve Polatlı, M. (2021). The Effect of Upper Extremity Exercises on Dyspnea and Life Quality in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Medical Sciences*, 16(2), 122-131.
50. O'Donnell, DE., Gebke, KB. (2014). Examining the Role of Activity, Exercise and Pharmacology in Mild COPD. *Post grad Med*, 126(5):135-145.

51. Yenilmez, Ö., Gürsoy, S., Ev yapan, F., & KİTİŞ, A. (2018). KOAH'lı Bireylerde Aktivite Katılımı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 11(2), 30-36.
52. Sezer, M. ve Kart, L. (2013). KOAH Tedavisinde İnhal Kortikosteroidler. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1(1), 24-30.
53. White, DP., Criner, GJ., Dreher, M. (2015). The Role of Non Invasive Ventilation in the Management and Mitigation of Exacer Bations and Hospital Admissions/Readmissions for the Patient with Moderateto Severe COPD. *Chest*, 147(6): 1704-5. 78.
54. Keskin, T., & Başkurt, Z. (2021). KOAH Tanılı Yaşlı Bireylerde Pulmoner Rehabilitasyon. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 157-161.
55. Holland, AE., Mahal, A., Hill, CJ., et al. (2017). Home-Based Rehabilitation for COPD Using Minimal Resources: A Randomised, Controlled Equivalencetrial. *Thorax*;72:57-65.
56. De Matteis, S., Jarvis, D., Darnton, A., Hutchings, S., Sadhra, S., Fishwick, D., et al. (2019). The Occupations at Increased Risk of COPD: Analysis of Life Time Job-Histories in the Population-Based UK Biobank Cohort. *Eur Respir J*.54(1).
57. WHO. (2013). Health Literacy The Solid Facts. WHO Regional Office for Europe Standards For Sexuality Education İn Europe. Federal Centre for Health Education. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>. Son Erişim Tarihi: 03.05.2022.
58. Rochester, CL., Vogiatzis, I., Holland, AE., et al. (2015). An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Policy Statement: Enhancing Implementation, Use and Delivery of Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*;192(11):1373-86.
59. Taş, T. A. ve Akış, N. (2016). Sağlık Okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25(3), 119-124.
60. Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategiesin to the 21st Century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
61. Balçık, P. Y., Taşkaya, S., & Şahin, B. (2014). Sağlık Okuryazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 321-326.
62. Kickbusch, I., Pelikan, JM., Apfel, F., Tsouros, AD. (2015). Health Literacy The Solid Facts. Copenhagen: WHO; 2013. URL: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_/file/0008/190655/e96854.pdf. Son Erişim Tarihi: 02.08.2022

63. Sönmez, BF. (2016). Birinci Basamakta Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Okuryazarlığı, VI. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Antalya; 01-04 Mart 2016. URL: http://www.kalitekongre2016.org/bilimsel_program.php. Son Erişim Tarihi: 06.03.2022.
64. Çopurlar, CK., Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir?, Nasıl Değerlendirilir?, Neden Önemli? *TJFM&PC*, 10(1): 42-4.
65. Sarıyar, S., Kılıç H, F. (2019). Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. *HUHEMFAD-JOHUFON*, 6(2), 126-131.
66. Aslantekin, F. ve Yumrutaş, M. (2014). Health Literacy and Measurement. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 327-334.
67. Fabbri, M., Murad, M. H., Wennberg, A. M., Turcano, P., Erwin, P. J., Alahdab, F., ... & Roger, V. L. (2020). Health Literacy and Outcomes Among Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Heart Failure*, 8(6), 451-460.
68. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması, Ankara. URL: <https://krtknadmn.karatekin.edu.tr/files/sbf.pdf>. Son Erişim Tarihi: 03.05. 2021.
69. Aras, Z., ve Temel, B. A. (2017). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliliğinin Değerlendirilmesi. *Flornance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(2), 85-94.
70. Türkoğlu,N.,Kılıç, D. (2021). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1): 25-33. DOI: 10.17049/ataunihem.66205.
71. Sezer, A. ve Kadioğlu, H. (2014). Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3).
72. Puente-Maestu, L.,Calle, M., Rodríguez-Hermosa, J. L., Campuzano, A., De Miguel Díez, J., Álvarez-Sala, J. L.,...& Lee, S. Y. D. (2016). Health Literacy and Health Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respiratory medicine*, 115, 78-82.
73. World Health Organization. (2016). The Mandate of Health Literacy. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/>. URL: Son Erişim Tarihi: 08.08. 2021.
74. Sezgin, D. (2013). Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi Sağlık İletişim Dergisi, Özel Sayı 3*, 73-92.
75. Wallston, KA., Cawthon, C., Rothman, RL., Osborn, CY. and Kripalani, S. (2014). Psychometric Properties of the Brief Health Literacy Screen in Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 29(1): 119-126.

