

T.C
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ) İLE
İLİŞKİLİ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK
VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Gamze GÜLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU DURMAZ

İKİNCİ TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Zeynep ERDOĞAN

ZONGULDAK
2025

T.C
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ) İLE
İLİŞKİLİ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK
VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Gamze GÜLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU DURMAZ

İKİNCİ TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Zeynep ERDOĞAN

ZONGULDAK
2025

ÖNSÖZ

Tez çalışmam boyunca engin deneyim, bilgisi ve büyük özverisiyle bana yardımcı ve yol gösterici olan hem bilimsel hem de kişisel desteğini esirgemeyen değerli danışmanlarım Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU DURMAZ ve Doç. Dr. Zeynep ERDOĞAN'a

Hayatımın her aşamasında beni destekleyen, yücelten ve bana güvenen kıymetli biricik aileme,

Yolumu daima kolaylaştıran ve güzelleştiren sevgili eşim Özcan GÜLER'e

Bu süreçte yanımda yer alan, destek olan ve yardımlarını eksik etmeyen sevgili meslektaşım Tuğba AYDIN'a

Son olarak çalışmaya katılmayı kabul eden Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına en içten duygularımla sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gamze GÜLER

Temmuz 2025, ZONGULDAK

ÖZET

Gamze GÜLER, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ile İlişkili Damgalanma Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Enstitü Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2025

Metodolojik ve tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmanın amacı Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ile İlişkili Damgalanma Ölçeği (COPD Related Stigma Scale) (KOAHDÖ)'nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmaktır. Araştırmanın örneklemini bir göğüs hastalıkları hastanesinin göğüs hastalıkları servisinde yatan ve polikliğine başvuran ve dahil edilme kriterlerine uyan 240 KOAH tanılı birey oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, KOAH ile İlişkili Damgalama Ölçeği, Dispne-12 Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, KOAH Değerlendirme Testi ile toplanmıştır. Verilerin analizinde ölçek geçerlik güvenirlik çalışmasında kullanılan kapsam geçerliliği, açıklayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizleri, Cronbach Alpha analizi, korelasyon analizi ve tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Ölçeğin kapsam geçerlik indeksinin 1,00 olduğu, doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının $\chi^2/sd=1,858$; GFI=0,912; AGFI=0,878; NFI=0,953; IFI=0,917; CFI=0,963; RMSEA=0,068 olduğu ve modelin hem mutlak hem de göreceli uyum indeksleri açısından iyi bir uyum sağladığı belirlenmiştir. Ölçeğin orijinal ölçekte olduğu gibi 4 faktörlü yapısını koruduğu ve iyi uyum sağladığı belirlenmiştir. Ölçek ve alt boyutlarının Cronbach Alpha iç tutarlık katsayıları KOAHDÖ için 0,95; KOAHDÖ-Toplumsal Damgalanma alt boyutu için 0,92; KOAHDÖ-Hissedilen Damgalanma alt boyutu için 0,83; KOAHDÖ-Tedavi ile İlişkili Damgalanma alt boyutu için 0,72 ve KOAHDÖ-Sigara ile İlişkili alt boyutu için 0,74'tür. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ile İlişkili Damgalanma Ölçeği Türk toplumunda KOAH hastalarında damgalamayı ölçen geçerli ve güvenilir bir araçtır.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Damgalama, Geçerlik, Güvenirlik, Hemşirelik

ABSTRACT

Gamze GÜLER, Turkish Validity and Reliability Study of the Stigma Scale Associated with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Zonguldak Bülent Ecevit University, Institute of Health Sciences, Department of Nursing Institute, Master's Thesis in Mental Health Diseases Nursing, 2025

The aim of this methodological and descriptive study is to conduct a validity and reliability study of the Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Related Stigma Scale in Turkish society. The sample of the study consisted of 240 individuals with COPD who were hospitalized in the chest diseases department of a chest diseases hospital and applied to the outpatient clinic and met the inclusion criteria. The data of the study were collected using the Personal Information Form, COPD Related Stigma Scale (COPDSS), Dyspnea 12 Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), and COPD Assessment Test. In the analysis of the data, the content validity, explanatory factor analysis, confirmatory factor analysis, Cronbach Alpha analysis, correlation analysis and descriptive statistical methods used in the scale validity and reliability study were used. It was determined that the content validity index of the scale was 1.00, the confirmatory factor analysis results were $\chi^2/sd=1.858$; GFI=0.912; AGFI=0.878; NFI=0.953; IFI=0.917; CFI=0.963; RMSEA=0.068 and the model provided a good fit in terms of both absolute and relative fit indices. It was determined that the scale maintained its 4-factor structure as in the original scale and provided a good fit. Cronbach Alpha internal consistency coefficients of the scale and its sub-dimensions are 0.95 for COPDSS; 0.92 for COPDSS-Social Stigma sub-dimension; 0.83 for COPDSS-Felt Stigma sub-dimension; 0.72 for COPDSS-Treatment-Related Stigma sub-dimension and 0.74 for COPDSS-Smoking-Related sub-dimension. The Stigma Scale Associated with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a valid and reliable tool that measures stigma in COPD patients in the Turkish society.

Keywords: COPD, Stigma, Validity, Reliability, Nursing

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.....	3
2.2. KOAH Tanımı.....	3
2.3. KOAH Epidemiyolojisi.....	3
2.4.1. Genetik faktörler	4
2.4.2. Çevresel faktörler	4
2.4.3. Kişisel faktörler.....	5
2.5. KOAH Fizyopatolojisi	6
2.6. KOAH Belirtileri.....	7
2.7. KOAH Tanısı	8
2.8. KOAH Tedavisi	9
2.9. KOAH ve Prognozu	10
2.9.1. Evre I (Hafif).....	10
2.9.2. Evre II (Orta).....	10
2.9.3. Evre III (Şiddetli)	10
2.9.4. Evre IV (Çok Şiddetli)	11
3. DAMGALAMA.....	12
3.1. Damgalama Tanımı.....	12
3.2. Damgalanma ile İlgili Kavramlar.....	13
3.2.1. Etiketleme	13
3.2.2. Stereotipler	13
3.2.3. Bilişsel ayırma ve önyargılar	13
3.2.4. Duygusal reaksiyonlar.....	13
3.2.5. Ayrımcılık	13

3.2.6. Dışlanma	14
3.3. Damgalama Düzeyleri.....	14
3.3.1. İçselleştirilmiş damgalanma.....	14
3.3.2. Hissedilen damgalama	14
3.3.3. Beklenen damgalama	15
3.3.3.1. Beklenen damgalamanın özellikleri.....	15
4. KRONİK HASTALIKLARDA DAMGALAMA	16
5. KOAH VE DAMGALAMA	17
6. KOAH, DAMGALAMA VE RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ	19
7. GEREÇ VE YÖNTEM	23
7.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	23
7.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	23
7.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	23
7.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
7.4.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri	24
7.4.2. Araştırmadan dışlama kriterleri.....	24
7.5. Veri Toplama Araçları	24
7.5.1. Kişisel bilgi formu (Ek 1)	24
7.5.2. KOAH ile ilişkili damgalama ölçeği (KOAHDO) (Ek 2).....	25
7.5.3. Dispne 12 ölçeği (Ek 3).....	25
7.5.4. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD)(Ek 4)	26
7.5.5 KOAH değerlendirme ölçeği (COPD ASSESMENT TEST) (CAT) (Ek-5))....	26
7.6. Verilerin Toplanması	27
7.7. Araştırmanın Uygulama Aşamaları.....	27
7.7.1. Dil geçerliği.....	27
7.7.2. Kapsam geçerliği.....	28
7.7.3. Yapı geçerliği	29
7.7.4. Ölçüt geçerliği.....	30
7.7.5. Güvenirlik analizi.....	30
7.8. Verilerin Değerlendirilmesi	31
7.9. Araştırmanın Etik Boyutu	32
7.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları	32

8.BULGULAR	34
8.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Bazı Klinik Özellikleri	34
8.2. KOAH ile İlişkili Damgalanma Ölçeğinin Geçerlik Analizine İlişkin Bulgular	37
8.2.1. Dil eşdeğerliği ile ilgili bulgular	37
8.2.2. Kapsam geçerliği ile ilgili bulgular	38
8.2.3. Yapı geçerliği ile ilgili bulgular	38
8.2.4. AFA ile ilgili bulgular	38
8.2.5. DFA ile ilgili bulgular	40
8.2.6. Ölçüt geçerliğine ilişkin bulgular	42
8.3. KOAH ile İlişkili Damgalanma Ölçeğinin Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular	43
8.4. KOAH ile İlişkili Damgalanma Ölçeğinin Bazı Klinik Özelliklerle İlişkisine Ait Bulgular	44
9. TARTIŞMA	51
9.1. KOAH ile İlişkili Damgalanma Ölçeği'nin Geçerlik Bulgularının Tartışılması	51
9.2. KOAH ile İlişkili Damgalanma Ölçeği'nin Güvenirlik Bulgularının Tartışılması	54
9.3. KOAH ile İlişkili Damgalanma Ölçeği 'nin Klinik Bulgularının Tartışılması	55
10. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
10.1. Sonuç	59
10.2. Öneriler	60
11. KAYNAKLAR	62
12. EKLER	74
Ek 1: Etik Kurul Kararı	74
Ek 2: Kurum İzin Formu	76
Ek 3: Ölçek İzinleri	77
Ek 4: Kişisel Bilgi Formu	81
EK 5: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)-Related Stigma Scale	83
Ek 6: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) İle İlişkili Damgalanma Ölçeği	85
Ek 7: Dispne-12-TR	87
Ek 8: HAD (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği)	88
Ek 9: KOAH Değerlendirme Ölçeği (COPD ASSESSMENT TEST) (CAT)	91
13. ÖZGEÇMİŞ	92

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAT	Alfa 1 Antitripsin
AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
AGFI	Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi
ANOVA	Varyans Analizi
CAT	KOAH Değerlendirme Testi
CFI	Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FEV	Zorlanmış Ekspiratuvar Volüm
FVC	Zorlanmış Vital Kapasite
GFI	İyilik Uyum İndeksi
GOLD	Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease
HAD	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
IFI	Artırmalı Uyum İndeksi
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KOAHÖ	KOAH ile İlişkili Damgalanma Ölçeği
KOAHÖ-H	Hissedilen Damgalama
KOAHÖ-S	Sigara ile İlişkili Damgalama
KOAHÖ-T	Toplumsal Damgalama
KOAHÖ-TE	Tedavi ile İlgili Damgalama
NFI	Normlaştırılmış Uyum İndeksi
RMSEA	Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü
SFT	Solunum Fonksiyon Testleri
SPO2	Kan Oksijen Satürasyonu

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil</u>	<u>Sayfa</u>
1. KOAH Damgalama Ölçeği Yamaç Grafiği	40
2. KOAH Damgalanma Ölçeği Yol Diyagramı	41



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)'a göre KOAH evreleri.....	9
2. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler ve Teknikler	32
3. Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	34
4. Katılımcıların Sağlık Durumu ve Sigara Alkol Kullanma Durumlarının Dağılımı....	35
5. Katılımcıların Solunum Sistemine İlişkin Bazı Parametrelerinin Ortalama Değerleri	36
6. Katılımcıların KOAH ve Tedaviye İlişkin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı	37
7. KOAHDÖ Açıklayıcı Faktör Analizi.....	39
8. KOAH Damgalama Ölçeği Doğrulamalı Faktör Analizi Sonucu.....	41
9. KOAHDÖ ile HAD, DİSPNE-12 ve KDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki	43
10. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları, Normallik Ve Güvenirlilik Tablosu	44
11. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre KOAHDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	46
12. Sağlığa İlişkin Bazı Özelliklere Göre KOAHDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	49

1.GİRİŞ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), tütün dumanı ve zararlı gazlar gibi çevresel faktörlere bağlı olarak gelişen, hava akımını sınırlayan, ilerleyici bir kronik inflamatuvar yanıtla karakterize edilen, morbidite ve mortalite riskini artıran, önlenabilir ve tedavi edilebilir bir solunum sistemi hastalığıdır (1). KOAH'ta, infiltrasyona bağlı olarak havayolları giderek daralırken, alveoller de geri dönüşümsüz genişlemeler ve harabiyet ortaya çıkar (1,2). KOAH, tüm dünyada önde gelen sağlık sorunlarından biridir(3).Öyle ki Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2024 raporuna göre KOAH, dünyada önde gelen üç büyük ölüm nedeninden biridir (4).Türkiye’de ise KOAH’a bağlı ölümler Dünya Sağlık Örgütü 2021 verilerine göre üçüncü sırada yer almaktadır (5).

KOAH, uzun süreli tedavi gerektiren ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik bir hastalıktır (3). KOAH'ın kronik bir hastalık olması, hastalığın getirdiği fiziksel kısıtlılıklar yanında bireylerin psikososyal açıdan da zorluklar yaşamasına neden olmaktadır (6). KOAH'lı hastalar gelecekle ilgili belirsizlik, sosyal yaşamın kısıtlılığı, rol değişiklikleri, bağımsızlığını kaybetme düşüncesi, umutsuzluk, anksiyete gibi birçok psikososyal sorun yaşamaktadır (6). Ayrıca emosyonel zorlanmalar, uyum güçlükleri, kaygı bozukluğu, paranoid reaksiyonlar ve depresyon da KOAH tanısı almış hastalarda görülen komorbid sorunlar arasında yer almaktadır (9). Bütün bunların yanında hastalığın sebep olduğu, öksürük, balgam çıkarma, hırıltılı solunum, kilo kaybı, steroid ilaçların kullanımına bağlı beden imajı değişiklikleri, aktivite kısıtlılıkları hasta bireylerin toplum içinde damgalanmasına da yol açabilir (10,11). O'Neill (2022)'in bu konuda yaptığı çalışmada da KOAH'lı bireyler, sokakta solunum güçlüğü çektiklerinde, bunun çevredekiler tarafından farkedildiğini ve bu durumdan rahatsızlık hissederek sosyal etkileşimlerini sınırlandırdıklarını ifade etmişlerdir (12).

Kronik hastalıklarda sıklıkla karşılaşılan damgalanma, bireylerin etiketlenmesi, ayırma ve ayrımcılığa maruz bırakılması anlamına gelir (13,14). Damgalama bireylerin biyolojik, sosyal ve psikolojik sağlığını da olumsuz yönde etkilemektedir (15).Damgalanma ya da damgalanma kaygısı bireylerin sosyal ve iş yaşamından çekilmesine, artan stres nedeniyle fizyolojik belirtilerin alevlenmesine ve ruhsal sorunların yaşanmasına neden olmaktadır (13,14).Ayrıca damgalama zaman zaman hastaların sağlık hizmetlerine erişimini sınırlandırmakta ve tedavinin

gecikmesine sebep olabilmektedir (15).Sonuç olarak, damgalanma, yaşam kalitesini düşürerek düşük benlik saygısı, depresif semptomlar, işsizlik ve gelir kaybına yol açmakta, bu da sosyal çevrenin daralmasına ve ruh sağlığının olumsuz şekilde etkilenmesine neden olmaktadır (16).

Kronik hastalıklarda toplum tarafından dışlanma ve damgalanma durumu kronik hastalık tanısının konulması ile başlamaktadır (17). Kronik hastalığı bulunan birey; hastalığın oluşmasından kendini sorumlu tutmakta ve sosyal etkileşiminin bozulması ile psikososyal zorluklar yaşayabilmektedir (18). KOAH'ta da hastalığın en başta gelen etiyolojik faktörlerden birinin sigara kullanmak ya da riskli ortamlarda koruyucu ekipman kullanılmaması gibi bireyden kaynaklı faktörler olması bu sorumluluk ve suçluluk duygusunu artırmaktadır (18). KOAH'ta görülen öksürük, balgam çıkarma, hırıltılı solunum, kilo kaybı ya da steroid ilaçların alınmasına bağlı beden imajı değişikliği, aktivite intoleransı, inhaler ya da oksijen desteğine ihtiyaç duyulması gibi durumlar bireylerin toplum tarafından damgalanmasına neden olabilecek durumları ortaya çıkarmaktadır (10). Damgalanma kaygısı ise bireylerin sosyal ve iş yaşamından çekilmesine, artan stres nedeniyle fizyolojik belirtilerin alevlenmesine ve ruhsal sorunların yaşanmasına neden olmaktadır (13,14).

Kronik hastalıklarda damgalamanın ölçülmesi bireylerde oluşabilecek fiziksel ya da psikolojik sorunları önceden saptayarak önlemede önemli rol oynamaktadır (14). Literatür incelendiğinde KOAH'ta damgalanmaya yönelik ilk ölçek geliştirme çalışmasının Seoyoon Woo (2023) tarafından yapıldığı görülmektedir (19). KOAH'ta yaşanan damgalamanın hastaların hem fiziksel hem de ruh sağlığını olumsuz etkilediği bilinmesine rağmen, (10) Türkiye'de KOAH'lı hastalara özgü bir damgalanma ölçeği bulunmamaktadır. KOAH'lı hastaların yaşadığı damgalanmayı saptayacak bir ölçme aracın Türk kültürüne kazandırılmasının, hastaların fiziksel ve ruh sağlığının korunması açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada Seoyoon Woo ve ark. (2023)'nın geliştirmiş olduğu KOAH ile ilişkili Damgalanma Ölçeği'nin (COPD Related Stigma Scale) Türkçe geçerlik ve güvenirliğini test ederek, Türk toplumuna kazandırılmak amaçlanmıştır. Ölçeği geliştiren Seoyoon Woo'dan e mail yoluyla izin alınmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

2.2. KOAH Tanımı

KOAH, morbilite, mortalitenin başlıca nedenleri arasında olan, tütün dumanı, zararlı gaz ve parçacıklara bağlı havayollarında mikrobik olmayan bir iltihaba bağlı olarak gelişen ilerleyici kronik inflamatuvar yanıtla ilişkili olan; hava akımı sınırlaması ile karakterize önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Bu iltihaplanmaya bağlı olarak havayolları giderek daralırken, akciğer dokusunda ise hava keseciklerinde(alveol) geri dönüşümsüz genişlemeler ve harabiyet ortaya çıkar (1,2).

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), KOAH'ı zararlı gaz ve partiküllere maruz kalma sonucu ortaya çıkan anormal akciğer gelişimi ile ilişkilendirilen, hava yollarında obstrüksiyon ve restriksiyonla karakterize edilen, önlenemez ve tedavi edilebilir ciddi bir hastalık olarak tanımlarken; aynı zamanda KOAH 'ın solunum sistemini etkileyen geri dönüşümsüz bir durum olduğunu vurgulamaktadır (20,21).

2.3. KOAH Epidemiyolojisi

Son yıllarda yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusun artması, sigara, obezite, mesleki maruziyet, fiziksel hareketsizlik, beslenme, depresyon, hava kirliliği gibi risk faktörleri nedeniyle KOAH, prevalansında artış görülmektedir (22,23).Yıkıcı bir akciğer hastalığı olan KOAH, bağımsız yada sistemik belirtileri ile gelişen komorbiditeler KOAH, yüksek yaygınlığı ,artan insidansı ve dünya çapında ciddi kişisel ,sosyal ve ekonomik maliyetleri nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunudur ve hastalık yükü ile mortalite açısından ülkeler arasında hatta aynı ülke içinde farklılıklar göstermektedir (24, 25).Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) KOAH'ın dünyada 50 milyon insanı etkilediğini, 40 yaş üstü her 5 yetişkinden 1'inde bu hastalığın bulunduğunu açıklamıştır(4). Ölüme neden olan kronik hastalıklar içinde KOAH, en yaygın üçüncü ölüm nedeni olarak görülmekte ve tedavi edilmediği ve tedbirler alınmadığı takdirde 2030 yılında en sık görülen hastalık olacağı öngörülmektedir (26). KOAH, prevalansı yaşla birlikte artış göstermekte,

yaşlı popülasyonun toplam nüfus içindeki artış oranı dikkate alındığında gelecekte KOAH'a bağlı ortaya çıkacak problemlerin daha da artacağı düşünülmektedir (27).

2.4. KOAH Etiyolojisi

KOAH, gelişiminde, genetik, çevresel ve kişisel/sosyo demografik faktörlerin önemli rolü vardır.