76. Kaya, E. ve Sivrikaya, S. K. (2019). Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3), 216-221.
77. Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537-541.
78. Christensen, D. (2016). The Impact of Health Literacy on Palliative Care Outcomes. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 18(6), 544-549.
79. Özaslan Çalışkan, BÖ., Akca, M. (2017). Damgalanma Algısı ve Sapma Davranışı İlişkisinde Kişilik Özelliklerinin Düzenleyici Rolü. *International Journal of 1.Academic Value Studies*, 3 (13): p.357-369.
80. Erer, OF. (2014). Tüberküloz ve Damgalanma: Toplumsal Bakış. *Toraks Bülteni*, 6:54-57.
81. Pincus, F.L. (1996). Discrimination Comes in Many Forms: Individual, Institutional, and Stuctural. *American Behovioral Scientist*, 186-194.
82. Beyazyüz, M., Beyazyüz, E., Albayrak, Y., Baykal, S., Göka, E. (2015). Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeylerinin Bazı Tanı Grupları, Sosyodemografik Özellikler ve Benlik Saygısı ile İlişkisi. *In Yeni Symposium*, Vol. 53, No. 2.
83. Karagöl, A., Çalışkan, D., Beyazyüz, M. (2013). Halk Sağlığı Açısından Ruhsal Bozukluklarda Üç Boyutuyla Damgalama. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 96-101.
84. Örnek, Ö. K., & Kocamış, E. İ. (2022). Hastane ve Üniversitede Stigma: HIV/AIDS Pozitif Hastalarına Yönelik Tutum, Davranış ve İnanışların İncelenmesi, İstanbul. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(1), 1-13.
85. Kumsar, A.K., Güner, A., ve Yılmaz, F.T. (2021). Tüberküloz Hastalarında Damgalama: Hastalığı Kabul ve Umutsuzluk Düzeyine Etkisi. *Sağlık ve Toplum*, 31(1), 69-77.
86. Gümüş, F., Dikeç, G., Ergun, G. (2017). Relations Among Internalized Stigmatization, Depressive Symptom Frequency and Family Loading in First-Degree Caregivers of the Patients Treated in the Psychiatry Clinic of a State Hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31.5:522-7.
87. Yılmaz, A, Dedeli, Ö. (2016). Assessment of Anxiety, Depression, Loneliness and Stigmatization in Patients with Tuberculosis. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(5), 549-557.

88. Earnshaw, V.A., Quinn, D.M., Kalichman, S.C. et al. (2013). Development and Psychometric Evaluation of the Chronic Illness Anticipated Stigma Scale. *J Behav Med* 36: 270.
89. Earnshaw, VA., Quinn, DM. (2012). The Impact of Stigma in Healthcare on People Living with Chronic Illnesses. *Journal of Health Psychology*, 17:157–168.
90. O'Neill, ES. (2002). Illness Representations and Coping of Women with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Pilot Study. *Heart Lung*, 31(4):295-302.
91. Pinto-Foltz, MD., Logsdon, MC. (2009). Reducing Stigma Related to Mental Disorders: Initiatives, Interventions and Recommendations for Nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23: p.32-40.
92. Tünerir, E. (2019). Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, Tıpta Uzmanlık, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
93. Yorgancıoğlu, A., Polatlı, M., Aydemir, Ö., Yılmaz Demirci, N., Kırkıl, G., Naycı Atış, S., Köktürk, N., Uysal, A., Akdemir, SE., Özgür, ES., Günakan, G. (2012). KOAH Değerlendirme Testinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Tüberküloz ve Toraks*, 60(4): 314-320.
94. Jones, PW., Harding, G., Berry, P., Wiklund, I., Cjen, WH., KlineLeidy, N. (2009). Development and First Validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J*;34:648-54.
95. Cahit, Ö. KOAH'lı Hastada Yaşam Kalitesi. (2014). *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*5(3):93-7.
96. Bilge, A., Çam, O. (2010). Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. *TAF Prev Med Bull*, 9(1):71-78.
97. Emekli, H., & Şakiroğlu, M. (2022). İnfertilite Tanısı Alan Kadınların Stigma Deneyimleri ve Baş Etme Yolları: Bir Derleme. *Dünya İnsan Bilimleri Dergisi*,(2), 139-150.
98. Demirel, U., ve Okçın, F. (2020). Epilepsi ve Stigma. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2020;17(4):378-82 Doi:10.5222/HEAD.2020.94220.
99. Baltacı, M., Arslan, S., Nemnezi, S., ve Demirel, Y. (2021). Tüberküloz Hastalarında Damgalanma ve Ayırmacılığın Analizi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 35(1), 11-21.
100. Tezcan, F. (2021). Damgalanan Bir Yaşam Tarzı Olarak Bekârlık. *Sosyoloji Dergisi*,41-41,81-115.

101. Weiss, MG., Auer, C., Soma, DB., Abouihia, A., Kemp, J., Jawahar, MS., Karim, F., Arias, NL. (2006). Gender and Tuberculosis: Cross-Site Analysis and Implications of a Multi-Country Study in Bangladesh, India, Malawi and Colombia. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69355>. Son Erişim Tarihi: 02.09.2021.
102. Lulebo, A. M., Mutombo, P. B., Mapatano, M. A., et al. (2015). Predictors of Non-Adherence to Antihypertensive Medication in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: A Cross-Sectional Study. *BMC researchnotes*, 8(1), 526.
103. Bugajski, A., Frazier, S. K., Moser, D. K., Lennie, T. A., Chung, M. (2019). Psychometric Testing of the Multi dimensional Scale of Perceived Social Support in Patients with Comorbid COPD and Heart Failure. *Heart and Lung*;48(3):193-7.
104. Julia, L., Kelly, Olivia, Bamsey ve ark. (2012). Health Status Assessment in Routine Clinical Practice: The Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test Score in Outpatients. *Respiration. Published online: March 22.*
105. Arabacı, L. B., Başoğul, C. ve Bykbayram, A. (2015). Adli Psikiyatri Hastalarının İselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Dzeyleri/Social Functionality and Internalized Stigmatization Levels of Forensic Psychiatry Patients. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16 (2), 113.
106. Mutlu, H., Coşkun, F., Sargin, M. (2018). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 65 Yaş ve st Kişilerde Aşılanma Sıklığı ve Farkındalığı. *Ankara Medical Journal*, 18(1), 1-13.10.17098/amj.408968.
107. Xiao, M., Zhang, F., Xiao, N. (2019). Health-Related Quality of Life of Hypertension Patients: A Population-Based Cross-Sectional Study in Chongqing. *China Int J Environ Res Public Health*. Jul; 16(13): 2348.
108. Lor, M., Kolečk, TA. (2019). Association Between Health Literacy and Medication Adherenceamong Hispanics with Hypertension. *J Racial Ethn Health Disparities*. June ;6(3): 517–524. doi:10.1007/s40615-018-00550.
109. Furuya, Y., Kondo, N., Yamagata, Z., & Hashimoto, H. (2015). Health Literacy, Socio-Economic Status and Self-Rated Health in Japan. *Health Promotion International*, 30(3), 505-513.
110. Mollakhalili, H., Papi, A., Zare-Farashbandi, F., Sharifirad, G., & Hasan Zadeh, A. (2014). A Survey on Health Literacy of İnpatient's Educational Hospitals of Isfahan University of Medical Sciencesin 2012. *Journal of Education and Health Promotion*,3.
111. Inoue, M., Takahashi, M., Kai, I. (2013). Impact of Communicative and Critical Health Literacy on Understanding of Diabetes Care and Self-Efficacy in Diabetes Management: Across-Sectional Study of Primary Care in Japan, *BMC Family Practice*; 14(40); 1-9.