2.4.1. Genetik faktörler

Genetik faktör olarak alfa-1 antitripsinin eksikliğinin KOAH gelişiminde rol oynadığı belirtilmekte, KOAH'ın daha çok genetik bir hastalık olduğunu göstermektedir (4). AAT (Alfa-1-antitripsin) eksikliği KOAH'ta %1-2 sinde görülmektedir. AAT (Alfa-1-antitripsin) eksikliği, akciğer kanseri riskini iki kat artırırken, aynı zamanda akciğerleri nötrofil elastaz gibi yıkıcı enzimlere karşı koruyamadığı için bu durum, AAT(Alfa-1-antitripsin) eksikliği olan bireylerde ağır amfizem gelişimi riskini de artırmaktadır (28). AAT akciğerleri nötrofil elastaza karşı korur ve AAT (Alfa-1-antitripsin) eksikliği bulunan kişiler ağır amfizem gelişimi açısından risk altındadır(4).

2.4.2. Çevresel faktörler

KOAH gelişiminde en büyük çevresel etmen, sigara olmakla birlikte, sigara içenler ve çevresel tütün dumanına maruz kalan bireylerde KOAH prevalansının yüksek olması, risk faktörlerinin etkileşimiyle bu hastalığın oluşumunu tetiklemektedir (29).

Sigara: Sigara içmek KOAH gelişiminde ve ilerlemesinde ana risk faktörü olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir. Sigara içenlerde akciğer fonksiyonlarında daha hızlı düşüş olmaktadır (30). Tüm dünyada KOAH gelişiminde sigaranın önemli bir risk faktörü olduğu ve akalarının %80-90'ninden sorumlu olduğu bildirilmektedir (26,27,30). Hastalıkla ilgili farkındalığının olmayışı ve tedavinin yetersizliği KOAH prevalansını artırmaktadır (26).

Hava kirliliği: Kentlerdeki hava kirliliğinin; evlerde ısınma ve yemek pişirme için kullanılan odun, kömür gibi bitkisel ve tezek gibi hayvansal yakıtların KOAH

gelişimini etkilediği gösterilmiştir (31). Kentlerdeki hava kirliliği ile birlikte, evlerde odun, kömür gibi bitkisel ve tezek gibi hayvansal yakıtların kullanımı, KOAH gelişimini olumsuz yönde etkileyen önemli faktörlerdir (32). Sigara içmeyen kişilerde pasif içicilik, mesleki maruziyetler ve tüberküloz dahil geçirilmiş enfeksiyonlar da risk faktörü olarak tanımlanmıştır (33).

Kimyasallar: Mesleki toz ve kimyasallara, özellikle kömür tozu, silika, kadmiyum, hayvan yemi ve çeşitli dumanlar ve kimyasal çözücüler gibi maddelere maruziyet, KOAH gelişimi için önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır (34).

2.4.3. Kişisel faktörler

KOAH'ın gelişiminde sigara dışında mesleki tozlar, kimyasallara maruz kalma ve hava kirliliği gibi çevresel etmenlerin yanı sıra, yaş, enfeksiyonlar, beslenme bozuklukları ve sosyoekonomik durum gibi risk faktörlerinin de önemli rol oynadığı belirtilmektedir (2,33).

Yaş: KOAH gelişimi için bir risk faktörü olarak kabul edilebilir. Geçmişte yapılan çalışmalarda erkeklerde KOAH'ın prevalansı ve mortalitesi göreceli yüksektir. Günümüzde yapılan çalışmalarda kadın ve erkek arasında cinsiyet eşitliğini sağladığı bildirilmiştir(4).

Cinsiyet: KOAH gelişimi için bir risk faktörü olarak kabul edilebilir. Geçmişte yapılan çalışmalarda erkeklerde KOAH'ın prevalansı ve mortalitesi göreceli yüksektir. Günümüzde yapılan çalışmalarda tütün kullanımında kadın ve erkek arasında cinsiyet eşitliğini sağladığı bildirilmiştir(4).Yapılmış çalışmalarda erkeklerde KOAH'ın prevalansı ve mortalitesinin yüksek olmasına rağmen, günümüzde gelişmiş ülkelerde sigara kullananların değişikliklerin kadınlar ve erkekler arasında cinsiyet eşitliğini sağladığı bildirilmiştir (35).

Sosyo-ekonomik durumun düşük olduğu gruplarda, KOAH riski artmakta ve bu gruplarda akciğer fonksiyonlarında azalma gözlemlenmektedir (34).

Enfeksiyonlar: KOAH'ta geçirilen enfeksiyonlarında bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Tüberküloz, bronşit gibi geçirilmiş enfeksiyonlar da risk faktörü olarak tanımlanmıştır (33). Kronik bronşitte oluşan enfeksiyon, epitelde kalınlaşmaya neden olarak, bağışıklık hücrelerinin hava yollarına geçmesine; mukus üretiminin artmasına neden olur. Epitelin hasar görerek, siliaların kaybına neden olur. Hava yollarından mukus atılamaz ve mukus akciğerlerde birikir, böylece enfeksiyon ve tıkanma riskini

artırır. KOAH hastaları alevlenmelere ve alt solunum yolu enfeksiyonlarında yüksek bir mortalite oranına sahiptir (4). Akut bakteriyel ve viral enfeksiyonlar KOAH'lı hastalarında hava akımı kısıtlamasını geçici olarak azaltabilir. Özellikle çocukluk çağında KOAH gelişiminde risk faktörü olduğu düşünülmektedir (34).

2.5. KOAH Fizyopatolojisi

KOAH'ta yapısal ve fonksiyonel değişiklikler içice değerlendirilerek patogeneizde ortaya çıkan mukus sekresyonunun artışı ve doku harabiyeti görülmektedir. KOAH, akciğerlerin sigara gibi zararlı maddelere maruz kaldığında oluşan bir hastalıktır. Bu tür maruziyetler akciğerlerde iltihabi bir yanıtı tetikler. Eğer bu maruziyetler sürekli hale gelirse, akciğerlerde kalıcı bir infiltrasyon gelişir (36,37).

Bu durum, akciğer dokusunun hasar görmesine, hava yollarında daralmaya ve hava akımının giderek kısıtlanmasına yol açar. Ayrıca, akciğer dokusunda amfizem adı verilen genişleme ve fibrozis (sertleşme) gibi değişiklikler meydana gelir. Bu iltihabi değişiklikler özellikle hava yollarında, akciğer dokusunda ve akciğerlerdeki damarlar üzerinde görülür ve zararlı maddeye maruz kalma arttıkça genellikle daha da kötüleşir (31).

Hava yolu mukozasında oluşan inflamasyon sonucu bronş ve bronşiolde ödem, düz kas kitlesinde artış, epitelde sıvıda değişiklik ve bronşial fibrozis ile görülmektedir. Tüm bu oluşumlar hava yolu lümenini daraltarak, inflamatuvar süreç doku kaybı ile sonuçlanmaktadır (36,37)

Kollajen ve elastin yapısının bozulması, akciğer dokusunun elastikiyetini kaybetmesine ve daralan hava yolları ile bozulmuş akciğer dokusu nedeniyle hava yolu basıncının artmasına yol açarak, inspirasyonda akciğerlerin kolayca dolmasıyla birlikte ekspiryumda hava yollarının açık kalmasını zorlaştırır; bu da eşit basınç noktasının alveollere kaymasına ve hava yollarının erken kapanarak her solukta akciğerde kalan hava miktarının artmasına neden olur, sonuç olarak alveoller tamamen boşalmadan kalır (36,37). Bu, solunum kası fonksiyonunu bozarak efor sırasında dispne ve egzersiz kapasitesinde azalmaya neden olmaktadır (34). Oluşan mekanik baskı, hem lokal küçük hava yollarında hem de kapiller damarlarda olumsuz etkiler yaratarak bronşiolde daralmaya ve kan akımının azalmasına neden olur; bu durum, alveoler alanda gaz değişimini olumsuz etkileyerek hipoksi ve hiperkapniyi

beraberinde getirir ve hipoksi, pulmoner arteriyel epiteli uyararak hipoksik vasokonstrüksiyon refleksini tetikleyerek pulmoner arterlerin daralmasına yol açar (36,37).

2.6. KOAH Belirtileri

KOAH'ın en sık görülen belirtileri; dispne, öksürük ve balgamdır. Bu belirtiler gün içinde değişiklikler göstererek özellikle erken saatlerde fazla artabilir (4). KOAH hastalarında dispne çok sık görülür ve en önemli problemdir. Giderek artan dispne, eforla ortaya çıkarak günlük yaşam aktivitelerini engellemektedir (38).Dispne, Amerikan Toraks Derneği (American Thoracic Society) tarafından “yoğunluk olarak değişen niteliksel olarak farklı duyumlardan oluşan öznel bir solunum rahatsızlığı deneyimi” olarak tanımlanmaktadır (35).

KOAH hastalarında zararlı partiküllere ve gazlara karşı ilk yanıt öksürüktür ve başta aralıklıyken sonrasında yakınmaya dönüşebilir (4).Öksürük, KOAH popülasyonunda erkeklerde %15-44 görülürken, kadınlarda %6-17 oranında görülmektedir (39). Öksürük, popülasyonda; sigara içmeyenlerde %4 sigara içen bireylerde ise %50 oranında görülür (40).KOAH 'ın bir diğer belirtisi olan balgam yapışkan ve mukoid yapıdadır. Kış aylarında hava akım kısıtlılığından ard arda iki yıl balgam çıkarma ,öksürük şikayetiyle artarsa kronik bronşit olarak tanımlanır.Balgam KOAH bireylerde bronşektazinin ortaya çıktığını ve kötüleştiğini göstermektedir (38).Öksürük ve balgam, KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesini etkileyerek hastaneye yatışlara artırmakta ve ölümlere neden olabilmektedir (39,40).

Yorgunluk, dispneden sonra KOAH hastalarının yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyen ikinci en önemli semptom olup, KOAH'lı bireylerde hafif ila şiddetli yorgunluk yaygın olarak %47 ile %71 arasında değişen oranlarda görülmesine rağmen, klinik uygulama ve araştırmalarda sıklıkla göz ardı edilmektedir (39,41,42).Yorgunluk, kişiyi olumsuz etkileyen ve çok görülen belirtilerden biridir. Bu durum, kişinin solunum sıkıntısını ve yorgunluğu azaltmak için gün içinde harcadığı eforu minimumda tutmasına neden olur. Sonuç olarak, günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanır ve kişi sıklıkla başkalarına bağımlı hale gelir (43,44). KOAH'ta yorgunluk genellikle fiziksel yorgunluk olarak ortaya çıkar ve bu durum sıklıkla pulmoner rehabilitasyonla ele alınır. Ancak, zihinsel yorgunluk ve sosyal yorgunluk

gibi diğer yorgunluk boyutları da önemli olabilir ve bu tür hastalarda değerlendirilmelidir (45).

Hastaların yorgunluk düzeylerini öncelikle belirlemek, bu durumla baş edebilmeleri açısından önem taşırken, yorgunluk genellikle fiziksel veya zihinsel stres dönemlerinde ortaya çıkar ve çoğu zaman uyku sorunları gibi diğer semptomlarla birlikte görülür.(46) Wheezing ve göğüste sıkışma hissi, günler arasında ya da gün içinde değişkenlik gösterebilen belirtilerdir (4). KOAH hastalarında, sürekli ilaç kullanımı, hastaneye bağımlılık, yoğun fiziksel ve psikososyal sıkıntılar nedeni ile tedavi sürecinde pek çok kısıtlama yaşanmaktadır. Bu durum bireyleri psikolojik olarak da etkilemektedir (38).

2.7. KOAH Tanısı

KOAH tanısı, tarama ve semptom bazlı hekimlik uygulamalarıyla konulurken, polikliniğe öksürük, balgam çıkarma ve dispne gibi belirtilerle başvuran 40 yaş üstü bireylerde sigara, hava kirliliği ve mesleki veya çevresel maruziyet öyküsü varsa solunum fonksiyon testleri yapılmalıdır. SFT yönteminde ölçüm yaparken Spirometre cihazı kullanılmaktadır. Spirometrenin solunum yolu tıkanıklığı tanısında önemli bir yeri vardır ve KOAH tanısında kullanılan en önemli araçtır. (47). Spirometri ile ölçülen, tamamen geri döndürülemez hava akışı kısıtlılığı bronkodilatasyon sonrası $FEV1/FVC < 0,7$ varlığı, KOAH teşhisini doğrular (4). Spirometre ile FVC, FEV1 ölçülmeli ve FEV1/ FVC oranı hesaplanmalıdır. Temel çalışma “zorlu vital kapasite manevrası”dır. Buna göre; hastaya tidal volüm ile soluk alıp verirken total akciğer kapasitesine kadar nefes alması söylenir ve ardından zorlu, sonuna kadar nefesini vermesi istenir. Burada ölçülen FVC (Forse Vital kapasite) ve FEV1 (Forse vital kapasite birinci saniye) ile FEV1 /FVC değerleri hesaplanır. Bu değer %70 ve daha altında ise bir hava yolu obstrüksiyonu olduğu kabul edilir (48).

FEV1; FEV1, hızlı ve derin bir inspirasyonun ardından zorlu ve hızlı bir ekshalasyonun ilk saniyesinde dışarıya verilen hava miktarını ifade eder ve GOLD rehberlerinde KOAH'da hava akımı kısıtlamasını derecelendirmek için bronkodilatör sonrası ölçülen FEV1 değerinin kullanılması önerilmektedir (31).

FVC; hızlı ve derin bir inhalasyondan sonra, kuvveti ve maksimum ekshalasyonla uzaklaştırılan hava miktarıdır (31).

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) rehberi spirometre testi sonucuna göre KOAH'ı evrelendirilmiştir. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)'a göre KOAH evreleri aşağıdaki gibidir (4).

Tablo 1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)'a göre KOAH evreleri

EVRE	TANIM	FEV1
GOLD EVRE 1	Hafif Şiddetli Hava Akımı Kısıtlılığı	$FEV1 \geq \%80$
GOLD EVRE 2	Orta Şiddetli Hava Akımı Kısıtlılığı	$\%50 \leq FEV1 < \%80$
GOLD EVRE 3	Şiddetli Hava Akımı Kısıtlılığı	$\%30 \leq FEV1 < \%50$
GOLD EVRE 4	Çok Şiddetli Hava Akımı Kısıtlılığı	$FEV1 < \%30$

2.8. KOAH Tedavisi

KOAH tedavisinin hedefleri, semptomların giderilmesi, hastalığın ilerlemesi ve mortalitenin önlenmesi, egzersiz toleransının artırılması, sağlık durumunun iyileştirilmesi, komplikasyonların önlenmesi ve risk faktörlerinin azaltılması olup, KOAH alevlenmelerinin tedavisinde hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yaklaşımlar yer almaktadır (43). KOAH tedavisinde, öncelikli olarak hastalığın önlenmesi amaçlanmalı ve sigarayı bırakma ile aşılama gibi önlemler alınmalıdır.

Ayrıca tedavinin en önemli aşaması olan pulmoner rehabilitasyon (PR) ve pulmoner fizyoterapidir. Bu tedavinin KOAH 'lı hastalarda semptomları azalttığı, fiziksel aktivite düzeyini artırdığı ve günlük yaşam aktivitelerinde iyileşme sağladığı belirtilirken, dispne ve kas yorgunluğu nedeniyle hastaların egzersiz yapmaktan vazgeçmemesi için bu programların vazgeçilmez olduğu vurgulanmaktadır (2).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının hastaların yönetimi genellikle KOAH için Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) tarafından ortaya konan ilkelere dayanmaktadır.

KOAH tedavisinin hedefleri;

- Semptomların azaltılması,
- Egzersiz toleransının düzeltilmesi,
- Sağlık durumunun iyileştirilmesi alevlenmeleri azaltarak önlenmesi,
- Hastalığın ilerlemesini yavaşlatarak, ölüm oranının azaltılması
- Hastalığın ilerlemesinin önlenmesi

- Alevlenmelerin önlenerek tedavi edilmesi,
- Mortalitenin azaltılması,
- Hastaneye yatışların azaltılması
- Dispneyi azaltarak yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir (49,50).

2.9. KOAH ve Prognozu

KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) evreleri, hastalığın şiddetini ve hastanın prognozunu önemli ölçüde etkiler. Genellikle GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) sınıflamasına göre dört evrede değerlendirilir: (4).

2.9.1. Evre I (Hafif)

Semptomlar genellikle hafiftir ve çoğu hasta günlük aktivitelerini sürdürebilir.

Prognoz genellikle iyidir, ancak sigara içmeyi bırakmak ve yaşam tarzı değişiklikleri önemlidir (4).

2.9.2. Evre II (Orta)

Semptomlar artar; nefes darlığı ve öksürük şiddetlenir.

Hasta, tam performansla aktivite gösterebilir, ancak zorlanma deneyimleyebilir.

Tedavi ile prognoz iyileştirilebilir, fakat ilerleyici bir seyir sergileyebilir (4).

2.9.3. Evre III (Şiddetli)

Nefes darlığı belirgin hale gelir ve günlük aktiviteler ciddi şekilde etkilenir.

Akciğer fonksiyonları önemli ölçüde azalır, hastalar sık sık alevlenme yaşayabilir.

Prognoz, tedaviye ve sağlık hizmetlerine erişime bağlı olarak kötüleşebilir (4).

2.9.4. Evre IV (Çok Şiddetli)

Nefes almak zorlaşır ve hastanın yaşam kalitesi ciddi şekilde etkilenir.

Ana tedavi genellikle semptomları hafifletmeye yöneliktir.

Bu evrede prognoz genellikle daha kötüdür ve hastaların daha sık hastaneye yatışı gerekebilir (4).

KOAH'ın evresi, hastalığın seyrini ve prognozunu belirlemede temel bir faktördür. Erken tanı, müdahale ve tedavi ile yaşam kalitesi artırılabilir ve hastalığın ilerleyişi yavaşlatılabilir (51).



3. DAMGALAMA

3.1. Damgalama Tanımı

Damga, bir kişinin ya da grubun utanması gereken bir durum, normal dışı bir özellik veya herhangi bir farklılığa sahip olmasından kaynaklanan, suçlayıcı veya aşağılayıcı bir işarettir, kişinin ayrımcılığa veya kabul edilmezliğe maruz kalmasına neden olur (52). Bu kavram ilk kez eski Yunan kültüründe yine bir çeşit işaret, iz, damga anlamına gelen “stizein” ile ortaya çıkmıştır. Bu dönemde toplumda, istenmeyen, kabul edilmeyen, kötü görülen kişiler, köleler, suçlular, normal kabul edilmeyen kişilerin bedenleri kazınarak ya da bedenleri dağlanarak işaretlenmiştir. Böylece bu kişiler lekelenmiş ve yaşamları boyunca diğerlerinden ayırt edilmiş ve zamanla bulaşıcı hastalıklar için de benzer tutumlar gösterilmiştir (54,57).

1963 yılında Kanadalı sosyolog Erving Goffman damgalamayı ‘derin itibarsızlaştırıcı bir nitelik, diskalifiye edilen bireyin durumu’ şeklinde tanımlamaktadır (53). Goffman stigmatizasyonu “bireyi bütün ve normal bir bireyden kusurlu, önemsiz bir kişiye indirgeyen son derece itibarsızlaştırıcı bir nitelik” olarak tanımlamaktadır. Goffman’a göre stigma statü, koşul veya kişilikten kaynaklanmaktadır. Biyolojik, psikolojik, değişken, doğrusal ya da ilişkisel olabilmektedir (53).

Damgalanan kişiye gerçeğe dayanmaksızın, adını kötüye çıkaran utanç verici aşağılanma veya dışlanma gibi bir özellik yüklemektedir (54). Ayrımcılık, damgalama ve önyargılar nedeniyle kişi hak ve çıkarlarından mahrum bırakılır (55).

Damgalama, sağlık sorunları nedeniyle ortaya çıktığında, hastalığından dolayı bireyin sıradan insanlardan farklı olarak muamele görmesini bireyin başkaları tarafından yapılan ayrımcılık ve yanlış anlama nedeniyle içsel utanç yaşamasını ifade etmektedir (56,57). Damgalanma etkilenenler için ciddi sonuçlar doğurmakta, tedavi uyumunu etkilemektedir (57). Bu nedenle kişinin damgalanmasına neden olan hastalık veya farklılık kadar tehlikeli olabilmektedir (52).

3.2. Damgalanma ile İlgili Kavramlar

3.2.1. Etiketleme

Damgalamanın ilk aşamasıdır. Toplum, etiketlenen kişiyi gerçek kimlik ve davranışlarından bağımsız olarak, kendi ön yargılarına göre karakterize eder ve buna göre tutumlarını belirler (59,60).

3.2.2. Stereotipler

Önyargıların oluşmasına zemin hazırlar. Toplumsal grup üyelerinin davranışları ve özellikleri hakkında değişmez inançları içerir ve bir kez oluştuğunda genellikle değişmezler (59,60).

3.2.3. Bilişsel ayırma ve önyargılar

Nesneler ya da durumlar hakkında dış gerçekler dikkate alınmadan oluşturulan yargılardır. Damgalamanın başlıca unsurlarıdır ve etiketlenmiş kişilerin "biz" ve "onlar" şeklinde kategorize edilmesini içerir (59,60).

3.2.4. Duygusal reaksiyonlar

Damgalanan ve damgalayan arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde kritik bir rol oynar. Kalıpyargılar ve önyargılar öfke, korku, acıma, sinirlilik ve anksiyete gibi duygusal tepkilere yol açar. Bu, toplumsal konumunu kaybeden bireylerin damgalanmasına neden olabilir (59,60).

3.2.5. Ayrımcılık

Damgalanan kişinin, damgalama ve önyargılar sonucunda bazı hak ve menfaatlerden mahrum bırakılması, istenmeyen özelliklerle ilişkilendirilip statüsünü kaybetmesidir (59,60).

3.2.6. Dışlanma

Damgalanan kişinin toplum tarafından kabul görmemesi, geri planda tutulması, hor görülmesi veya herhangi bir gruba dahil olamamasıdır (59,60).

3.3. Damgalama Düzeyleri

3.3.1. İçselleştirilmiş damgalanma

Bireylerin, toplum tarafından oluşturulan olumsuz yargıları kabul etmesi ve kendilerini değersizlik, utanç gibi negatif duygularla içselleştirmesi sonucu toplumsal yaşamdan geri çekilmesidir (59,60).

3.3.2. Hissedilen damgalama

Hissedilen damgalama, bireylerin belirli özelliklerinden veya sosyal statülerinden dolayı olumsuz değerlendirilme, dışlanma veya ayrımcılığa maruz kalma duygusudur. Bu durum, gerçek ayrımcılıktan veya toplum tarafından empoze edilen olumsuz stereotiplerden kaynaklanabilir (53). Bireyler, başkalarının kendileriyle ilgili olumsuz önyargılara sahip olduğunu hissettiklerinde, sosyal etkileşimlerden kaçınabilir, özgüvenleri azalabilir ve psikolojik sağlıkları etkilenebilir. Hissedilen damgalama, bireylerin kimliklerini, yaşam tarzlarını veya sağlık durumlarını gizlemelerine yol açabilir ve bu da toplumsal eşitsizlikleri artırabilir (53,61,62).

Hissedilen damgalamanın kaynakları çeşitli faktörlerden oluşabilir. İşte bunların bazıları:

1. **Toplumsal Normlar ve Değerler:** Toplumda kabul gören normlar, belirli gruplara veya bireylere karşı olumsuz önyargıların oluşmasına yol açabilir. Örneğin, cinsiyet, etnik köken veya engellilik gibi özellikler üzerinden damgalama ortaya çıkabilir (53,61,62).
2. **Medya Temsilleri:** Medya, belirli gruplara dair olumsuz stereotiplerin yayılmasında etkili bir rol oynayabilir. Medyada olumsuz bir şekilde temsil edilen bireyler, bu durumdan dolayı damgalanma hissi yaşayabilir (53,61,62).

3. Deneyimler: Kişinin geçmişte yaşadığı olumsuz deneyimler, damgalama hissini tetikleyebilir. Daha önce ayrımcılığa uğramış bireyler, gelecekte benzer durumlarla karşılaşma korkusu yaşayabilir (53,61,62).
4. Aile ve Çevre Etkileri: Ailede veya sosyal çevredeki bireylerin tutumları, bireyin kendini nasıl hissettiği üzerinde etkili olabilir. Negatif tutumlar, bireyin kendisini damgalanmış hissetmesine yol açabilir(53,61,62).
5. Kendilik Algısı: Bireyin kendine dair algısı ve özsaygısı, hissedilen damgalamanın derecesini etkileyebilir. Düşük özsaygıya sahip bireyler, sosyal etkileşimlerde daha fazla damgalanma hissi yaşayabilirler (53,61,62).

3.3.3. Beklenen damgalama

Bir kişinin belirli bir sosyal grubun parçası olarak, başkalarının kendilerine karşı olumsuz önyargılar geliştireceğini veya ayrımcılık yapacağını öngörmesi durumudur (61). Bu durum, bireyin kendisi üzerinde psikolojik etkiler yaratarak, sosyal etkileşimlerini ve kendilik algısını olumsuz yönde etkileyebilir. Beklenen damgalanma, bireylerin sosyal ilişkilerden çekilmesine, özsaygıda azalmaya ve stres seviyelerinin artmasına neden olabilir (61,63).

3.3.3.1. Beklenen damgalamanın özellikleri

1. Önyargı ve Ayrımcılık Korkusu: Birey, başkalarının kendisi hakkında olumsuz düşüncelere sahip olacağına inanmasından kaynaklanır (64,65).
2. Davranışsal Değişim: Birey, bu beklenti nedeniyle daha içine kapanık hale gelebilir veya sosyal ilişkilerde daha temkinli davranabilir (64,65).
3. Özsaygı ve Kimlik: Beklenen damgalanma, bireyin kendi kimliğine yönelik algısını zedeler ve özgüvenini düşürebilir (64,65).
4. Sağlık Üzerindeki Etkileri: Psikolojik stres ve anksiyete gibi sağlık sorunlarına yol açabilir, bu da fiziksel sağlık üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilir (64,65).

4. KRONİK HASTALIKLARDA DAMGALAMA

İyileştirilmesi mümkün olmayan sürekli tedavi ve izlem gerektiren kronik hastalıklar, bireyin yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu hastalıklar bireyin günlük yaşam aktivitelerini, yaşam biçimini, benlik imgesini, rollerini, toplumsal kimliğini değiştirebilmektedir. Kronik hastalıklar bireyin psikolojik, toplumsal sorunlar ile karşı karşıya kalmasına; sosyal desteğinin azalmasına, benlik saygısının azalmasına, işsizliğe ve ekonomik sorunlara neden olmaktadır. Hastalığı yönetmekle ilgili çabalar, tedavi süreçleri, krizlerin yönetimi gibi konular hastalar için zorlayıcı olabilmektedir (66). Tüm bu güçlüklerin yanında kronik hastalığa sahip bireyler, fiziksel görünümdeki değişiklikler, fonksiyon bozuklukları, sosyal yaşama uyumda bozulma gibi nedenler ya da toplumun hastalığa karşı önyargılı tutumları nedeniyle damgalanmaya da maruz kalabilmektedirler (66,67).

Öyle ki kronik hastalıklarla yaşayan kişiler toplumda zayıf beklentilere sahip, başkalarına sunabileceği daha az fiziksel, duygusal, ekonomik, sosyal kaynağa sahip olan ve sürekli olarak güvenilemeyecek kişiler olarak algılanmaktadır (93,132). Bütün bunlar hastaların kendileri suçlu, değersiz ve hastalığından sorumlu hissetmesine neden olabilir. Yaşanan bu olumsuz deneyimler hastaların anksiyete yaşamasına, sosyal izolasyona ve dışlanmasına, sosyal aktivitelerden kaçınmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır. Hastaların psikolojik durumları üzerindeki bu olumsuz sonuçlar, sağlık hizmetlerine daha düşük erişime, ihmal edilmiş öz bakıma ve zayıf klinik sonuçlara yol açar (114,132) Bu tür deneyimlerin hastaların yardım aramasını, sağlık durumu ile ilgili konuşmasını ve dolayısıyla potansiyel olarak hastalıkların tedavisini ve yönetimini engelleyebileceği bilinmektedir (124). Böylece zaten deneyimlenen hastalık yüküne damgalanmanın neden olduğu güçlükler ve bunun olumsuz sonuçları da eklenmiş olur (132).

5. KOAH VE DAMGALAMA

Toplum sağlığını en çok tehdit eden kronik hastalıklardan biri olan KOAH'ta da damgalanma yaşantısı ele alınması gereken önemli bir konudur. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi KOAH'ta da damgalanma, gecikmiş tıbbi yardım alma, tanı gizleme, semptom şiddetinin artması ve kötü tedavi ile ilişkilidir (71).

KOAH'ta öksürük, balgam, wheezing, yorgunluk, kilo kaybı, balgam çıkarma gibi semptomlar, hastalığın tedavisinde kullanılan ilaç ya da cihazlar hastaları diğer bireyler tarafından ayırt edici hale getirebilmektedir (5,69). Ayrıca KOAH bireyin sosyal etkileşimlerini, rollerini etkilemekte, yaşanan dispne ve öksürük sosyal etkileşimi sürdürmede önemli bir engel oluşturarak, sosyal izolasyona ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (14). Özellikle KOAH'ın sigarayla ilişkisi nedeniyle KOAH'lı kişilerin sigara içtiği varsayılmakta bu da diğer sebeplerle birlikte damgalanmaya sebep olmaktadır (19).

Literatürde konu ile ilgili yapılan sistematik derleme çalışmalarının sonuçları da bu bilgiyi desteklemektedir. Bunlardan bir tanesinde içinde KOAH'ın da bulunduğu bulaşıcı olmayan solunum sistemi hastalıklarında damgalanma ile ilgili çalışmalar incelenmiştir. Bu çalışmada akciğer kanseri ve KOAH'ın damgalanma açısından benzer özellikler gösterdiği, hastaların özellikle sigara kullanımına bağlı suçluluk ve utanç duyguları yaşadığı belirtilmiştir. Aynı alışmada KOAH ve akciğer kanseri hastaları, endişelerinin sağlık profesyonelleri tarafından ciddiye alınmaması veya tedavi almaya layık olmadıklarını hissetmeleri nedeniyle tıbbi yardım almada gecikmeler yaşadıklarını bildirmiştir (71). Bir diğer çalışma yalnızca KOAH hastaları ile yapılmıştır. Bu çalışmada da KOAH'lı kişilerin hastalığa kendilerinin sebep olması, tıbbi bir cihaz (rneğin, inhaler veya oksijen) kullanmanın ve toplum içinde KOAH semptomları (rneğin, nefes darlığı veya kontrol edilemeyen öksürük) yaşamanın utanç duygularına neden olduğu belirlenmiştir. Ayrıca KOAH'lı kişilerin sigara içme davranışları nedeniyle tedavi edilemez bir hastalığa yol açtığı, bunun sonucunda da olumsuz duygular (rneğin, kaybeden olma hissi, öfke, keder, korku, kaygı, depresyon, üzüntü, işe yaramazlık veya umutsuzluk) yaşadığı belirtilmiştir (70). Yaşanan bu damgalanma ve olumsuz duygular, hastaların hem ruhsal hem de fiziksel sağlığı için bir tehdit oluşturmaktadır (72,73). Çünkü bu yaşantılar hastaları travmatize etmekte, güçsüzlük, düşük benlik saygısı, başarısızlık hissetmesine neden olmaktadır. Dikkat çekici bir başka bulgu ise hastaların semptomlarından, sigara içicisi olarak

etiketlenmekten nefret etmeleri, KOAH 'ı aşağılayıcı bir hastalık olduğunu düşünmeleri ve bu nedenle hastalıklarını gizlemeleridir (70). Ancak hastalık ilerledikçe semptomların açıkça görülür hale gelmesi, solunum cihazlarının, oksijen desteğinin toplum içinde kullanılması hastalığı gizlenemez hale getirebilir ve bu da damgalamayı tetikleyebilecek bir diğer unsurdur (73,74).



6. KOAH, DAMGALAMA VE RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

Kronik hastalıklara sahip bireylerde üzüntü, öfke, çaresizlik, umutsuzluk, ölüm korkusu, endişe, aile ve iş yaşantısında rol kaybı, öz güven azalması, bağımlı olma endişesi, beden imajı değişikliği, yaşam tarzında bozulma, depresif belirtiler ve sosyal izolasyon gibi psikososyal sorunlar ortaya çıkabileceğinden, hastalık yönetiminde yalnızca fizyolojik sorunların değil, aynı zamanda bu psikososyal sorunların da etkili bir şekilde ele alınmasını gerektirmektedir (75,76,77,78). KOAH'ın etkin tedavisi ve yönetimi sadece fiziksel sorunları değil aynı zamanda psikososyal sorunları da kapsamalıdır. (79). KOAH gibi kronik hastalıklarda hastalığa uyum kritik bir sorun olarak karşımıza çıkar ve etkileyen pek çok faktör vardır (80). KOAH, yalnızca tıbbi bir durum olmanın ötesinde, aynı zamanda milyonlarca kişiyi etkileyen karmaşık bir sosyal sorundur. Bu sosyal sorunlardan biri de damgalanmadır (81). Damgalanmanın sonucu olarak ortaya çıkan tedaviye uyum güçlükleri ve ruhsal sorunlar KOAH 'ta büyük bir sağlık ve ekonomik sorun oluşturabilir (80).

KOAH ile ilişkili damgalanma, genellikle hastalığın sigara kullanımıyla olan sıkı bağlantısı nedeniyle karmaşık bir olgu olarak ortaya çıkmakta ve toplumun sigara ile ilgili farkındalık düzeyleri arttıkça, KOAH tanısı almış bireyler damgalanma, dışlanma ve hastalıklarından sorumlu tutulma gibi olumsuz yargılarla karşılaşabilmektedir (70). Bazı topluluklarda, KOAH 'ın belirtileri (örneğin öksürme, balgam çıkarma) hastalık olarak kabul edilmeyebilir ve tiksinti duygularına yol açabilir. Bu durum, bireyin kendini damgalamasına neden olabilir ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Aynı zamanda, bu olumsuz algılar kişilerin yardım aramaktan çekinmelerine, cesaretlerinin kırılmasına, sosyal izolasyona yol açabilir. KOAH hastalarının başkalarını rahatsız etmekten, yük olmaktan veya engelli görünmekten kaçınma isteği, sosyal destek ve yardım arama davranışlarını etkileyebilecek içsel süreçlerdir (82). KOAH'ta hastalar semptomlara bağlı fonksiyon kayıpları, palyatif bakım ihtiyacı, sosyal davranışlarında ve günlük aktivitelerinde kısıtlılık yaşayabilirler (83,84). Bütün bunlara ek olarak belirsizlik, sağlık dalgalanmaları, çoklu ilaç kullanımı ve eşlik eden hastalıklarla baş etme gibi zorluklar esnek ve sürekli bir multidisipliner terapötik yaklaşımı gerektirmektedir (85).

Tüm bunların yanında sağlık profesyonellerinin KOAH hastalarına karşı damgalayıcı tutumu da bireylerin karşılaştığı psikososyal zorluklara katkıda bulunabilir ve fiziksel sağlıklarının kötüleşmesine neden olabilir KOAH hastalarında eşlik eden hastalıkların varlığı ve hastalık yönetimi ile maliyetlere ilişkin karmaşık faktörler, hastalığın sorumlusu olarak hastayı görme gibi nedenler sağlık profesyonellerinin tutumunu etkileyebilir (86). KOAH ve akciğer kanseri hastaları, endişelerinin sağlık profesyonelleri tarafından ciddiye alınmaması veya tedavi almaya layık olmadıklarını hissetmeleri nedeniyle tıbbi yardım almada gecikmeler yaşadıklarını bildirmiştir (71). Sonuç olarak, toplum kadar sağlık personellerinin damgalayıcı ve yargılayıcı tutumu da hastaların sağlık hizmeti almakta tereddüt etmesi veya tedaviye uyumunun bozulması ile sonuçlanabilir ki bu da hastalığın nüks etme veya kötüleşme riskini artırmaktadır (86). Ayrıca hastalıktan kaynaklanan komplikasyonlarla başa çıkma sürecinde damgalanma, özgüven kaybı, fiziksel değişimlere bağlı benlik algısındaki değişiklikler ve terk edilme korkusu gibi sorunlarla karşılaşılabilir. Bu dinamikler, bilişsel, duygusal ve sosyal düzeyde artan fizyolojik tepkilere yol açarak sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, KOAH hastalarına yönelik psikolojik destek, tedavi etkinliği ve yaşam kalitesinin artırılması açısından son derece kritik öneme sahiptir (55).

Tüm bunlar KOAH tanısı alan hastaları ruhsal hastalıklar için de risk grubuna sokmaktadır. Araştırmalar, KOAH tanısı ile psikiyatrik komorbiditeler arasında çift yönlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (87). KOAH'ta sıklıkla görülen komorbid durumlar anksiyete depresyondur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, KOAH hastalarının %35,1'inde anksiyete ve %43,7'sinde depresyon belirtilerine rastlanmıştır (87).Yapılan bir sistematik derlemenin sonuçları eşlik eden anksiyete veya depresyonu olan KOAH hastaları 12 aylık bir süre içinde daha fazla akut alevlenme ve tekrar hastaneye yatış vakası yaşadığı; ayrıca bu eşlik eden hastalıkları olmayan KOAH hastalarına göre daha yüksek ölüm riski taşıdığı bildirilmektedir (88).Görüldüğü gibi bu damgalanma, özgüven kaybı, fiziksel değişimlere bağlı benlik algısındaki değişiklikler, yalnızlık, ölüm korkusu gibi psikososyal sorunlar fizyolojik tepkilere de yol açarak sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, KOAH hastalarına yönelik psikolojik destek, tedavi etkinliği ve yaşam kalitesinin artırılması açısından son derece kritik öneme sahiptir (55).

KOAH hastalarında hemşirelerin rolü çok yönlüdür. Hemşireler, hastaların fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için çeşitli görevleri yerine getirir. KOAH'lı hastanın tedavi ve bakımında hemşirenin rolleri şu şekilde özetlenebilir.

- Hastanın Değerlendirilmesi: Hemşire, hastanın genel durumunu değerlendirir. Solunum fonksiyonlarını, oksijen satürasyonunu ve semptomları izleyerek gerekli verileri toplar(89,90).
- Tedavi Planının Uygulanması: Hemşire, doktorun belirlediği tedavi planını uygular. İlaçların zamanında ve doğru şekilde verilmesi, bronkodilatörlerin ve kortikosteroidlerin kullanımı gibi tedavi süreçlerini yönetir (89,90).
- Eğitim ve Bilgilendirme: Hemşire, KOAH hastalarına hastalıkları, tedavi yöntemleri ve ilaç kullanımı hakkında bilgi verir. Ayrıca, solunum egzersizleri, nefes kontrol teknikleri ve hastalığın kendi yönetimi konusunda eğitim sağlar (89).
- Duygusal Destek: Hemşire, KOAH hastalarının yaşadığı kaygı, depresyon veya stres gibi duygusal sorunları ele alır. Hastalarla empatik bir iletişim kurarak, duygusal destek sağlar (89,90).
- Aile Eğitimi ve Danışmanlığı: Hemşire, hastanın ailesine KOAH hakkında bilgi verir ve hasta bakımında nasıl yardımcı olabilecekleri konusunda rehberlik eder (89,90).
- Semptom Yönetimi: Hemşire, hastaların nefes darlığı gibi semptomlarını yönetmek için çeşitli stratejiler uygular. Acil durumlarda müdahale etme yeteneğine sahiptir (89).
- İzleme ve İzleme Programları: Hemşire, KOAH hastalarını düzenli olarak izler ve sağlık durumlarındaki değişiklikleri gözlemler. Gerekirse doktor ile iletişime geçerek tedavi planını güncelleyebilir (89–91).
- Rehabilitasyon Programları Beraberliği: Hemşire, KOAH (rehabilitasyon programlarına katılımı teşvik eder ve hastaları bu süreçte destekler (89,91)
- Acil Müdahale: Nefes alma güçlüğü veya oksijen yetersizliği gibi acil durumlarda hemşire hızlı bir şekilde müdahale eder ve gerekli ilk yardımı sağlar (89,91).
- Koruyucu Hizmetler: Hemşire, sigara bırakma programları ve sağlık taramaları gibi koruyucu hizmetleri teşvik eder (92).