112. Partridge, MR., Dal Negro, RW., Olivieri, D. Understanding Patients with Asthma and COPD: Insights from A European Study. *Prim Care Respir J*, 011; 20(3):315-323.
113. Berger, BE., Kapella, MC., Larson, JL. The Experience of Stigma in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *West J Nurs Res*, 2011; 33(7):916-932.
114. Park, J. H., Lee, J. K., Heo, E. Y., Kim, D. K., Chung, H. S. (2017). The Effect of Obesity on Patients with Mild Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International Journal Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*;12:757-763.
115. Ntritsos, G., Franek, J., Belbasis, L., Christou, MA., Markozannes, G., Altman, P., et al. (2018). Gender-Specific Estimates of COPD Prevalence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*;13:1507-1514.
116. Tülüce, D., Kutlutürkan, S., Çetin, N., Köktürk, N. (2016). Hasta Koçluğunun Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) ile İzlenen Hastaların Dispne, Öksürük ve Balgam Semptomları Üzerine Etkisi Pilot Bir Çalışma. *GÜSBD*; 5(2): 32-41.
117. Yakar, B., Gömleksiz, M. ve Pirinççi, E. (2019). Bir Üniversite Hastanesi Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Euras J Fam Med*, 8(1), 27-35.
118. Roberts, N. J., Ghiassi, R., & Partridge, M. R. (2008). Health Literacy in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 3(4), 499.
119. Shnaigat, M., Downie, S., & Hosseinzadeh, H. (2021). Effectiveness of Health Literacy Interventions on COPD Self-Management Outcomes in Outpatient Settings: A Systematic Review. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 18(3), 367-373.
120. O'Connor, R., Muellers, K., Arvanitis, M., Vicencio, D. P., Wolf, M. S., Wisnivesky, J. P., & Federman, A. D. (2019). Effects of Health Literacy and Cognitive Abilities on COPD Self-Management Behaviors: A Prospective Cohort Study. *Respiratory Medicine*, 160, 105630.
121. Corrigan, P. W., Shah, B. B., Lara, J. L., Mitchell, K. T., Simmes, D. & Jones, K. L. (2018). Addressing The Public Health Concerns of Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Impact of Stigma and Health Literacy. *Drug and alcohol dependence*, 185, 266-270.
122. Crowe, A., Mullen, P. R. & Littlewood, K. (2018). Self-Stigma, Mental Health Literacy and Health Outcomes in Integrated Care. *Journal of Counseling & Development*, 96(3), 267-277.
123. Cheng, H. L., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., & Rislin, J. L. (2018). Self-Stigma, Mental Health Literacy and Attitudes to Ward Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling & Development*, 96(1), 64-74.

124. Mackert, M., Mabry-Flynn, A., Donovan, E. E., Champlin, S., & Pounders, K. (2019). Health Literacy and Perceptions of Stigma. *Journal of Health Communication*, 24(11), 856-864.





EKLER

EK-1. Amasya Üniversitesi Klinik Araştırmalar ve Etik kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 21.06.2021-20214



T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : E-15386878-044-20214
Konu : Etik Kurul Onayı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi **Nurhan DOĞAN**
Öğretim Üyesi

İlgi : 28.05.2021 tarihli ve E.17160 sayılı dilekçeniz.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsünde öğrenim gören Yüksek Lisans öğrencisi ve Nevşehir Devlet Hastanesi'nde görev yapan Hemşire Elif ACAR ile işbirliğinizde, Nevşehir Devlet Hastanesi'nde yapılması planlanan "KOAH'lı Bireylerde Stigma ve Sağlık Okuryazarlığı" konulu tez çalışması, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiştir. Söz konusu tez çalışmasının yürütülmesinin ve uygulanmasının etik olarak uygun olduğu kanaatine varılmış olup, Kurul Kararının bir örneği ilişikte gönderilmiştir. Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Recep KURKÇU
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek-Kurul Kararı (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :E1514N1D092 Pin Kodu :87252

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd/belge/55448a0d-E1514N1D092Aa0-20214>

Adres:Atlılık Mah. İktisadiyatı Cad. No:43 P.K. :05100 Merkez/Amasya
Telefon:0 (358) 211 50 15 Faks:0 (358) 260 00 59
e-Posta:genel sekreterlik@amasya.edu.tr Web: <http://www.amasya.edu.tr/dar>
E-posta Adresi:amasyauniversitesi@bafli.kap.tr

Belgi için: Elms GUÇYETMEZ
Unvanı: Bilgi İşleri İşletmeni
Tel No: 2115015



Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KURUL KARAR
FORMU

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar No
03 Haziran 2021	6	91

KARAR NO 91:

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN'ın yürüttüğünde olan ve Yardımcı Araştırmacı olarak yer alan Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde öğrenim gören Yeksek Lisans öğrencisi ve Nevşehir Devlet Hastanesi'nde görev yapan Hemşire Elif ACAR'ın işbirliğinde, Nevşehir Devlet Hastanesi'nde yapılması öngörülen *"KOAH'lı Bireylerde Stigma ve Sağlık Okuryazarlığı"* konulu tez çalışması, Kurul tarafından proje araştırma etiği yönünden değerlendirildi ve incelendi.

Söz konusu tez çalışmasının yürütülmesinin ve uygulanmasının etik olarak uygun olduğuna katılanların oybirliğiyle karar verildi.

		KABUL	RED
BAŞKAN	Prof. Dr. İlkey ÖZTÜRK ÇALI	İMZA	
BAŞKAN YARDIMCISI	Dr. Öğr. Üyesi Bedirhan Sezer ÖNER	İZİNLI	
RAPORTÖR	Dr. Öğr. Üyesi Eylem TOPBAŞ	İMZA	
ÜYELER	Dr. Öğr. Üyesi Safiye ÖZKAN	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Fatma Zeynep ÖZEN	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Aylin ÇAPRAZ	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Abdulkadir ÇAKMAK	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Burak YAZGAN	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Nurdan KARPUZ DEMİR	İMZA	

EK-2. Kurum İzin Formu



T.C.
NEVŞEHİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-26171210-929
Konu : Bilimsel Çalışma

NEVŞEHİR DEVLET HASTANESİNE

İlgi : 25/05/2021 tarihli ve 43610308-929-E-43610308-929-1452 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden; hastanenizde görev yapan Hemşire Elif ACAR'ın "KOAH'lı Bireylerde Stigma ve Sağlık Okuryazarlığı" isimli çalışması Başkanlığınıza bağlı Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu tarafından incelenmiş ve çalışma yapılması uygun görülmüştür. Bilgilerinizi rica ederim.

Dr. Tarek AKBAŞ
Başkan

Bu belge, görevli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Değerleme Kodu: 43610308-929-E-43610308-929-1452 **Belge Değerleme Adresi:** <http://www.muhimbi.gov.tr/muhimbi/belge-degerleme>
15 Temmuz Mah. Sağlık Sk.
Telefon: Faks No: 03842150150
e-Posta: mustafahilmi.ates@saqlik.gov.tr **İnternet Adresi:**
www.muhimbi.gov.tr **İlgi için:** Mustafa Hilmi ATEŞ
ÇOCUK GELİŞİMİ
Telefon No: (0 384) 215 33 11



EK-3. Ölçek Kullanım İzinleri



Elif Acar

Merhaba ben Amasya Üniversitesi yüksekisans öğrencisiyim. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili olan tez çalışmamda ölçeğinizi kullanmak istiyorum.



Nihan Türkoğlu

Alıcı: ben

Sayın Acar, ölçeği ve analiz yöntemini ekte gönderiyorum. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Kimden: "Elif Acar" <elfacar.49@gmail.com>

Kime: nturkoglu@atauni.edu.tr

Gönderilenler: 18 Mayıs Çarşamba 2022 11:54:04

Konu: Ölçek-Çalışma izni



Window
Windows'ta

Test kullanım izni

Gelen Kutusu x



Elif Acar

Merhabalar ben amasya üniversitesi yüksekisans öğrencisiyim çalışmamda koah değerlendirme testini kullanmak istiyorum.



Arzu Yorgancıoğlu

Alıcı: ben

Elbette refere ederek kullanabilirsiniz

Başarılar d.ilerim

Arzu Yorgancıoğlu

Professor of Respiratory Medicine , ATSF, FERS

GARD Chair

ERS Advocacy Chair

Celal Bayar University Medical Faculty

Department of Pulmonology

Manisa Turkey

Gönderen: Elif Acar <elfacar.49@gmail.com>

Gönderildi: 25 Mayıs 2022 Çarşamba 16:42

Kime: arzuvo@hotmail.com <arzuvo@hotmail.com>

Konu: Test kullanım izni

EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

KOAH'lı Bireylerde Stigma ve Sağlık Okuryazarlığı

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Proje Yürütücüsü: Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN

Araştırmanın Amacı: KOAH'lı bireylerde stigma ve sağlık okuryazarlığını saptamak ve ilişkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilecektir.