Hemşirelerin en önemli rollerinden biri hasta savunuculuğudur. Hastalarla uzun süreli etkileşimde bulunan hemşireler, tedavi, bakım ve günlük aktivitelerde hastaların aktif katılımını sağlayarak onların ihtiyaçlarını daha iyi anlama fırsatına sahip olurlar. Bu bağlamda hemşireler, hastaları fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik açıdan değerlendirme şansını elde ederken, damgalama durumlarına da tanıklık edebilirler. Damgalamanın azaltılmasında hemşirelerin uyguladığı temel stratejilerin başında, kronik hastalıkları olan bireylere karşı taşıdıkları olumsuz tutumların farkında olmaları ve bu tutumlarını olumlu yönde değiştirmeleri gelmektedir. Hemşirelerin damgalama konusundaki bilgi düzeyleri, hastalara yönelik eğitim ve girişimlerin etkinliği açısından kritik bir rol oynamaktadır. İyi bir sağlık yönetimi sağlamak için hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri damgalama ile mücadele etmelidir. Bu mücadelede atılması gereken adımlar şunlardır:

- Bireylerin sağlık durumlarını sürdürebilmeleri ve geliştirebilmeleri için farkındalığın artırılması,
- Kitle iletişim araçları ve eğitim materyalleri aracılığıyla toplumun damgalama konusunda bilgilendirilmesi,
- Damgalama ile karşılaşan bireylere profesyonel destek sağlanması,
- Damgalamaya yol açabilecek hastalıklarla ilgili daha fazla araştırma yapılması ve elde edilen sonuçlara dayalı uygulamaların geliştirilmesi.

Bu şekilde hemşireler, hem bireylerin sağlığını hem de toplumun genel iyi oluşunu artırmada etkin bir rol oynayabilirler (93,94).

7. GEREÇ VE YÖNTEM

7.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma KOAH'lı bireylerde KOAH ile ilişkili Damgalanma Ölçeğinin (KOAHÖ) Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla yapılan metodolojik ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

7.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri şu şekilde sıralanmaktadır.

H0: Türkçe'ye uyarlanan KOAHÖ geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı değildir.

H1: Türkçe'ye uyarlanan KOAHÖ geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır.

7.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma TC Sağlık Bakanlığına bağlı hizmet veren Zonguldak Uzun Mehmet Göğüs ve Meslek Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmıştır. Zonguldak Uzun Mehmet Göğüs ve Meslek Hastalıkları Hastanesi Zonguldak şehir merkezinde hizmet veren 120 yatak kapasiteli bir özel dal hastanesidir. Araştırma 01/01/2024-1/09/2024 tarihleri arasında KOAH tanısı ile hastaneye yatarak tedavi alan hastalarla yürütülmüştür.

7.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Zonguldak Uzun Mehmet Göğüs ve Meslek Hastalıkları Hastanesi'nde yatarak tedavi gören tüm KOAH hastaları oluşturmuştur. Çalışmanın örnekleminin belirlenmesinde ölçek madde sayısının oranları dikkate alınmıştır. Ölçek geliştirme sürecinde analiz işlemleri için örneklem büyüklüğü belirlenirken araştırmacılar birbirinden farklı yaklaşımlar öne sürmüşlerdir. Bazı araştırmacılar madde sayısının 10 katı örneklem olması gerektiğini savunurken (95) bazıları ise 4 katı olması gerektiğini belirtmiştir.(96). Bu çalışmada ölçek maddelerinin her biri için 10 katılımcıya ulaşılmıştır (97).

Geçerlik güvenirlik çalışması yapılan KOAH ile ilişkili Damgalanma Ölçeği'nin orijinal formu 24 maddeden oluşmaktadır ve bu nedenle örneklem sayısı ($24 \times 10 = 240$) 240 olarak belirlenmiştir. İstatistiksel analiz için SPSS 27 paket programı kullanılmıştır.

7.4.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

45 yaş ve üzerinde olmak

Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

En az bir yıldır KOAH tanısı ile tedavi alıyor olmak

7.4.2. Araştırmadan dışlama kriterleri

Araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak

İletişim kurmayı engelleyecek düzeyde bilişsel bozukluğu olmak

Psikotik özellikli ruh sağlığı sorunları olmak

İletişim engeli olmak (işitme, görme engeli vb.)

7.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri hastaların bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklerini sorgulayan Kişisel Bilgi Formu (Ek -1), KOAH ile ilişkili Damgalanma Ölçeği (KOAHDO)(Ek -2) Dispne 12 Ölçeği(Ek-3), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)(Ek-4), KOAH Değerlendirme Ölçeği (COPD ASSESSMENT TEST) (KDÖ) ile toplanacaktır.

7.5.1. Kişisel bilgi formu (Ek 1)

Bireylerin sosyodemografik özelliklerini içeren (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durum) 5 ve KOAH ve genel sağlığa ilişkin 18, toplam 23 sorudan oluşan bir formdur.

7.5.2. KOAH ile ilişkili damgalama ölçeği (KOAHDÖ) (Ek 2)

Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılan KOAHDÖ, Seoyoon Woo ve ark. (2023) KOAH hastalarının altta yatan damgalama süreçlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. (70) Ölçek 24 maddeden oluşan ve dörtlü likert tipte (Tamamen Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Katılıyorum (3), Tamamen Katılıyorum (4) bir ölçektir. Orijinal ölçek Toplumsal Damgalanma (11,12,13,14,15,16,17,18,21,22,23,24), Hissedilen Damgalanma (2,4,5,7,8,10) **Beklenen Damgalanma-Oksijen** (1,3,9) ve Sigara ile İlişkili Damgalanma maddeleri (6,19, 20) olmak üzere dört alt boyut ve 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçek puanı hesaplanırken ölçekten alınan puanlar toplanarak toplam puan elde edilmektedir. Ölçekten alınan puanların artması damgalanmanın arttığını göstermektedir. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puanlar: Toplam puanda minimum 24 puan maksimum 96 puan; toplumsal damgalanma alt boyutunda minimum 12 puan maksimum 48 puan; hissedilen damgalanma alt boyutunda minimum 6 puan maksimum 24 puan; beklenen damgalanma-oksijen alt boyutunda minimum 3 puan maksimum 12 puan; sigaraya bağlı damgalanma alt boyutunda minimum 3 puan maksimum 12 puandır. Ölçeğin Cronbach's alpha iç tutarlılık katsayısı 0,93'tür. Alt boyutların Cronbach's Alphası ise sırasıyla Toplumsal damgalanma (0,95); Hissedilen damgalanma (0,95); Beklenen Damgalanma-Oksijen (0,80) ve Sigara ile İlişkili Damgalanma (0,81)dir. Ölçek geçerlik güvenirlik çalışmasının yapılabilmesi için ölçeği geliştiren yazarlardan Seoyoon Woo'dan e mail yoluyla izin alınmıştır.

7.5.3. Dispne 12 ölçeği (Ek 3)

Yorke ve arkadaşları tarafından geliştirilen 2011 yılında (98) ve Türkçe geçerlik güvenirliği (99) dispne (nefes darlığı) şiddetini ölçen toplam 12 maddeden oluşan bir ölçektir (99). Dörtlü likert tipteki (0=hiç, 1=hafif, 2=orta, 3=ciddi) seçeneklerini içermektedir. Ölçeğin ilk yedi maddesi dispnenin hastalarda yarattığı fiziksel zorlukları sorgularken; ölçeğin kalan beş maddesi dispnenin duygusal durumlara etkisine odaklanmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan ise 36'dır. Ölçeğin fiziksel boyutundan alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 21, duygusal boyutundan alınabilecek minimum puan 0 maksimum

puan ise 15'tir. Ölçekten alınan puanın artması hastada dispne şiddetinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.90'dır.

7.5.4. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD)(Ek 4)

Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilen (100) ve Aydemir Ö, ve arkadaşlarının (1997) geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığı ölçek hastanın anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir (101). Ölçek 14 sorudan Ölçek dördümlü Likert tipi bir değerlendirme aracıdır ve maddelerinin puanları 0-3 arasındadır Ölçeği anksiyete ve depresyon alt boyutları bulunmakta ve tek sayılı yedi madde (1., 3., 5., 7., 9., 11.) anksiyete ve çift sayılı yedi madde (2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14.) depresyonu ölçmektedir. Ancak her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan, 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir (Aydemir ve ark. (1997)'lerinin yaptıkları geçerlik ve güvenirlik çalışması sonucunda HAD anksiyete skoru (HAD-A) için kesme puanı 10/11, HADS depresyon skoru (HAD-D) için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,81'dir.

7.5.5. KOAH değerlendirme ölçeği (KDÖ)(EK 5)

Jones ve ark (2009) tarafından geliştirilen ve KOAH'ta hastalık şiddetinin belirlenmesinde kullanılan 8 sorudan bir ölçektir (102). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Yorgancıoğlu ve ark. (2012) tarafından yapılmıştır (103). Ölçekte her madde 0-5 arasında değerlendirilmektedir ve ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 40 arasındadır; toplam puanın artması hastanın semptomlarının arttığını ve yaşam kalitesinin düştüğünü göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,88'dir.

7.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veri toplamaya başlamadan önce yapılan çalışma ile ilgili bilgi verilmiş, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı açıklanmıştır. Katılımcılardan sözlü ve yazılı onay alındıktan sonra veri toplama aşamasına geçilmiştir. Formların doldurulması 35-40 dk sürmüştür.

7.7. Araştırmanın Uygulama Aşamaları

KOAH'lı bireylerde KOAH ile ilişkili Damgalanma Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik çalışmasında; dil geçerliği, kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve ölçüt geçerliği değerlendirilmiştir.

7.7.1. Dil geçerliği

Veri toplama aracı olarak kullanılacak ölçek farklı bir dil ve kültürde geliştirilmişse bu aracın Türk dili ve kültürüne uyarlama çalışmalarının yapılması gerekmektedir (104). Dil eşdeğerliliğinde sıklıkla çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılır (105). Bu amaçla uyarlanacak ölçek maddelerinin her iki dil ve kültüre hakim uzmanlarca önce ölçeğin orijinal dilinden, uyarlamanın yapılacağı dile, ardından tekrar orijinal diline çevirisi yapılır (105,106). Çevirisi yapılan ölçek yine her iki dil ve kültüre hakim olan uzmanlar tarafından anlam, dil bilgisi ve yapı yönünden incelenir ve böylece dil eşdeğerliliği aşaması tamamlanır (105).

Bu çalışmada uyarlaması yapılan KOAHDÖ Amerikan halkı üzerinde geliştirilmiş ve İngilizce yayınlanmıştır. Bu nedenle dil geçerliğini sağlamak amacıyla anadili Türkçe olan ve ileri düzeyde İngilizce bilen, Amerikan kültürüne hakim alanında uzman birbirinden bağımsız 2 farklı çevirmen tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Türkçe'ye çevrilen ölçek araştırmacı tarafından tekrar gözden geçirilerek tek bir form haline getirilmiştir. Oluşturulan Türkçe taslak formda ölçek maddelerinin anlaşılabilirliği, kültüre uyumu ve tutarsızlık olup olmadığı psikiyatri ve iç hastalıkları hemşireliğinde uzman hemşirelerden oluşan uzmanlar tarafından değerlendirilmiştir. Kapsam geçerliğini oluşturan bu aşama 6 psikiyatri hemşireliği ve 4 iç hastalıkları hemşireliği alanında olmak üzere 10 uzman görüşüne sunuldu.

Ölçeğin Türkçe taslak formu uzmanlardan gelen geribildirimler ve öneriler doğrultusunda tekrar gözden geçirilerek gerekli düzenlemeler yapıldı ve Türkçe formuna son şekli verildi. Türkçe formunda yapılan düzenlemelerden sonra Türkçe ileri düzeyde İngilizce bilen ve birbirinden bağımsız farklı alanında iki uzman tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. İngilizce'ye çevrilen formlar araştırmacı tarafından tek bir İngilizce form haline getirilmiştir.

Ölçeğin İngilizce özgün versiyonu ile İngilizce'ye çevrilmiş versiyonu ana dili İngilizce olan farklı bir uzman tarafından anlam ve benzerlik açısından karşılaştırılmıştır. Türkçe versiyonuna son hali verildikten sonra tekrar İngilizce'ye çevirilerek ölçeği geliştiren kişiye mail atılmış, görüşleri alınmış ve ölçek sahibinin onayı alındıktan sonra Türkçe formun son şekli verilmiştir.

7.7.2. Kapsam geçerliği

Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında kapsam geçerliği ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin ölçülmek istenen kavramı ölçüp ölçmediğini ve ölçülmek istenen kavram dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını değerlendirmek amacıyla yapılır. Bir ölçme aracı ölçülecek niteliklerin tamamını ölçüyorsa ya da iyi bir örneklem üzerinde ölçme yapmış ve kapsadığı her madde geçerli ölçüm yapıyorsa kapsam geçerliliği var demektir. Kapsam geçerliliği için konu ile ilgili uzmanlık alanlarında ve ölçek sorusu hazırlama teknik ve yöntemlerini bilen kişilerden görüş alınması gerekmektedir.

KOAHDO'nun kapsam geçerliğini yapmak üzere Davis tekniğinden (1992) yararlanılmıştır. Kapsam geçerliği için İç Hastalıkları ve Ruh Sağlığı alanında hemşire öğretim üyesi 10 uzmanın görüşü alınmıştır. Değerlendirmeler sonucunda kapsam geçerlik ölçütü The Content Validity Ratio (CVR) değerinin 1.00 olduğu saptanmıştır. Uzmanların kapsam geçerliğinde yaptığı değerlendirme farklı tekniklerle yapılabilir. Davis tekniğinde maddeler; “uygun”, “madde hafifçe gözden geçirilmeli”, “madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve “madde uygun değil” olarak dörtlü derecelendirilmektedir. Kullanılan bu teknikte, maddelerin uygun oluşu ve maddenin hafifçe gözden geçirilmeli seçeneklerini seçen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünür ve maddeye ilişkin “kapsam geçerlik indeksi” elde edilir. Bu değer 0,80 olması kabul edilebilir bir düzey anlamına gelir (Çapık C, 2018; Karakoç A, 2014). KOAHDO dil geçerliğini sağladığı belirlendikten sonra kapsam geçerliği için

Davis tekniği kullanılarak iç hastalıkları ve ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi olan 10 öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır. Bunun için ölçeğin taslak Türkçe formu e-posta ile uzmanlara gönderilmiştir. Uzman akademisyenlerden ölçek maddelerinin her biri için 1-4 arasında, 1 “uygun değil”, 2 “biraz uygun”, 3 “oldukça uygun”, 4 “çok uygun” şeklinde puanlama yapmaları ve varsa önerilerini sunmaları istenmiştir. Uzmanlardan alınan öneriler dikkate alınarak bir form oluşturulmuş ve daha sonra oluşturulan ölçek, ölçeği geliştiren yazara mail yoluyla gönderilmiştir. Yazar tarafından onay verilen ölçeğe son şekli verilmiştir. Kapsam geçerliğini takiben, ölçeğin anlaşılabilirliğini test etmek için 30 KOAH tanılı hasta ile pilot çalışma yapılmıştır. Yapılan pilot çalışmada 14. Madde olan “KOAH hastası olmak, kendimi pis hissettiriyor” ifadesinin bazı hastalar için anlaşılır olmadığı; neden pis olayım? şeklinde soru sordukları görülmüştür. Bu nedenle bu maddeye hastalık belirtileri eklenmiş ve madde “KOAH hastalığım, öksürük balgam çıkarma gibi belirtileri nedeniyle kendimi kirli hissetmeme neden oluyor” şeklinde değiştirilmiştir. Ölçek maddesindeki bu değişiklik ile ilgili orijinal ölçeği geliştiren yazardan onay alınmıştır. Pilot çalışmada, hastaların diğer ölçek maddelerinin anlaşılabilirliği ile ilgili bir sorun yaşanmamış ve ölçek maddelerinde ek bir değişiklik yapılmamıştır. Pilot çalışmaya dahil edilen hastalar araştırma örnekleme dışında bırakılmıştır.

7.7.3. Yapı geçerliği

Yapı geçerliği ile özellikle sosyal bilimlerde ve psikolojide, yapı geçerliği, bir ölçüm aracının (anket, test veya ölçek gibi) gerçekten ölçmek istediği soyut kavram veya yapının (örneğin, depresyon, memnuniyet, öz-yeterlilik gibi) ne ölçüde temsil edildiğini ve değerlendirildiğini ifade eder. Bu kavramlar, doğrudan gözlemlenemeyen ve ölçülmesi güç soyut davranış veya özelliklerdir. Yani, bu tür kavramların varlığı ya da düzeyi, nesnel bir ölçümle (ölçü aletleriyle) doğrudan gözlemlenemez, bu yüzden uygun bir şekilde tasarlanmış bir ölçüm aracının geçerliliği, bu soyut yapıların temsilini değerlendirmek için kritik öneme sahiptir(104).Yapı geçerliğinin belirlenmesinde en sık faktör analizi kullanılır. Faktör analizinin yapılabilmesi için örneklem büyüklüğünün yeterli olması gerekir. Örneklem büyüklüğünün yeterliliği ise Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testiyle belirlenir. KMO değeri 0.50 ve üzerinde ise örneklem büyüklüğü yeterlidir. Faktör analizi yapılabilmesi için verilerin uygunluğu

ise bir ki-kare istatistiği olan Barlett testi kullanılmaktadır. Bu testten alınan değerin $p \leq 0,05$ olması verilen faktör analizinin uygunluğunu gösterir.

Faktör analizi iki şekilde yapılmaktadır. Bunlar; açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) dir.

AFA ölçek maddeleri arasında teorik bir bilgi veya ilişki olmadığı durumlarda, maddeler arasındaki ilişkileri inceleyerek mevcut yapıların açıklanmasına yardımcı olur.

DFA ise varlığı daha önce kanıtlanmış olan yapının yeni bir veri setindeki uyumunu araştırır. Yani araştırmacının daha önceden belirlemiş olduğu teoriyi test eder. Yapı geçerliliği için önce açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Yapı geçerliliğini sağlamlaştırmak için AMOS paket programı kullanılarak doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

KOAHDÖ'nün yapı geçerliği açısından uygun olup olmadığı, AFA ile incelenmiştir. AFA'nın geçerliliğini değerlendirmek için KMO yeterlilik ölçümü ve Bartlett Küresellik testi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlarda, alt boyutların veri setindeki değişkenleri hangi oranda temsil ettiğini belirlemek amacıyla açıklanan varyans oranı incelenmiştir. Bu oranın, ölçekteki toplam faktör sayısının tüm soruların yüzde kaçını açıkladığını gösterdiği ve minimum %50 olması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

7.7.4. Ölçüt geçerliği

Ölçüt geçerliliği ile ölçeğin etkinliğini belirlenir. Bu amaçla geçerlik ve güvenilirliği test edilen ölçek puanları ile belirlenen kriter arasındaki ilişki incelenir (107). Bu amaçla daha önce geçerlik ve güvenilirliği test edilmiş ve hali hazırda kullanılan standart bir ölçek ile çalışması yapılan ölçekten alınan puanlar arasındaki ilişki belirlenir (108).

Bu çalışmada KOAHDÖ toplam ve alt boyut ortalama puanları ile HAD, **KDÖ** ve Dispne-12 ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiştir.

7.7.5. Güvenirlik analizi

Güvenirlik; değişmezliğin, yeterliliğin, eşdeğerliliğin, tutarlılığın, doğruluğun ve kararlılığın sağlanmasını ve bir ölçüm aracının ölçmek istediği değişkeni ne tutarlılıkla ölçtüğünün ya da ölçüm sonuçlarının hatalardan arınmış olmasının

derecesini gösterir. Güvenilir olmayan ya da güvenilirliği düşük olan bir ölçüm aracının bilimsel değeri de düşük olarak kabul edilmektedir (109). Ölçeklerin güvenilirliği genellikle ikiden fazla maddeden oluşan ölçeklerde iç tutarlılığı belirleyen Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı ile belirlenir. Güvenirlik katsayısı $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise güvenilir değil) $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise düşük güvenirlikte; $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise oldukça güvenilir ve $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (110).

7.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler lisanlı SPSS 27 paket programı ile analiz edilmiştir. Demografik verilerin dağılımların belirlenmesinde gruplara ait frekans (n) ve yüzde (%) değerleri, ölçek düzeylerine ilişkin frekans analizleri, gruplara ait ortalama (Ort), standart sapma (SS), minimum (Min) ve maksimum (Maks) değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunu belirlemede çarpıklık basıklık katsayılarından yararlanılmış ve -1.50 ile +1.50 değerleri arasındaki değerler normal kabul edilmiştir (111).

Ölçeğin faktör analizine uygunluğunu belirlemede Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ve Barlett küresellik testi kullanılmıştır. Güvenirlik için iç tutarlılık katsayısı Cronbach's Alpha testi kullanılmıştır.

Yapılan analizler sonucunda verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiş ve gruplar arasındaki farklılıkların belirlenmesinde parametrik testler kullanılmıştır. Buna göre iki bağımsız grup karşılaştırıldığında student-t test; üç ve daha fazla grup karşılaştırıldığında ANOVA (varyans analizi) testi kullanılmıştır. Anova testi sonucunda anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında varyans homojenliğine göre Tukey testi uygulanmıştır. Sürekli değişkenler arasında ilişki pearson korelasyon katsayısı ile belirlenmiştir. İlişkini kuvvetinin belirlenmesinde $0,00 \leq r \leq 0,25$ çok zayıf; $0,26 \leq r \leq 0,49$ zayıf; $0,50 \leq r \leq 0,69$ orta; $0,70 \leq r \leq 0,89$ yüksek; $0,90 \leq r \leq 1,00$ çok yüksek ilişki (112) düzeyleri kullanılmıştır. Analiz sonuçları değerlendirilirken anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Tablo 2. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler ve Teknikler

Özellik	Kullanılan Testler
Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı, Yüzde
Dil Geçerliği	İngilizce'den Türkçeye çeviri Türkçe'den İngilizce'ye geri çeviri
Kapsam Geçerliği	Davis Tekniği Kapsam Geçerlik İndeksi
Örneklem ve Veri Setinin Uygunluğu	Kaiser-Meyer- Olkin (KMO) Barlett Katsayıları
Açıklayıcı Faktör Analizi	Varimax rotasyon metodu
Doğrulayıcı Faktör Analizi	X2/sd, GFI, AGFI, NFI, IFI, CFI, RMSEA
Ölçüt Geçerliği İlişkisel Çıkarımlar	Pearson Korelasyon Analizi
Güvenirlik / İç Tutarlılık	Cronbach α Katsayısı

7.9. Araştırmanın Etik Boyutu

KOAHDÖ'nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılabilmesi için ölçeğin orijinal formunu geliştiren yazarlardan Seoyoon Woo'ya e-posta yolu ile ulaşılmış ve ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışması için yazılı izin alınmış ve ölçeğin orijinal formu temin edilmiştir. Alınan izinden sonra çalışmanın yapılabilmesi için Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'dan 18.12.2023 tarihli 2023/31 no'lu etik kurul onayı ve Zonguldak Uzun Mehmet Göğüs ve Meslek Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği'nden (E-91731443-929-230875121) araştırma izni alınmıştır. Çalışmaya katılan katılımcılar çalışmanın amacı, çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, istedikleri zaman çalışmadan çekilebilecekleri ve kişisel bilgilerinin saklanacağı ile ilgili bilgilendirilmiş ve katılımcıların yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

7.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı güçlü yönleri ve sınırlılıkları mevcuttur. Türkçe literatürde KOAH hastalarının yaşadığı psiko-sosyal güçlüklerden damgalanma yaşantısını ölçen bir ölçme aracının bulunmaması ve ölçeğin bu önemli boşluğu doldurması araştırmanın güçlü yanıdır. Ayrıca ölçek madde sayısının fazla olmaması, ölçek maddelerinin kısa ve anlaşılır olması nedeniyle uygulanmasının ve değerlendirmesinin kolay olması ve dört alt boyuttan oluşan ölçeğin damgalanmanın farklı boyutlarını

belirleyebilmesi de araştırmanın bir diğer güçlü yanını oluşturmaktadır. Diğer yandan, ölçeğin yalnızca KOAH hastalığına özgü yaşantılar ve semptomların neden olduğu damgalanma yaşantısını ölçmesi nedeniyle çalışma bulguları KOAH hastalarıyla sınırlıdır.



8. BULGULAR

Bu bölümde; KOAH ile ilişkili Damgalanma Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik çalışmasından elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur.

- Katılımcıların Sosyo-demografik ve Bazı Klinik Özelliklerine, Sağlığına İlişkin Ölçüm Değerlerine Yönelik Bulgular
- KOAH ile ilişkili Damgalanma Ölçeğinin Geçerlik Analizi Bulguları
- KOAH ile ilişkili Damgalanma Ölçeğinin Güvenirlik Analizi Bulguları
- KOAH ile ilişkili Damgalanma Ölçeğinin Bazı Klinik Özelliklerle İlişkisine Ait Bulgular

8.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Bazı Klinik Özellikleri

Katılımcıların bazı sosyo demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir. Buna göre katılımcıların yaş ortalaması 67.92 ± 10.29 (Min:45 Max:87); çoğunluğu (%66.67) erkek, (%75.00) evli, (%65) ilkokul mezunu ve ekonomik durumu (%82.92) orta düzeydedir.

Tablo 3. Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Değişkenler		Ort. $\pm$ SS	Min. $\pm$ Maks.
Yaş		67.92 $\pm$ 10.29	45-87
		n	%
Cinsiyet	Kadın	80	33.33
	Erkek	160	66.67
Medeni Durum	Bekar	12	5.00
	Evli	180	75.00
	Boşanmış Eşi Vefat Etmiş	48	20.00
Eğitim Düzeyi	İlkokul	156	65.0
	Ortaokul	53	22.1
	Lise	23	9.6
	Üniversite	8	3.3
Ekonomik Durum	İyi	10	4.17
	Orta	199	82.92
	Kötü	31	12.92
Toplam		240	100

Katılımcıların sağlık durumu ile sigara alkol kullanma durumlarına göre dağılımı incelenmiştir (Tablo 4). Buna göre katılımcıların sigara kullanma durumu

incelendiğinde %22.08'inin halen kullandığı, %42.08'inin bıraktığı, %35.83'ünün ise kullanmadığı belirlenmiştir. Sigara içenlerin sigara içme yıl ortalaması 25.21 ± 8.04 yıl (Min: 8 Max: 40) iken sigarayı bırakanların bırakma yıl ortalaması 23.27 ± 12.60 (Min: 1-Max: 50) yıldır. Katılımcıların alkol kullanma durumu incelendiğinde %12.08'inin halen alkol tükettiği, %69,17'si alkol tüketmediği ve %18.75'i alkolü bıraktığı; alkol kullanma süresinin ortalama 25.10 ± 7.53 yıl (Min:8 Max: 40) ve bırakma süresi ortalama 23.49 ± 12.35 yıl (Min:5 Max:50) yıl olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların Sağlık Durumu ve Sigara Alkol Kullanma Durumlarının Dağılımı

Değişken	Kategori	n	%
Sigara Kullanma	Evet	53	22.08
	Hayır	86	35.83
	Bıaktım	101	42.08
Alkol Kullanma	Evet	29	12.08
	Hayır	166	69.17
	Bıaktım	45	18.75
Ek Kronik Hastalık Varlığı	Evet	174	72.50
	Hayır	66	27.50
Ruhsal Hastalık Varlığı	Evet	141	58.75
	Hayır	99	41.25
		Ort. $\pm$ SS	Min. - Maks.
Sigara Kullanma Süre		25.21 ± 8.04	8-40
Sigara Bırakılan Süre		23.27 ± 12.60	1-50
Alkol Kullanma Süre		25.10 ± 7.53	8-40
Alkol Bırakılan Süre		23.49 ± 12.35	5-50

*Birden fazla işaretlenmiştir

Katılımcıların solunum istemine ilişkin bazı parametrelerinin ortalama değerleri Tablo 5'te verilmiştir. Buna göre solunum sayısı ortalaması 16.89 ± 1.01 nefes/dakika (Min:16.00 Max:20.00) dır. Solunum fonksiyonlarına ilişkin diğer değerler olan kan oksijen satürasyonu (SpO2) ortalaması $\%93.34 \pm 4.08$ (Min:39.00 Max:98.00); Zorlanmış Ekspiratuvar Volüm (FEV) ortalaması 54.27 ± 21.05 (Min:18.00 Max:93.00); Zorlanmış Vital Kapasite (FVC) ortalaması 51.94 ± 19.51 (Min: olarak 18.00 Max:89.00)'dir (Tablo 6).

Tablo 5. Katılımcıların Solunum Sistemine İlişkin Bazı Parametrelerinin Ortalama Değerleri

Değişken	Ort. $\pm$ SS	Min-Maks.
Solunum /dk	16.89 $\pm$ 1.01	16.00-20.00
SPO	93.34 $\pm$ 4.08	39.00-98.00
FEV	54.27 $\pm$ 21.05	18.00-93.00
FVC	51.94 $\pm$ 19.51	18.00 -89.00

SPO: Kan oksijen saturasyonu FEV: Zorlanmış Ekspiratuvar Volüm FVC: Zorlanmış Vital Kapasite

Katılımcıların KOAH ve tedavisine ilişkin bazı özelliklere göre dağılımı Tablo 4 de verilmiştir. Buna göre KOAH hastalarının hastalık süresi ortalama 11.56 ± 5.86 (Min:1 Max:30) yıldır ve %18.33'ü KOAH Evre 1, %32.92'si KOAH Evre 2, %31.25'i KOAH Evre 3 ve %17.50'si KOAH Evre 4'te bulunmaktadır. Hastaların yarısından fazlası (%51.25) ilaçlarını düzenli kullanırken; %35.83'ü arada sırada ilaçlarını unuttuğunu, %12.92'si ilaçlarını kullanmadığını belirtmektedir. Katılımcıların %44.17'si tedavide inhaler kullanırken, %55.83'ü inhaler kullanmamaktadır. Yardımcı cihaz kullanımına bakıldığında %87.92'sinin nebulizatör, %25.83'ü BPAP/CPAP, %27.08'inin oksijen konsantratörü ve %48.33'ünün oksijen tüpü kullandığı, %11.25'inin yardımcı cihaz kullanmadığı görülmektedir. Katılımcıların %27.08'i ailesinde KOAH hastası bulunduğunu, %72.92'si ise bulunmadığını belirtmektedir. Son bir yıl içinde atak nedeniyle hastaneye başvurma sayısının ise ortalama 3.36 ± 1.92 (Min:1 Max:15) olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların KOAH ve Tedaviye İlişkin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı

Değişken	Kategori	n	%
KOAH Evresi	Evre 1	44	18.33
	Evre 2	79	32.92
	Evre 3	75	31.25
	Evre 4	42	17.50
İlaç Kullanma	Evet	123	51.25
	Hayır	31	12.92
	Arada sırada unutuyorum	86	35.83
İnhaler Kullanma	Evet	106	44.17
	Hayır	134	55.83
Yardımcı cihaz kullanma durumu	Evet	214	89.2
	Hayır	26	10.8
Yardımcı Cihazlar *			
<i>Nebülizatör Kullanma</i>		211	87.92
<i>BPAP/CPAP Kullanma</i>		62	25.83
<i>Oksijen Konsantratörü Kullanma</i>		65	27.08
<i>Oksijen Tüpü Kullanma</i>		116	48.33
Ailede KOAH Varlığı	Evet	65	27.08
	Hayır	175	72.92
		Ort. ± SS	Min-Maks
KOAH Hastalık Süresi		11.56±5.86	1-30
Son bir yılda atak nedeniyle hastaneye başvurma		3.36±1.92	1-15

*Birden fazla işaretlenmiştir.

8.2. KOAH ile İlişkili Damgalanma Ölçeğinin Geçerlik Analizine İlişkin Bulgular

Bu çalışmada, KOAHDÖ'nin geçerli bir ölçme aracı olup olmadığını belirlemek için ölçeğe ait dil eşdeğerliği, kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve ölçüt geçerliği incelenmiştir.

8.2.1. Dil eşdeğerliği ile ilgili bulgular

KOAHDÖ'nin dil eşdeğerliğini sağlamak amacıyla çeviri-geri çeviri yöntemleri uygulanmış ve geri çevirisi yapılan ölçek, ölçeği geliştiren kişiye mail ile gönderilmiş ve onay alındıktan sonra ölçeğin Türkçe formuna son şekli verilmiştir.

8.2.2. Kapsam geçerliği ile ilgili bulgular

KOAHÖDÖ'nin kapsam geçerliğini yapmak üzere Davis tekniğinden (1992) yararlanılmıştır. Kapsam geçerliği için iç hastalıkları (4) ve ruh sağlığı alanında çalışan (6) 10 uzmanın (öğretim üyesi hemşire) görüşü alınmıştır. Değerlendirmeler sonucunda kapsam geçerlik ölçütü "The Content Validity Ratio (CVR)" değerinin 1.00 olduğu saptanmıştır.

8.2.3. Yapı geçerliği ile ilgili bulgular

Bu çalışmada 24 maddelik KOAHÖDÖ'nin faktör yapısını incelemek amacıyla AFA; elde edile yapının test edilmesi için ise DFA yapılmıştır.

8.2.4. AFA ile ilgili bulgular

Çalışmada kullanılan ölçeklerin yapı geçerliliği öncelikle AFA ile değerlendirilmiştir. KOAHÖDÖ'nin veri setinin faktör analizine uygunluğunun test edilmesi için, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ve Barlett küresellik testi uygulanmıştır. KMO değeri kabul edilebilir sınır olan 0.70'in üzerinde 0.897 olarak yüksek bir değer tespit edilmiş, Barlett küresellik testi de 0.50'nin üzerinde olduğu ve 0.05 önem derecesinde anlamlı olduğundan veri seti faktör analizine uygun bulunmuştur. Bulunan KMO katsayısı verilerin analize uygun olduğunu göstermektedir. Faktör altında kalan madde olmadığından analizden ifade çıkartılmamıştır. Özdeğerleri 1 ve üzeri olan 4 faktör elde edilmiştir. Faktörler sırasıyla "Toplumsal Damgalanma" (KOAHÖDÖ-T), "Hissedilen Damgalanma" (KOAHÖDÖ-H), "Tedavi ile İlişkili Damgalanma" (KOAHÖDÖ-TE) ve "Sigara ile İlişkili Damgalanma" (KOAHÖDÖ-S) olarak adlandırılmıştır. Bu çalışmada Toplumsal Damgalama alt boyutu ile Sigara ile İlişkili Damgalama'yı oluşturan ölçek maddeleri orijinal ölçekle tamamen uyumluydu. Orijinal ölçekte "Beklenen Damgalama-Oksijen alt boyutunda yer alan 1,3 ve 9.maddeler oksijenden ziyade tüm tedaviyi kapsadığı için, bu boyutun adı bizim ölçeğimizde "Tedavi ile İlişkili Damgalanma" (KOAHÖDÖ-TE) olarak değiştirildi.

Orijinal ölçek Toplumsal Damgalanma (11,12,13,14,15,16,17,18, 21,22,23,24), Hissedilen Damgalanma (2,4,5,7,8,10) Beklenen Damgalanma-Oksijen (1,3,9) ve Sigara ile İlişkili Damgalanma maddeleri (6,19, 20) olmak üzere dört alt boyut ve 24 maddeden oluşmaktadır.

Orijinal ölçekte Beklenen Damgalama-Oksijen alt boyutunda yer alan 1.maddedeki “İnsanlar beni oksijen takarken gördüklerinde benden uzak duruyorlar” ifadesi bu çalışmada “Hissedilen Damgalanma” (KOAHDÖ-H) alt boyutunda yer aldı.

Yine orijinal ölçekte, Hissedilen Damgalanmada yer alan 4. madde olan “Başkalarının önünde inhaleleri kullanmak beni utandırıyor” ifadesi bu çalışmada Tedavi ile İlişkili Damgalanma alt boyutunda yer aldı.

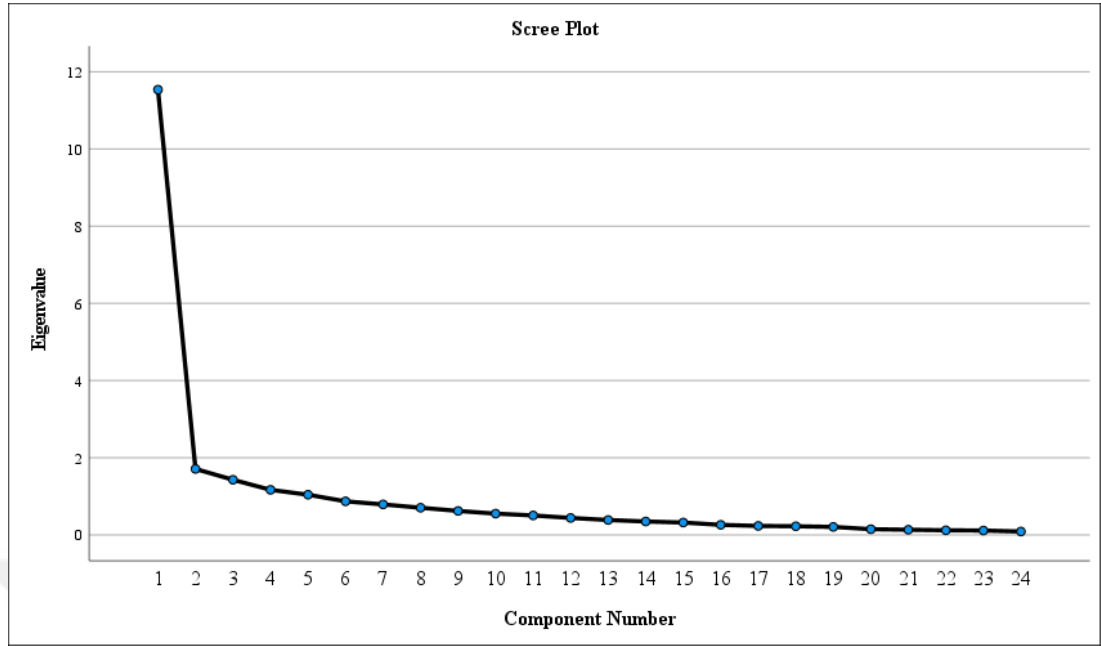
Faktör yükleri 0.500 ile 0.749 arasında değiştiği ve 0.30’un üzerinde olduğu görülmüştür. Toplam açıklanan varyans %66.04 olarak bulunmuştur (Tablo 7). Literatüre göre açıklanan varyans değerinin 0.50’nin üzerinde olması beklenmektedir (Karaman, M,2023). AFA’dan elde edilen bu bulgular modelin yapı geçerliliğini sağladığını göstermektedir. AFA sonucunda ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamış ve ölçeğin orijinal versiyonundaki yapı korunmuştur.

Şekil 1’de KOAH ile İlişkili Damgalanma Ölçeğinin Yamaç Grafiği verilmiştir.