Araştırmada İzlenecek Yöntem:

Araştırma Nevşehir Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi ve Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvuran KOAH tanılı bireylere gerçekleştirilecektir. Araştırmada veriler, Hasta Tanıtım Formu, CAT testi ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği kullanılarak yüz yüze bireylerle görüşülerek toplanacaktır.

Bu araştırma protokolü Amasya Üniversitesi etik değerlendirme komisyonu tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası saklamanız için verilecektir.

Alternatif Tedaviler: Alternatif tedavi yok. Girişimsel bir uygulama olmayacaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: COVID-19 pandemi nedeniyle göğüs hastalıkları servisi risk oluşturabilmektedir. Ancak yardımcı hemşirenin zaten klinikte aktif olarak çalışması ve gerekli önlemlere dikkat etmesi halinde bir risk durumu ortadan kalkmaktadır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

Elif ACAR

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi proje yürütücüsü olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini

garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim/araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK-5. Hasta Tanıtım Formu

1. Yaşınız? (Belirtiniz).....

2. Cinsiyetiniz? 1.Kadın 2.Erkek

3. Medeni durumunuz? 1.Bekar 2.Evli

4. Yaşadığınız yer? 1.İl Merkezi 2.İlçe Merkezi 3.Köy ya da Kasaba

5. Eğitim durumunuz? 1.Okuryazar 2.İlkokul 3.Ortaokul 4.Lise
5.Ön Lisans 6.Lisans Diğer (Belirtiniz).....

6. Çalışıyor musunuz?

1. Evet 2. Hastalığım nedeniyle çalışmıyorum
3. Çalışmıyorum

7. Mesleğiniz?

1. Memur 2. Emekli 3. İşçi
4. Serbest Meslek 5. Ev hanımı 6. Çiftçi
7. Diğer (Belirtiniz).....

8. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

1. Yalnız yaşıyorum 2. Eşim ile birlikte 3. Çocuklarım ile
4. Eşim ve çocuklarım ile birlikte
5. Eş, çocuklar, torunlar hep bir arada kalabalık bir aile ile birlikte

9. Evinizin ısınma şekli nedir?

1. Soba 2. Kalorifer 3. Elektrikli soba
4. Diğer (Belirtiniz.....)

10. Ailenizde KOAH hastası var mı?

1. Evet 2.Hayır

11. KOAH hastalığınızla ilgili kontrollere düzenli olarak gidiyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Kısmen

EK-5. Hasta Tanıtım Formu (Devam)

12. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Hayır

2. Bıraktım Bıraktıysanız ne kadar süre önce bıraktınız? (Belirtiniz).....

3. Evet Evet ise ne kadar süredir kullanıyorsunuz? (Belirtiniz).....

Evet ise günde kaç adet sigara kullanıyorsunuz? (Belirtiniz).....

13. Pasif sigara içiciliği hakkında bilginiz var mı?

Bu soruya “hayır” yanıtı verdiyseniz 14. soruyu boş bırakınız. 1. Evet 2. Hayır

14. Pasif sigara içiciliğine maruz kalıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

15. Ne kadar süredir KOAH hastasıdır? (Yıl ve ay olarak belirtiniz).....

16. KOAH’tan başka kronik hastalığınız var mı?

1. Hayır 2. Evet Evet ise hangi kronik hastalık olduğunu belirtiniz.....

17. KOAH tanısı konulduktan sonra hastalık hakkında bilgi aldınız mı?

Bu soruya “hayır” yanıtı verdiyseniz 18. soruyu boş bırakınız. 1. Evet 2. Hayır

18. KOAH hakkında bilgiyi nereden aldınız? (Belirtiniz)

19. KOAH hakkında bilginiz var mı?

Bu soruya “hayır” yanıtı verdiyseniz 20. soruyu boş bırakınız. 1. Evet 2. Hayır

20. KOAH kötüleşince neler yapacağınızı biliyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

21. Hastalık hakkında yeni bir bilgi okuyunca hemen uygular mısınız?

1. Evet 2. Hayır

22. KOAH Sınıflandırılması:

() Evre 1 () Evre 2 () Evre 3 () Evre 4

EK-6. CAT

KOAİ Değerlendirme Testi (CAT Testi)

Bu bölüm, hastalığın sağlığınıza ve günlük yaşamınıza etkisini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Aşağıdaki kutucuklarda şu an sizi en iyi tanımlayan kutucuğu işaretleyiniz. Her bir satırı bir kez işaretleyiniz.