Tablo 7. KOAHDÖ Açıklayıcı Faktör Analizi

Faktör Adı	Soru İfadesi	Faktör Ağırlığı	Faktör Açıklayıcılığı (%)
Toplumsal Damgalanma	KOAHDÖ11	0.582	24.52
	KOAHDÖ12	0.701	
	KOAHDÖ13	0.749	
	KOAHDÖ14	0.579	
	KOAHDÖ15	0.692	
	KOAHDÖ16	0.73	
	KOAHDÖ17	0.659	
	KOAHDÖ18	0.652	
	KOAHDÖ21	0.631	
	KOAHDÖ22	0.5	
	KOAHDÖ23	0.672	
	KOAHDÖ24	0.607	
Hissedilen Damgalanma	KOAHDÖ1	0.579	18.21
	KOAHDÖ2	0.672	
	KOAHDÖ5	0.71	
	KOAHDÖ7	0.75	
	KOAHDÖ8	0.747	
Tedavi ile İlişkili Damgalanma	KOAHDÖ3	0.579	12.43
	KOAHDÖ4	0.669	
	KOAHDÖ9	0.693	
Sigara ile İlişkili Damgalanma	KOAHDÖ6	0.706	10.88
	KOAHDÖ19	0.693	
	KOAHDÖ20	0.673	
Toplam			66.04
KMO Geçerliliği			0.897
Barlett	ki-kare		4429.73
	P		0.001*

Şekil 1. KOAH Damgalama Ölçeği Yamaç Grafiği



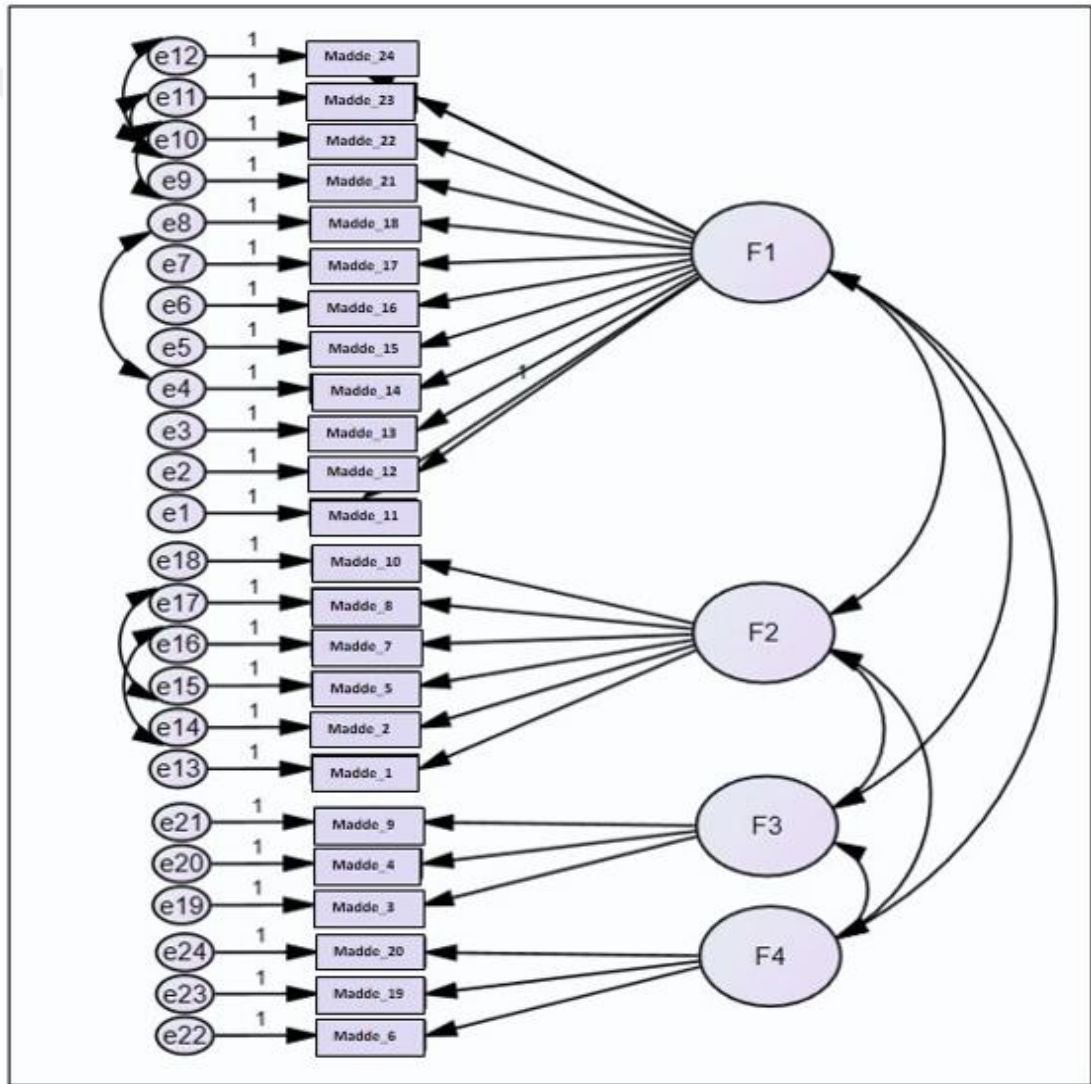
8.2.5. DFA ile ilgili bulgular

KOAH ile ilişkili Damgalama Ölçeği AFA sonucunda 24 madde ve 4 alt boyuttan oluşan yapıyı doğrulamak için kurulan model DFA ile analiz edilmiştir. Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının $\chi^2/sd=1.858$; GFI=0.912; AGFI=0.878; NFI=0.953; IFI=0.917; CFI=0.963; RMSEA=0.068 olduğu belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde kıkare testinin modelin iyi uyum sağladığını gösterdiği; doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen değerler incelendiğinde ise modelin hem mutlak hem de göreceli uyum indeksleri açısından iyi bir uyum sağladığı görülmektedir. Özellikle CFI ve NFI değerleri mükemmel uyumu göstermekte, diğer indeksler de kabul edilebilir sınırlar içinde kalmaktadır. DFA analizleri sonucunda 4 faktörlü KOAHDÖ'nün Türkçe formunun orijinal ölçek formunda herhangi bir değişiklik yapılmadan doğrulandığı görülmüştür. Elde edilen tüm bulgular ölçeğin Türk kültüründe yüksek geçerliliğe sahip olduğunu göstermektedir^[1]

Tablo 8. KOAH Damgalama Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu

Uyum İndeksi	Elde Edilen Değer	Yorum
KiKare/sd	1.858	İyi uyum= <5
GFI	0.912	İyi uyum =>.90
AGFI	0.878	İyi uyum =>.85
NFI	0.953	İyi uyum=>.95
IFI	0.917	İyi uyum =>.90
CFI	0.963	İyi uyum=>.95
RMSEA	0.068	İyi uyum= <.08

Şekil 2. KOAH Damgalanma Ölçeği Yol Diyagramı



KDÖ: KOAH ile İlişkili Damgalanma Ölçeği Maddeleri F1: Toplumsal Damgalanma (KOAHDÖ-T) F2: Hissedilen Damgalanma (KOAHDÖ-H) F3: Tedavi ile İlişkili Damgalanma (KOAHDÖ-TE) F4: Sigara ile İlişkili Damgalanma (KOAHDÖ-S)

8.2.6. Ölçüt geçerliğine ilişkin bulgular

KOAHDÖ'nin ölçüt geçerliliğini değerlendirmek için KOAHDÖ toplam ve alt boyutları ile HAD-Toplam ve alt boyutları; Dispne-12 Toplam ve alt boyutları ve KDÖ arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 9). Yapılan korelasyon analizlerinde KOAHDÖ toplam puanı ile HAD toplam puan ($r=.129$ $p=0.47$); HAD-A arasında pozitif yönlü zayıf ($r=.187$ $p=.004$); Dispne-12 toplam puan arasında pozitif yönlü orta kuvvette ($r=.563$ $p=.001$); Dispne-12-F alt boyutu ($r=.550$ $p=.001$); Dispne-12-D alt boyutu ($r=.497$ $p=.001$) ve KDÖ puanı ile pozitif yönde orta kuvvette ($r=.585$ $p=.001$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. KOAHDÖ-T alt boyutu ile HAD-A ile ($r=.178$ $p=.006$), Dispne-12-Toplam puan ($r=.477$ $p=.001$), Dispne -12-F alt boyutu ($r=.463$ $p=.001$); Dispne-12 D alt boyutu ($r=.424$ $p=.001$); KDÖ puanı ($r=.505$ $p=.001$) ile pozitif yönde orta kuvvette ilişki bulunmuştur. KOAHDÖ-H alt ölçeği ile HAD toplam puan arasında ($r=.176$ $p=.006$) ve HAD-A alt ölçeği puanları arasında ($r=.199$ $p=.002$) pozitif yönlü zayıf kuvvette, Dispne-12 Toplam ($r=.590$ $p=.001$), Dispne-12-F alt boyutu ($r=.578$ $p=.000$), Dispne-12-D alt boyutu ($r=.518$ $p=.001$), KDÖ toplam ($r=.602$, $p=.001$) puanları arasında pozitif yönlü orta kuvvette ilişki olduğu belirlenmiştir. KOAHDÖ-TE alt boyutu ile HAD-A arasında pozitif yönlü zayıf kuvvette ($r=.143$ $p=.027$), Dispne-12 Toplam puan ile ($r=.555$ $p=.001$), Dispne-12-F alt boyutu ile ($r=.556$ $p=.001$), Dispne-12-D alt boyutu ile ($r=.473$ $p=.001$), KDÖ toplam puan ile ($r=.555$ $p=.001$) pozitif yönlü ve orta kuvvette, KOAHDÖ-S alt boyutu ile HAD-Toplam puan arasında pozitif yönlü zayıf kuvvette ($r=.129$ $p=.046$) ilişki bulunurken HAD-D ve HAD-A arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). KOAHDÖ-S alt boyutu ile Dispne-12 Toplam ($r=.550$ $p=.001$), Dispne-12-F alt boyutu ($r=.543$ $p=.001$), Dispne-12-D alt boyutu ($r=.479$ $p=.001$), KDÖ toplam ($r=.551$ $p=.001$) puanları arasında pozitif yönlü orta kuvvette ilişki bulunmuştur. HAD-D alt boyutu ile KOAHDÖ toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yapılan analiz sonuçları KOAHDÖ toplam ve alt boyut puanları arttıkça HAD-A, Dispne-12 toplam, Dispne-12-F, Dispne-12-D alt boyutları ve KDÖ puanlarının arttığı belirlenmiştir. KOAHDÖ toplam, KOAHDÖ-H ve KOAHDÖ-S puanları arttıkça HAD toplam puanı artmaktadır. KOAHDÖ toplam ve alt boyut puanları ile HAD depresyon puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 9. KOAHDÖ ile HAD, DİSPNE-12 ve KDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler		KOAHDÖ Toplam	KOAHDÖ-T	KOAHDÖ_H	KOAHDÖ_TE	KOAHDÖ_S
HAD-Toplam	r	.129*	.090	.176**	.101	.129*
	p	.047	.163	.006	.118	.046
HAD-A	r	.187**	.178**	.199**	.143*	.105
	p	.004	.006	.002	.027	.105
HAD-D	r	.002	.047	.062	.006	.094
	p	.975	.469	.336	.921	.145
DİSPNE-12	r	.563**	.477**	.590**	.555**	.550**
	p	.001	.001	.001	.001	.001
DİSPNE-12-F	r	.550**	.463**	.578**	.556**	.543**
	p	.001	.001	.001	.001	.001
DİSPNE-12-D	r	.497**	.424**	.518**	.473**	.479**
	p	.001	.001	.001	.001	.001
KDÖ	r	.585**	.505**	.602**	.555**	.551**
	p	.001	.001	.001	.001	.001

r: Pearson Korelasyon Katsayısı KOAHDÖ: KOAH ile İlişkili Damgalanma Ölçeği

KOAHDÖ-T: KOAH Toplumsal Damgalanma KOAHDÖ-H: KOAH Hissedilen Damgalanma

KOAHDÖ-TE: KOAH Tedavi ile İlişkili Damgalanma KOAHDÖ-S: KOAH Sigara ile İlişkili Damgalanma

HAD: Hastane Anksiyete Depresyon Skalası HAD-A: HAD Anksiyete HAD-D: HAD Depresyon

DİSPNE-12: Dispne-12 Ölçeği, DİSPNE-12-F: Dispne-12-Fiziksel DİSPNE-12-D: DİSPNE-12-Duygusal

KDÖ: KOAH Değerlendirme Ölçeği

8.3. KOAH ile İlişkili Damgalanma Ölçeğinin Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular

KOAHDÖ ve alt boyutlarının iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir (Tablo 10). Buna göre KOAHDÖ toplam puan ortalamasının 63.72 ± 12.27 (Min:32.00 Maks: 92.00), çarpıklık değerinin-0.074, basıklık değerinin-0.552 ve güvenirlilik katsayısının 0.952 olduğu belirlenmiştir. KOAHDÖ-T ortalama puanının 33.09 ± 7.14 (Min:16.00 Maks:48.00), çarpıklık değerinin 0.092 ve basıklık değerinin-0.846 ve güvenirlilik katsayısının ise 0.924 olduğu görülmektedir.

KOAHDÖ-H ölçeğinin ortalama puanı 16.82 ± 3.34 (Min:6.00 Maks:24.00) ölçeğin çarpıklık değeri-0.353, basıklık değeri ise-0.115; güvenirlik katsayısı ise 0.832'dir. KOAHDÖ-TE ölçeğinde ortalama puan 8.21 ± 1.73 (Min:3.00 Maks:12.00), çarpıklık değeri-0.317 ve basıklık değeri-0.280 ve güvenirlik katsayısı 0.727 olarak bulunmuştur. KOAHDÖ-S alt boyutunda ise ortalamanın 8.43 ± 1.64 (Min:4.00 Maks:12.00) arasında değiştiği, çarpıklık değerinin-0.523, basıklık değerinin 0.141 ve güvenirlik katsayısının 0.743 olduğu belirlenmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerlerine göre yapılan normallik testi değerlendirmesinde KOAHDÖ toplam puan ve alt boyutlarının çarpıklık ve basıklık değerleri -1 ile +1 aralığında yer almakta ve normal dağılım göstermektedir. Güvenirlik analizine göre, KOAHDÖ, KOAHDÖ-T alt boyutunda yüksek güvenirlik (0.952 ve 0.924); KOAHDÖ-H, KOAHDÖ-S (0.832 ve 0.743); KOAHDÖ-TE alt boyutlarında ise orta düzeyde güvenirlik (0.727) elde edilmiştir.

Tablo 10. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları, Normallik Ve Güvenirlik Tablosu

Değişken	Ort.	Min.	Maks.	SS	Çarpıklık	Basıklık	Güvenirlik
KOAHDÖ	63.72	32.00	92.00	12.27	-0.065	-0.603	0.952
KOAHDÖ-T	33.09	16.00	48.00	7.14	0.092	-0.846	0.924
KOAHDÖ-H	16.82	6.00	24.00	3.34	-0.353	-0.115	0.832
KOAHDÖ-TE	8.21	3.00	12.00	1.73	-0.317	-0.280	0.727
KOAHDÖ-S	8.43	4.00	12.00	1.64	-0.523	0.141	0.743

KOAHDÖ-T: KOAH Toplumsal Damgalanma KOAHDÖ-H: KOAH Hissedilen Damgalanma KOAHDÖ-TE: KOAH Tedavi ile İlişkili Damgalanma KOAHDÖ-S: KOAH Sigara ile İlişkili Damgalanma

8.4. KOAH ile İlişkili Damgalanma Ölçeğinin Bazı Klinik Özelliklerle İlişkisine Ait Bulgular

Tablo 11’de KOAHDÖ toplam ve alt boyut puanları bazı sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmıştır. Yapılan analizlerde cinsiyete göre gruplar arasında fark belirlenmezken; medeni durum, eğitim durumu ve ekonomik durum ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir. Medeni duruma

göre ölçek puanları karşılaştırıldığında KOAHDÖ toplam (F=6.087 p=.003); KOAHDÖ-H (F=9.274 p=.001); KOAHDÖ-TE (F=12.084 p=.001); KOAHDÖ-S alt boyut puan ortalamaları (F=8.708 p=.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu; KOAHDÖ-T alt boyutunda anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (p>.05). Gruplar arasındaki bu fark sırasıyla boşanmış/eşi vefat etmiş katılımcıların puan ortalamalarının evli ve bekar katılımcıların puan ortalamasından daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Eğitim durumuna göre ölçek puanları karşılaştırıldığında KOAHDÖ toplam puan (F=12.428 p=.001); KOAHDÖ-T (F=7.380 p=.001); KOAHDÖ-H (F=17.043 p=.001); KOAHDÖ-TE, F=12.084 p=.001) ve KOAHDÖ-S (F=8.708 p=.001) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark KOAHDÖ toplam, KOAHDÖ-H ve KOAHDÖ-TE alt boyutlarında ilkökul ve ortaokul düzeyinde eğitim alanların puanlarının; KOAHDÖ-T ve KOAHDÖ-S alt boyutlarında ise ilkökul düzeyinde eğitim alanların puanlarının yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Katılımcıların ekonomik durumuna göre ölçek puanları incelendiğinde KOAHDÖ toplam (F=6.720 p=.001), KOAHDÖ-T (F=5.359 p=.005), KOAHDÖ-H (F=5.718 p=.004), KOAHDÖ-TE (F=6.007 p=.003), KOAHDÖ-S (F=7.224 p=.001) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu; bu farkın ekonomik durumu kötü olanların damgalanma puanlarının orta olanlardan yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Katılımcıların yaşı ile ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan yapılan korelasyon analizinde yaş ile KOAHDÖ toplam puan (r=472** p<.001), KOAHDÖ-T (r=409 p<.001), KOAHDÖ-H (r=484 p<.001), KOAHDÖ-TE (r=475 p<.001), KOAHDÖ-S (r=.432 p<.001) puanları arasında pozitif yönlü zayıf kuvvette anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre KOAHDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler	KOAHDÖ Toplam	KOAHDÖ-T	KOAHDÖ-H	KOAHDÖ-TE	KOAHDÖ-S
Cinsiyet					
Kadın	62.41±12.75	32.41±7.44	16.48±3.46	7.95±1.08	8.37±1.66
Erkek	64.38±12.01	33.43±6.99	16.98±3.28	8.34±1.68	8.46±1.63
t/p	-1.172/.242	1.041/.299	-1.091/.276	-1.667/.097	.964/.698
Medeni Durum					
¹ Bekar	53.16±16.69	28.91±8.80	13.25±4.82	6.25±2.41	6.83±2.40
² Evli	63.63±11.28	33.08±6.61	16.81±3.07	8.17±1.63	8.40±1.52
³ Boşanmış/Eşi vefat etmiş	66.68±13.38	34.16±8.33	17.75±3.36	8.85±1.51	8.95±1.59
F/p	6.087/.003	2.626/.074	9.274/<.001	12.084/<.001	8.708/<.001[T2][A3]
Fark*	3>2>1		3>2>1	3>2>1	3>2>1
Eğitim Durumu					
¹ İlkokul	66.28±11.46	34.32±7.01	17.50±2.97	8.58±1.53	8.80±1.42
² Ortaokul	62.49±11.06	32.33±6.35	16.79±3.16	8.11±1.64	8.11±1.57
³ Lise	54.56±10.84	28.69±6.59	14.13±2.76	6.78±1.47	7.30±1.96
⁴ Üniversite	48.37±12.27	26.62±8.26	11.37±4.50	5.75±2.49	6.62±2.19
F/p	12.428/<.001	7.380/<.001	17.043/<.001	15.442/<.001	11.464/<.001
Fark*	1>3.4.2>3.4	1>3.4	1>3.4.2>3.4	1>3.4.2>3.4	1>2.3.4
Ekonomik Durum					
¹ İyi	61.40±12.56	31.50±6.58	16.30±4.78	7.90±2.42	8.40±1.83
² Orta	62.69±11.96	32.57±6.96	16.55±3.23	8.07±1.70	8.27±1.63
³ Kötü	71.06±11.98	36.90±7.48	18.67±3.07	9.19±1.35	9.45±1.26
F/p	6.720/.001	5.359/.005	5.718/.004	6.007/.003	7.224/.001
Fark*	3>2	3>2	3>2	3>2	3>2
Yaş					
r/p**	.472**/.001	.409**/.001	.484**/.001	.475**/.001	.432**/.001

*Posthoc: Tukey t: Student t test F: ANOVA r: Pearson Korelasyon Katsayısı **p<0.01

KOAHDÖ-T: KOAH Toplumsal Damgalanma KOAHDÖ-H: KOAH Hissedilen Damgalanma

KOAHDÖ-TE: KOAH Tedavi ile İlişkili Damgalanma KOAHDÖ-S: KOAH Sigara ile İlişkili Damgalanma

Tablo 12’de çalışmaya katılan KOAH hastalarının sağlığa ilişkin bazı özelliklere göre KOAHDÖ toplam ve alt puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Yapılan analizlerde hastaların KOAH Evresine göre KOAHDÖ toplam (F=26.52 p<.001); KOAHDÖ-T (F=22.252 p<.001); KOAHDÖ-H (F=19.755 p<.001); KOAHDÖ-TE (F=19.755 p<.001)

ve KOAHDÖ-S ($F=16.229$ $p<.001$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olduğu ve bu farkın Evre 4'te en yüksek olmak üzere her evrede olduğu belirlenmiştir. Düzenli ilaç kullanmaya göre ölçek puanları karşılaştırıldığında KOAHDÖ toplam ($F=15.935$ $p<.001$); KOAHDÖ-T ($F=18.718$ $p<.001$); KOAHDÖ-H ($F=10.552$ $p<.001$); KOAHDÖ-TE ($F=11.096$ $p<.001$) ve KOAHDÖ-S ($F=4944$ $p=.008$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark KOAHDÖ toplam ve KOAHDÖ-T'da ilaç içmeyi unutanların ve düzenli ilaç kullanmayanların puanlarının, düzenli ilaç kullananlardan yüksek olmasından; KOAHDÖ-H, KOAHDÖ-TE ve KOAHDÖ-S'de ise ilaç almayı unutanların puanlarının düzenli ilaç kullananlardan yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Katılımcıların yardımcı cihaz kullanma durumlarına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında KOAHDÖ toplam ($t=-4.671$ $p<.001$); KOAHDÖ-T ($t=-4.092$ $p<.001$); KOAHDÖ-H ($t=-4.750$ $p<.001$); KOAHDÖ-TE ($F=11.096$ $p<.001$) ve KOAHDÖ-S ($F=4944$ $p<.008$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir.

Ek fiziksel hastalık varlığına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında KOAHDÖ Toplam ($t=5.912$ $p<.001$); KOAHDÖ-T ($t=5.127$ $p<.001$); KOAHDÖ-H ($t=6.074$ $p<.001$); KOAHDÖ-TE ($t=5.687$ $p<.001$) ve KOAHDÖ-S ($t=5.459$ $p<.001$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olduğu belirlenmiştir.

Hastalarda psikiyatrik hastalık varlığına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında ek fiziksel hastalık varlığına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında KOAHDÖ toplam ($t=5.898$ $p<.001$); KOAHDÖ-T ($t=5.924$ $p<.001$); KOAHDÖ-H ($t=5.393$ $p<.001$); KOAHDÖ-TE ($t=4.068$ $p<.001$) ve KOAHDÖ-S ($t=3.938$ $p<.001$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Sigara kullanma durumuna göre ölçek puanları karşılaştırıldığında KOAHDÖ toplam ($F=6.673$ $p=.002$); KOAHDÖ-T ($F=4.933$ $p=.008$); KOAHDÖ-H ($F=6.984$ $p<.001$); KOAHDÖ-TE ($F=5.539$ $p=.004$) ve KOAHDÖ-S ($F=6.770$ $p<.001$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın bırakanların puanının halen sigara kullananlardan yüksek olmasından kaynaklandığı ve KOAHDÖ-S'de ise ek olarak sigara kullanmayanların halen kullananlardan yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Alkol kullanma durumuna göre ölçek puanları karşılaştırıldığında KOAHDÖ toplam ($F=3.082$ $p=.048$); KOAHDÖ-H ($F=4.181$ $p=.016$) ve KOAHDÖ-S ($F=4.371$ $p=.014$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olduğu; KOAHDÖ-TE bağlı damgalanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

Gruplar arasındaki farkın bırakanların puanının halen alkol kullananlardan yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. İnhaler kullanma durumuna göre ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

Hastalığa özgü bazı değişkenler ile KOAHDÖ toplam ve puanları arasındaki ilişki incelemek için korelasyon analizi yapılmıştır. KOAH hastalarının FEV değerleri ile ölçek puanları karşılaştırıldığında KOAHDÖ toplam puan ($r=-.476$ $p<.001$), KOAHDÖ-T ($r=-.434$ $p<.001$), KOAHDÖ-H ($r=-.469$ $p<.001$), KOAHDÖ-TE ($r=-.422$ $p<.001$), KOAHDÖ-S ($r=-.419$ $p<.001$) arasında negatif yönde zayıf kuvvette bir ilişki olduğu belirlenmiştir. FVC değerleri ile ölçek puanları arasında KOAHDÖ toplam puan ($r=-.477$ $p<.001$), KOAHDÖ-T ($r=-.435$ $p<.001$), KOAHDÖ-H ($r=-.474$ $p<.001$), KOAHDÖ-TE ($r=-.427$ $p<.001$), KOAHDÖ-S ($r=-.416$ $p<.001$) arasında negatif yönde zayıf kuvvette bir ilişki bulunmuştur. Hastalık yılı ile ölçek puanları arasında KOAHDÖ toplam puan ($r=.482$ $p<.001$), KOAHDÖ-T ($r=.441$ $p<.001$), KOAHDÖ-H ($r=.462$ $p<.001$), KOAHDÖ-TE ($r=.455$ $p<.001$), KOAHDÖ-S ($r=.415$ $p<.001$) arasında pozitif yönlü zayıf kuvvette anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Bir yılda atak nedeniyle hastaneye başvurma sayısı ile ölçek puanları arasında KOAHDÖ toplam puan ($r=.374$ $p<.001$), KOAHDÖ-T ($r=.328$ $p<.001$), KOAHDÖ-H ($r=.389$ $p<.001$), KOAHDÖ-TE ($r=.329$ $p<.001$), KOAHDÖ-S ($r=.361$ $p<.001$) arasında pozitif yönlü zayıf kuvvette anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Sigara içilen yıl sayısı ile ölçek puanları arasında KOAHDÖ toplam puan ($r=.529$ $p<.001$), KOAHDÖ-T ($r=.537$ $p<.001$), KOAHDÖ-H ($r=.447$ $p<.001$), KOAHDÖ-TE ($r=.393$ $p<.001$), KOAHDÖ-S ($r=.401$ $p<.001$) arasında pozitif yönlü orta ve zayıf kuvvette anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Alkol kullanılan yıl sayısı ile ölçek puanları arasında KOAHDÖ toplam puan ($r=.634$ $p<.001$), KOAHDÖ-T ($r=.662$ $p<.001$), KOAHDÖ-H ($r=.470$ $p=.001$), KOAHDÖ-TE ($r=.459$ $p<.001$), KOAHDÖ-S ($r=.495$ $p<.001$) arasında pozitif yönlü orta ve zayıf kuvvette anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.

Tablo 12. Sağlığa İlişkin Bazı Özelliklere Göre KOAHDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler	KOAHDÖ	KOAHDÖ-T	KOAHDÖ-H	KOAHDÖ-TE	KOAHDÖ-S
KOAH EVRE					
¹ Evre 1	54.40±10.87	28.06±5.86	14.34±3.47	7.02±1.81	7.38±1.80
² Evre 2	60.25±8.97	31.16±5.12	15.93±2.59	7.77±1.48	8.08±1.34
³ Evre 3	68.34±11.30	35.60±7.05	18.00±2.87	8.88±1.48	8.88±1.51
⁴ Evre 4	71.76±12.22	37.50±7.05	18.97±3.08	9.09±1.52	9.38±1.43
F/p	26.52/<.001	22.252/<.001	24.272/<.001	19.755/<.001	16.229/<.001
Fark*	4>3>2>1	4>3>2>1	4>3>2>1	4>3>2>1	4>3>2>1
Düzenli ilaç kullanma					
¹ Evet	59,64±9,96	30,56±5,65	15,91±2,95	7,73±1,54	8,12±1,56
² Hayır	66,77±16,25	35,32±8,41	17,29±4,65	8,45±2,24	8,58±2,23
³ Unutuyorum	68,46±11,74	35,90±7,32	17,95±2,95	8,81±1,58	8,82±1,41
F/p	15.935/<.001	18.78/<.001	10.552/<.001	11.096/<.001	4.944/.008
Fark*	3>1; 2>1	3>1; 2>1	3>1	3>1	3>1
Yardımcı cihaz					
Evet	64.96±11.82	33.72±7.01	17.16±3.16	8.38±1.61	8.58±1.54
Hayır	53.53±11.33	27.84±6.05	14.00±3.54	6.76±1.96	7.19±1.91
t/p	-4.671/<.001	-4.092/<.001	-4.750/<.001	-4.696/<.001	-4.221/<.001
İnhaler Kullanma					
Evet	63.58±10.64	32.50±6.62	17.08±2.84	8.33±1.52	8.55±1.32
Hayır	63.83±13.46	33.55±7.52	16.61±3.69	8.11±1.88	8.33±1.85
t/p	-1.157 /.875	-1.141/.255	1.087/.278	.937/.350	1.074/.302
Başka kronik fiziksel hastalık					
Var	66.42±11.82	34.47±7.19	17.57±3.13	8.58±1.59	8.77±1.49
Yok	56.60±10.54	29.43±5.60	14.83±3.09	7.24±1.71	7.54±1.68
t/p	5.912/.001	5.127/.001	6.074/.001	5.687/.001	5.459/.001
Psikiyatrik hastalık					
Var	67.39±12.82	35.23±7.51	17.74/3.42	8.58/1.77	8.77±1.64
Yok	58.50±9.26	30.04±5.28	15.50/2.76	7.68/1.52	7.94±1.51
t/p	5.896 /<.001	5.924/<.001	5.393/<.001	4.068/<.001	3.938/<.001
Sigara kullanma					
¹ Evet	58.90±10.75	30.58±6.07	15.56±3.11	7.62±1.65	7.75±1.75
² Hayır	63.62±12.89	33.18±7.34	16.66±3.61	8.15±1.81	8.47±1.73
³ Bıraktım	66.33±11.81	34.32±7.22	17.61±3.02	8.57±1.61	8.75±1.39
F/p	6.673/.002	4.933/.008	6.984/.001	5.539/.004	6.770/.001
Fark*	3>1	3>1	3>1	3>1	3>1;2>1
Alkol kullanma					
¹ Evet	59.68±12.18	31.48±6.64	15.48±3.43	7.68±1.73	7.68±1.73
² Hayır	63.58±12.38	32.94±7.21	16.80±3.37	8.22±1.76	8.45±1.62
³ Bıraktım	66.84±11.32	33.09±7.14	17.75±2.90	8.48±1.54	8.82±1.38
F/p	3.082/.048	1.876/.156	4.181/.016	1.919/.149	4.371/.014
Fark*	3>1		3>1		3>1
FEV					
r /p	-.476**/.001	-.434**/.001	-.469**/.001	-.422**/.001	-.419**/.001
FVC					
r/p	-.477**/.001	-.435**/.001	-.474**/.001	-.427**/.001	-.416**/.001
Hastalık Yılı					
r/p	.482**/.001	.441**/.001	.462**/.001	.455**/.001	.415**/.001

Hastaneye başvurma/yıl					
r/p	.374**/.001	.328**/.001	.389**/.001	.329**/.001	.361**/.001
Sigara kullanma yılı					
r/p	.529**/.001	.537**/.001	.447**/.001	.393**/.001	.401**/.001
Alkol kullanma yılı					
r/p	.634**/.001	.662**/.001	.470**/.001	.459**/.001	.495**/.001

*Posthoc: Tukey t: Student t test F: ANOVA r: Pearson Korelasyon Katsayısı **p<0.01

KOAH DÖ-T: KOAH Toplumsal Damgalanma KOAH DÖ-H: KOAH Hissedilen Damgalanma

KOAH DÖ-TE: KOAH Tedavi ile İlişkili Damgalanma KOAH DÖ-S: KOAH Sigara ile İlişkili Damgalanma



9. TARTIŞMA

Damgalanma bireyin hem fiziksel hem de psikolojik sağlığını olumsuz etkileyen toplumsal bir sorundur. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi hastaların yaşadığı damgalanmanın belirlenmesi hastalarda oluşabilecek fiziksel ya da psikolojik sorunları önceden saptayarak önlemede önemli rol oynamaktadır (114,135). Buna rağmen Türkiye’de KOAH hastalarına özgü bir damgalanma ölçeği bulunmamaktadır. Konu hakkındaki literatür incelendiğinde Seoyoon Woo ve ark. (2023) KOAH ile ilişkili Damgalama Ölçeği’ni geliştirdikleri belirlenmiştir. 24 sorudan oluşan 4’lü (1 puan -4 puan) likert tipteki ölçek 4 alt boyuttan oluşmaktadır ve ölçeğin Cronbach’s alpha iç tutarlılık katsayısı ise 0.91 olarak bulunmuştur (70). Bu çalışmada Seoyoon Woo ve ark. (2023)’nın geliştirmiş olduğu KOAHDÖ Türkçe geçerlik ve güvenirliğini test ederek, Türk toplumuna kazandırılmak amaçlanmıştır.

Çalışmanın bu bölümü ölçek geçerlik ve güvenirlik bulguları ile klinik özellik bulguları tartışılmıştır. Çalışmamızın tartışma kısmı 3 kısımdan oluşmaktadır. Bunlar;

1. KOAHDÖ’nin geçerlik bulgularının tartışılması
2. KOAHDÖ’nin güvenirlik bulgularının tartışılması
3. KOAHDÖ’nin puanlarının bazı klinik bulgulara göre tartışılması

9.1. KOAH ile İlişkili Damgalanma Ölçeği’nin Geçerlik Bulgularının Tartışılması

Kapsam geçerliği, ölçeğin bir bütün olarak ve her bir maddenin ölçülmek istenen kavramı ölçüp ölçmediğini ve ölçülmek istenen kavram dışındaki kavramları barındırıp barındırmadığını değerlendirmek amacıyla yapılır (112).

Yeni geliştirilen ya da başka bir kültüre uyarlanmakta olan ölçme aracının öncelikle ölçülmek istenen yapının tüm bileşenlerini kapsayan maddelerin olup olmadığı uzmanlarca değerlendirilir. Maddelerin hem dil ve kültür eşdeğerliliğini hem de içerik geçerliğini sayısal değerlerle kanıtlanması ve uzman görüşlerinin değerlendirilmesi için dereceleme ölçütü Content Validity index (Kapsam Geçerliliği İndeksi, KGİ), Lawshe ve Davis teknikleri kullanılmaktadır (112,116).

Çalışmamızda dil ve kapsam geçerliğinde, gereç yöntem ve bulgular bölümünde detaylı olarak anlatıldığı gibi çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmış, taslak ölçek hazırlanmış ve 10 uzmandan dil, kapsam ve içerik uygunluğu için uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşlerinden sonra ölçeğin kapsam geçerlik indeksinin oldukça

yüksek olduğu (1.0) ve ölçeğin kapsam geçerliği kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir. Literatürde kapsam geçerliliği oranının (KGO) en az 0.80 olması gerektiği bildirilmektedir (127,117,119). Bu sonuçlar incelendiğinde uyarlamasını yaptığımız KOAHDÖ ‘nin dil eşdeğerliği ve kapsam geçerliğinin sağlandığı söylenebilir.

Yapı geçerliği, gözlemlenemeyen ve ölçülmesi güç olan kuramsal olarak açıklanan bir soyut kavramı, davranışı, boyutu ölçmeyi hedefleyen ölçme aracının amacına ne denli ulaştığı ölçülmek istenen soyut kavramı ya da boyutu ne derece doğru ölçebildiğini, ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanmadığını değerlendirir. Yapı geçerliği için en sık başvurulan yöntem faktör analizidir (112). Genel olarak daha önceki bir bilginin olmadığı durumlarda açıklayıcı, var olan bir kuramın test edilmesinde ise doğrulayıcı faktör analizi teknikleri kullanılmaktadır (115). AFA ölçüm araçlarının oluşturulmasında, DFA ise oluşturulan bu modellerin çalışılan örneklem üzerinde doğrulanıp doğrulanmadığının test edilmesinde kullanılmaktadır(120).

Bu çalışmada öncelikle AFA incelenmiştir. Bu amaçla ölçeğin yapı geçerliği ve örneklem büyüklüğü uygunluğunun test edilmesinde KMO katsayısı ve Barlett Küresellik testlerinden yararlanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda KMO değerinin 0.897 olduğu belirlenmiştir. Bu değer kabul edilebilir sınır olan 0.70’in üzerinde ve oldukça yüksektir. Barlett küresellik testi sonucunun ise 0.50’nin üzerinde olduğu belirlenmiştir, bu değer 0.50 önem derecesinin üzerinde ve anlamlıdır. Bu bulgular veri setinin analize uygun olduğunu göstermiştir. Faktör altında kalan madde olmadığından analizden ifade çıkartılmamıştır. Özdeğerleri 1 ve üzeri olan 4 faktör elde edilmiştir. Bu çalışmada dil geçerliği işlemlerinin ardından yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşıldığı görülmüş ve yapı geçerliğini test etmek için AFA ve DFA yapılmıştır. AFA sonuçları değerlendirilirken ölçeğin tek faktörlü ya da çok faktörlü yapıda olması durumunun özellikle göz önünde bulundurulması gerekmektedir (111). Faktör yükleri kararlılığı gösterir. Bir faktörün kararlı olabilmesi her bir faktör yükünde minimum 0.30 olması gerekmektedir. Bu çalışmada ölçeğin faktör yükleri 0.500 ile 0.749 arasında değişmektedir. Toplam açıklanan varyans %66.04 olarak bulunmuştur. Bu bulgular modelin yapı geçerliliğini sağladığını göstermektedir.

Bu çalışmada orijinal ölçekten farklı olarak; 2 madde farklı boyutlar altında yer almıştır. Orijinal ölçekte Beklenen Damgalama-Oksijen alt boyutunda yer alan 1.maddedeki “İnsanlar beni oksijen takarken gördüklerinde benden uzak duruyorlar” ifadesi bu çalışmada “Hissedilen Damgalanma” (KOAHDÖ-H) alt boyutunda yer aldı.

Yine orijinal ölçekte F2-Hissedilen Damgalama-Oksijen Alt Ölçeği'nde yer alan 4. madde olan “Başkalarının önünde inhaleleri kullanmak beni utandırıyor”, çalışmamızda Tedavi ile İlişkili Damgalanma alt ölçeğine dahil edildi.

Bu durumda Toplumsal Damgalanma alt ölçeği orijinal ölçeğe uygun olarak 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24. maddelerden oluşan 12 maddelik yapısını olduğu gibi korumuştur. Orijinal ölçekte yer alan ve 2,4,5,7,8,10.maddelerden oluşan “Hissedilen Damgalanma” alt boyutu “1, 2, 5, 7, 8, 10” olarak değişmiştir. Bu sonucun, Türk KOAH hastalarının bu ifadeyi “insanların kendilerinden uzaklaştığını hissetmek” olarak yorumlamasından kaynaklandığını düşünüyoruz.

Yine orijinal ölçekte Hissedilen Damgalama-Oksijen Alt Ölçeği'nde yer alan 4. madde olan “Başkalarının önünde inhaleleri kullanmak beni utandırıyor”, çalışmamızda Tedavi ile İlişkili Damgalanma alt ölçeğine dahil edildi. Bunun nedeninin, Türk hastaların inhaleleri oksijen sağlayan cihazlarla ilişkilendirmesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Yine orijinal ölçekte “Beklenen Damgalama-Oksijen alt boyutunda yer alan 1, 3 ve 9.maddeler oksijenden ziyade tüm tedaviyi kapsamaktadır. Konu ile ilgili yazarla iletişime geçilmiş durumun dil ve kültür farklılığından kaynaklı olabileceği görüşü alınmış ve yeni duruma göre yazarın önerisi ile 3. Faktörü oluşturan ölçek alt boyutunun ismi “Tedavi ile İlişkili Damgalanma” (KOAHDO-TE) olarak değiştirilmiştir. Buna göre 1. Faktör orijinal ölçekte olduğu gibi “Toplumsal Damgalanma”; 2. Faktör orijinal ölçekte olduğu gibi “Hissedilen Damgalanma”; 3. Faktör orijinal ölçekte “Beklenen Damgalanma-Oksijen” iken bu çalışmada değişen madde nedeniyle “Tedavi ile İlişkili Damgalanma” ve 4. Faktör yine orijinal ölçekte olduğu gibi “Sigara ile İlişkili Damgalanma” olarak adlandırılmıştır.