Örnek:

Çok Mutluyum	①	②	③	④	⑤	Çok Üzgünüm
---------------------	---	---	---	---	---	--------------------

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

EK-7. SOYÖ

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ)

Bu bölüm, sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Aşağıdaki kutucuklarda şu an size en uygun kutucuğu işaretleyiniz. Her bir satırı bir kez işaretleyiniz.

Lütfen aşağıdaki soruları size uygun olan ve katılma düzeyinize göre işaretleyiniz		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	KOAH ta okuduğum birçok materyal var.	①	②	③	④	⑤
2	Yazılar genellikle okuyabildiğim şekilde.	①	②	③	④	⑤
3	Hastalık içeriğini anlamam zor değil.	①	②	③	④	⑤
4	Hastalıkla ilgili broşürleri okumak çok uzun zaman alıyor.	①	②	③	④	⑤
5	Broşürleri okumak için yardıma ihtiyac duymuyorum.	①	②	③	④	⑤
6	Hastalık hakkında çeşitli kaynaklardan bilgi toplarım.	①	②	③	④	⑤
7	KOAH'ta istediğim bilgilere ulaşabilirim.	①	②	③	④	⑤
8	Bilgileri anlamaya çalışırım	①	②	③	④	⑤
9	Hastalığımla ilgili fikirleri çevremdeki insanlarla paylaşıyorum	①	②	③	④	⑤
10	Kazandığım bilgileri hayatımda uyguluyorum	①	②	③	④	⑤
11	Bilgilerin benim için uygun olup olmadığını düşünürüm	①	②	③	④	⑤
12	Bilgilerin inandırıcı olup olmadığını düşünürüm	①	②	③	④	⑤
13	Bilgilerin güvenilir olup olmadığını kontrol ederim	①	②	③	④	⑤
14	Sağlığım ile ilgili kararları uygulamak için bilgi toplarım	①	②	③	④	⑤

EK-8. KHBSÖ**Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği (KHBSÖ)**

Kronik hastalığı olan kişilere karşı, diğer bireylerin bazı tutum ve davranışlarını tarif etmektedir. Bu ifadeleri okuyup, bu ifadelerden gelecekte hangilerinin gerçekleşebileceğini göz önüne alarak en uygun seçeneği işaretleyiniz. Her bir satırı bir kez işaretleyiniz.

Lütfen aşağıdaki soruları size uygun olan ve katılma düzeyinize göre işaretleyiniz		Hiç Mümkün Değil	Mümkün Değil	Belki	Muhtemelen	Büyük İhtimalle
1	Hastalandığınızda bir arkadaşınız ya da ailenizden biri size kızgın olacak	①	②	③	④	⑤
2	Bir arkadaşınız ya da ailenizden biri iyileşmediğiniz için size suçlayacak	①	②	③	④	⑤
3	Bir arkadaşınız ya da ailenizden biri hastalığınızın sizin hatanız olduğunu düşünecek	①	②	③	④	⑤
4	Bir arkadaşınız ya da ailenizden biri size olan saygısını ve takdirini yitirecek	①	②	③	④	⑤
5	İşvereniniz sizi terfi ettirmeyecek	①	②	③	④	⑤
6	İşyerinizden birisi size ayrımcılık yapacak	①	②	③	④	⑤
7	İşvereniniz zorlu bir projede sizi değil başkasını görevlendirecek	①	②	③	④	⑤
8	İşyerinizden birisi sizin işinizle ilgili sorumluluklarınızı yerine getiremeyeceğinizi düşünecek	①	②	③	④	⑤
9	Bir sağlık çalışanı sizden bıkmış, size olan sabrını yitirmiş olacak	①	②	③	④	⑤
10	Bir sağlık çalışanı size yetersiz bakım verecek	①	②	③	④	⑤
11	Bir sağlık çalışanı iyileşmediğiniz için sizi suçlayacak	①	②	③	④	⑤
12	Bir sağlık çalışanı sizin kötü bir hasta olduğunuzu düşünecek	①	②	③	④	⑤