Başka dilden uyarlanan ölçeklerin yapı geçerliğini sınamak için yapılan diğer yöntemlerden biri olan DFA, ölçüm araçlarının geliştirilmesi ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi de dahil olmak üzere bir çok durumda belirli bir modelin verilerle uyumunu değerlendirilmektedir (105). Bu doğrultuda bu çalışmada ölçeğin DFA uyumluluk indeksleri incelenmiştir. Gereç yöntem bölümünde ayrıntılı olarak anlatılan ki-kare uyum testi, yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA), uyum iyiliği indeksi (GFI), düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi (AGFI), karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI), normlaştırılmış uyum indeksi (NFI) ve artan uyum indeksi (IFI) analizleri kullanılmıştır (121,122). Literatürde bu değerlerin $t \chi^2/sd \leq 2$ iyi uyum ve 2 ile 3 arasında olması kabul edilebilir değer olması, RMSEA < 0.8 olması, CFI ≥ 0.90

olması, GFI>0.90 olması, AGFI>0.85 olması, NFI>0.90 olması ve IFI>0.90 olması iyi uyumu işaret ettiği bildirilmektedir (113). Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının $\chi^2/sd=1.858$; GFI=0.912; AGFI=0.878; NFI=0.953; IFI=0.917; CFI=0.963; RMSEA=0.068 olduğu belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde kıkare testinin modelin iyi uyum sağladığını gösterdiği; doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen değerler incelendiğinde ise modelin hem mutlak hem de göreceli uyum indeksleri açısından iyi bir uyum sağladığı görülmektedir.

Ölçek geçerlik güvenirlik çalışmalarında kullanılan bir diğer kriter ölçüt geçerliliğidir. Bu geçerlik türünde ölçeğin etkinliğini belirlemek için daha önce güvenirlik ve geçerliği test edilmiş standart bir ölçekle ölçüm sonuçlarından çıkan puanlar karşılaştırılır. Ölçüt geçerliliğinde bir testin diğer bir testle elde edilen sonuçları verme yeteneği test edilmektedir (112). Bu çalışmada ölçüt geçerliliğini test edebilmek için KOAHDÖ ölçeğinden elde edilen puanlar, bu puanları öngören diğer ölçekler HAD, KDÖ ve Dispne-12 ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan analiz sonuçlarında KOAHDÖ toplam ve alt puanları arttıkça Dispne-12 toplam, Dispne-12 Fiziksel ve Dispne-12 Duygusal alt boyutlarının arttığı belirlenmiştir. KOAHDÖ-T, KOAHDÖ-H, KOAHDÖ-S puanları arttıkça HAD toplam, KOAHDÖ toplam, KOAHDÖ-T, KOAHDÖ-H, KOAHDÖ-TE puanları arttıkça HAD Anksiyete alt boyut puanlarının arttığı belirlenmiştir. HAD- depresyon ile KOAHDÖ toplam ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde geçerlik güvenirlik çalışması yapılan KOAHDÖ'nin geçerliği sınanmış diğer ölçeklerle ilişkili olduğunu ve ölçüt geçerliliğinin sağlandığı söylenebilir.

9.2. KOAH ile İlişkili Damgalanma Ölçeği'nin Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

Güvenirlik; değişmezliğin, yeterliğin, eşdeğerliğin, tutarlılığın, doğruluğun ve kararlılığın sağlanmasını ve bir ölçüm aracının ölçmek istediği değişkeni ne tutarlılıkla ölçtüğünün ya da ölçme sonuçlarının hatalardan arınmış olmasının derecesidir. Güvenilir olmayan bir ölçüm aracının ya da güvenirliği düşük olan bir ölçüm aracının bilimsel değeri de düşük olarak kabul edilmektedir (123).

Ölçüm hatalarının olmaması veya en aza inmesi için ölçüm araçlarının güvenirliğinin yüksek olması gerekir. Güvenirlik analizlerinde genellikle Cronbach

Alfa güvenilirlik katsayısı hesaplanır. Güvenirlik için iç tutarlılık katsayısı Cronbach's Alpha test istatistiğinden yararlanılmış olup, Güvenirlik katsayısı $0.00 \leq \alpha < 0.40$ (güvenilir değil); $0.40 \leq \alpha < 0.60$ (düşük güvenirlkte); $0.60 \leq \alpha < 0.80$ (oldukça güvenilir) ve $0.80 \leq \alpha < 1,00$ (yüksek derecede güvenilir) olarak belirlenmiştir (123) Güvenirlik analizine göre, KOAHDÖ'nin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı $\alpha=0.952$ olarak belirlenmiştir ve bu değer yüksek derecede güvenirlik göstermektedir. Alt boyutlar incelendiğinde ise KOAHDÖ-T alt boyutunda $\alpha=0.924$ yüksek; KOAHDÖ-H alt boyutunda $\alpha=0.832$ ve KOAHDÖ-S alt boyutunda $\alpha=0.743$ ve KOAHDÖ-TE alt boyutunda ise $\alpha= 0.727$ ile orta düzeyde güvenirlik olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin diğer toplumlarda yapılmış bir başka geçerlik güvenirlik çalışmasına rastlanamamıştır. Orijinal ölçeğin güvenirlik sonuçları incelendiğinde de ölçek toplam ve alt boyutlarında Cronbach Alpha güvenirlik katsayılarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir (Sırasıyla 0.93; 0.95; 0.95; 0.80 ve 0.81) (124). Bu sonuçlar incelendiğinde KOAHDÖ'nin Türk toplumunda da güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak, KOAH 'lı bireylerde damgalama değerlendiren 4 alt boyut ve 24 maddeden oluşan KOAHDÖ Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, araştırma bulgularımız ölçeğin dil, kapsam, yapı, ölçüt geçerliği ve güvenirlik açısından kriterleri karşıladığını ve ölçeğin KOAH'lı bireyler üzerinde kolaylıkla uygulanabileceğini göstermiştir. Yapılan analizler sonrası ölçek maddelerinde herhangi bir değişikliğe gidilmemiş ancak 2. ve 3. Faktörde yer alan 2 maddenin yeri değişmiştir.

9.3. KOAH ile İlişkili Damgalanma Ölçeği 'nin Klinik Bulgularının Tartışılması

Bu çalışmada ölçeğin Türk kültüründe de geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu kanıtlanmasının yanısıra sosyodemografik özellikler ve hastalığa ilişkin bazı özelliklere göre ölçek puanları karşılaştırılmış, bu değişkenler ile KOAHDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki bağlantı belirlenmiştir. Bunun amaçla yapılan analizlerde cinsiyete göre gruplar arasında fark belirlenmezken; bekar, üniversite mezun ve gelir durumu iyi olan katılımcıların damgalanma puanlarının en düşük düzeyde olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde orijinal ölçeğin kullanıldığı bir başka çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak içinde solunum yolu hastalıklarının da olduğu kronik hastalıklara yönelik yapılan bir çalışmada cinsiyet, eğitim durumu, medeni

duruma göre damgalanma puanları arasında fark olmadığı belirlenmiştir (127). Çalışmadan elde edilen bu sonuçlar yüksek eğitim düzeyinin, iyi gelir düzeyine sahip olmanın ve bekar olmanın bireyin toplumun damgalayıcı olumsuz tutumu ile başetmede etkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda sağlığa ilişkin bazı özellikler ile KOAHDÖ puanları karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar KOAH evresi ve tedavi şekline göre KOAHDÖ puanları arasında fark olduğu belirlenmiştir. Buna göre en yüksek 4. Evrede olmak üzere KOAH'ın her evresinde damgalanma puanları arasında fark olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde hastalık şiddeti arttıkça kullanılan yardımcı cihazlar da damgalanma algısını artırmaktadır. Kronik hastalıklarda stigma ile ilgili literatür incelendiğinde damgalanmanın yalnız toplumsal ve psikolojik boyutunun olmadığı, hastalığın görünen semptomlarının da damgalanma yaşantısında etkili bir faktör olduğu görülmektedir (124). Yine Woo et al. (2023)'un yaptıkları orijinal çalışmada oksijen desteği almanın damgalanmayı artırdığı bildirilmektedir. Çalışmamızda da hastalığın ilerlemesiyle şiddeti artan semptomların daha görünür olması ve damgalanma algısının artmış olması beklenen bir durumdur. Yine tedavide kullanılan cihazların toplumun alışık olduğu tedavi yöntemlerinden farklı olması ya da bunların görünür olması da semptomların şiddeti ve görünür olması ile ilişkilendirilebilir. Bu ayrıca ölçeğin ayırt ediciliğinin bir göstergesi olarak da yorumlanabilir. Çalışmamızda inhaler kullanma durumuna göre damgalanma arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Woo ve ark. (2023) yaptığı orijinal ölçeğin geliştirmesi çalışmasında bu bulgunun aksine inhaler kullanma ile damgalanma arasında fark olduğu bildirilmiştir. Bu sonuç küçük ve kullanımı kolay olan inhalerlerin toplum tarafından dikkat çekici bulunmadığını, ağır bir hastalıkla ilişkilendirilmediğini ve toplum tarafından kabul gördüğünü düşündürmektedir.

Çalışmada sigara kullanma durumuna göre KOAHDÖ puanları karşılaştırmış ve tüm alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarında gruplar arasında fark olduğu ve bu farkın sigara kullananların puanlarının yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Sigara kullanımının KOAH için en önemli risk faktörü olduğu bilinmektedir (71). KOAH hastaları, hem sağlık çalışanları hem de toplum tarafından sigara kullanımı nedeniyle suçlanmakta ve hastalıkları yüzünden sorumlu tutulmaktadır. Bu durum, hastaların sigarayla ilişkilendirilen damgalanma yaşamlarına neden olmaktadır (125,126,127). Çalışmamızda da sigara kullanan

KOAH hastalarının daha yüksek damgalanma yaşadıkları belirlenmiştir, bu sonuç ölçeğin ayırt ediciliğini gösteren bir bulgu olarak değerlendirilmektedir.

Alkol kullanma durumuna göre ölçek puanları karşılaştırıldığında KOAHDÖ toplam, KOAHDÖ-H ve KOAHDÖ-S puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ve bu farkın alkol kullanmayı bırakanların puanlarının yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Alkol bağımlılığının tek başına bir damgalanma sebebi olduğu bilinse de (128) literatürde KOAH hastalarında alkol kullanımına bağlı damgalanmaya ilişkin bir sonuca rastlanmamıştır. Alkol kullanmanın KOAH ile ilişkisini araştıran çalışmalarda alkol kullanımının KOAH üzerinde doğrudan etkisini bulunmadığını belirtmekle birlikte alkolün sigara ile birlikte kullanılıyor olmasının karıştırıcı bir faktör olabileceği belirtilmektedir (129,130). Hasta eğitimlerinde de sigarayı çağrıştıracak alkollü içecek tüketiminin azaltılması tavsiye edilmektedir (115,131). Çalışmamızdan elde edilen bu bulgu damgalanmayı daha çok hisseden bireylerin alkol kullanmayı bırakma eğiliminde olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda sigara ve alkol kullanımı yılı arttıkça damgalanma puanlarının da arttığı belirlenmiştir. Bu bulgu toplumun sigara ve alkol kullanan KOAH'lı bireyleri hastalıklarından sorumlu tutmaları ile açıklanabilir (125,126,127). Öyleki bu durum hastaların sigara ve alkol kullanma yılı arttıkça daha çok suçluluk ve damgalanma hissetmelerine neden olmuş olabilir.

Çalışmada KOAH'a ek bir başka fiziksel hastalığı olan bireylerin KOAHDÖ toplam puan ve tüm alt boyutlarda damgalanma puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde KOAH'a ek kronik hastalığı olan bireylerin damgalanma düzeylerini inceleyen bir bulguya rastlanılmamakla birlikte, kronik hastalıklara sahip bireylerin damgalanma yaşadığı bilinmektedir. Çalışmamızdan elde edilen bu bulgu diğer kronik hastalıkların varlığının hastaların fiziksel yeterliliklerini ve sosyal yaşantısını daha çok kısıtladığını ve bu durumun damgalanma algısını artırdığını düşündürmektedir (114,124,132).

Çalışmamızın sonuçları psikiyatrik hastalığa sahip olan KOAH hastalarının daha yüksek damgalanma yaşadığını göstermektedir. Yapılan çalışmalarda KOAH'lı bireylerde en sık görülen ruh sağlığı sorunlarının anksiyete ve depresyon olduğu bildirilmektedir (6,88). Damgalanma bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkilerken (133))ruh sağlığı sorunları olan bireyler de bu hastalıkları nedeniyle damgalanma yaşamaktadır (134).

Çalışmadan elde edilen bu sonuçta bir neden sonuç ilişkisi kurulamamakla birlikte KOAH nedeniyle damgalanma yaşayan bireylerin bu hastalığa ek olarak ruh sağlığı sorunları yaşadığı ve bununla damgalanma algısını artırdığı düşünülmektedir. Ancak diğer yandan KOAH'ın neden olduğu yüksek damgalanma da ruh sağlığı sorunları yaşanmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmada KOAH tanısı alan hastaların FEV1 ve FVC değerleri ile KOAHDÖ toplam ve alt boyut puanları ile negatif yönlü ve zayıf bir ilişki belirlenmiştir. Literatürde bu konuda yapılmış bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte bu sonuç, KOAH'ın ilerleyen evrelerinde damgalanma puanlarının artmasına benzerlik göstermektedir. Solunum fonksiyon testlerindeki olumsuz sonuçlar da KOAH'ın şiddetinin arttığını göstermekte ve bu durumun damgalanmayı artırdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastalık yılı ve bir yılda atak nedeniyle hastaneye başvurma sayısı ile KOAHDÖ toplam ve alt boyut puanları arasında pozitif yönlü zayıf kuvvette anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Literatürde bu konuda yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır ancak kronik bir hastalık olan ve alevlenmelerle seyreden KOAH'ta semptomların sıklığı ve şiddeti arttıkça damgalanmanın artmasının da beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Özellikle hastalık yaşıntısının ölçek puanları ile karşılaştırılmasından elde edilen sonuçlar Türk kültürüne uyarlanan ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılan KOAHDÖ ölçeğin ayırt ediciliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

10. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik hastalıklarda damgalamanın ölçülmesi bireylerde oluşabilecek fiziksel ya da psikolojik sorunları önceden saptayarak önlemede önemli rol oynamaktadır (114). KOAH'ta yaşanan damgalamanın hastaların hem fiziksel hem de ruh sağlığını olumsuz etkilediği bilinmesine rağmen (135), Türkiye'de KOAH 'lı hastalara özgü bir damgalanma ölçeği bulunmamaktadır. Bu çalışma KOAH'lı hastaların yaşadığı damgalanmayı saptayacak bir ölçme aracının Türk kültürüne kazandırılmasının, hastaların fiziksel ve ruh sağlığının korunması açısından yararlı olacağı düşünülmüş ve yapılmıştır.

Geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmış olduğumuz ölçek orijinal ölçekte olduğu gibi 24 madde ve dört alt boyuttan oluşmuştur. Bunlar alt boyutlar; “Toplumsal Damgalanma”; Hissedilen Damgalanma”; Tedavi ile İlişkili Damgalanma” ve Sigara ile İlişkili Damgalanma” olarak adlandırılmıştır.

10.1. Sonuç

KOAH ile İlişkili Damgalanma Ölçeği (KOAHDÖ)'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini test amacıyla metodolojik olarak yürütülen bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır.

1. KOAHDÖ anlaşılabilirlik ve uygulanabilirlik açısından 10 uzman tarafından değerlendirilmiş ve uygun bulunmuştur.
2. Yapılan analiz sonucunda KOAHDÖ'nün Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) değerinin kabul edilebilir sınır olan 0.70 üzerinde ve yüksek bir değer olan 0.897 olduğu tespit edilmiş, Barlett's küresellik testinin de 0.50'nin üzerinde olduğu ve 0.05 önem derecesinde anlamlı olduğu belirlenmiş ($\chi^2=4429.73$; $p<0.001$) ve veri seti faktör analizine uygun bulunmuştur.
3. Dört faktörlü yapı ve 24 maddeden oluşan KOAHDÖ'nün faktör yüklerinin 0.500 ile 0.749 arasında değiştiği belirlenmiş ve ölçekten madde çıkarılmamıştır.
4. Varyans açıklama oranına göre KOAHDÖ toplam açıklanan varyansın %66.04'ünü açıkladığı belirlenmiştir.
5. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda KOAHDÖ'nün uyum indeksi değerlerinin iyi uyum gösterdiği bulunmuştur. Yapılan doğrulayıcı faktör analizi

sonuçlarının $\chi^2/sd=1.858$; GFI=0.912; AGFI=0.878; NFI=0.953; IFI=0.917; CFI=0.963; RMSEA=0.068 olduğu belirlenmiştir.

Türkçe uyarlaması yapılan modelin, ölçmeyi amaçladığı yapıyı orijinal modelde tanımlanan 24 madde ve 4 alt boyutuyla yapısal olarak geçerli bir şekilde ölçebildiği kanıtlanmıştır.

6. KOAHDÖ doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre $\chi^2/sd=1,858$; GFI=0.912; AGFI=0.878; NFI=0.953; IFI=0.917; CFI=0.963; RMSEA=0.068 olduğu ve kikare testinin modelin iyi uyum sağladığını gösterdiği; doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen değerler ise modelin hem mutlak hem de göreceli uyum indeksleri açısından iyi bir uyum sağladığını gösterdiği belirlenmiştir.

7. Ölçeğin güvenirlik analizi yapılmış ölçeğe ait Cronbach alfa katsayıları; KOAHDÖ toplam puan için 0.952 (yüksek güvenirlik); KOAHDÖ-T alt boyutu için 0.924 (yüksek güvenirlik); KOAHDÖ-H için 0.832 (orta düzeyde güvenirlik) ; KOAHDÖ-TE için 0.727 (nispeten düşük düzeyde güvenirlik); KOAHDÖ-S için 0.743 (orta düzeyde güvenirlik) olduğu bulunmuştur.

8. Bu çalışmada ölçüt geçerliğini yaparken HAD, DİSPNE-12, KOAHDEÖ ölçekleri kullanılmıştır. Yapılan analizlerde KOAHDÖ'nün toplam ve alt boyut puanlarının, HAD Anksiyete ile; DİSPNE-12 toplam, Duygusal ve Fiziksel alt boyutları ile; KOAHDEÖ ile pozitif yönde ilişkili olduğu; KOAHDÖ toplam ve alt boyut puanları arttıkça HAD Anksiyete; DİSPNE-12 Toplam, Duygusal ve Fiziksel alt boyutları ve KDÖ puanlarının arttığı; HAD Depresyon ile KOAHDÖ arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

9. KOAH hastalarının yaşadığı damgalanmayı değerlendiren 4 alt boyut ve 24 maddeden oluşan, orijinal dili İngilizce olan KOAHDÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenirlik düzeyi oldukça yüksek bulunmuştur.

10.2. Öneriler

Bu araştırma sonuçları doğrultusunda;

1. Farklı bir dilden uyaralanan KOAHDÖ ölçeğinin farklı örneklem gruplarında uygulanarak ölçek ile ilgili daha fazla veri elde edilmesi önerilmektedir.
2. KOAH hastalarının yaşadığı damgalamanın belirlenmesi, hastaların ruh sağlığının korunması çalışmalarına katkı sağlayacaktır. Bu amaçla KOAH hastalarının takip ve tedavisinin yapıldığı klinikler, poliklinikler ya da birinci

basamak sağlık hizmeti sunan aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların damgalanma deneyimlerinin belirlenmesinde kullanılması önerilmektedir.

3. Dört alt boyutu olan KOAHDÖ hastaların hangi alanlarda daha çok damgalanma yaşadığı, zorluklarının hangi alanda olduğu ile ilgili veri sağlayacaktır. Bu sağlık hizmeti sunumunda hemşireler ve diğler sağlık profesyonelleri için damgalamayı önleme çalışmalarında yol gösterici olacaktır.
4. KOAH hastalarının yaşadığı damgalanmanın belirlenmesi hastaların ruh sağlığının korunması çalışmaları yanında hastaların fiziksel sağlığına, hastalık yönetimine ve sağlık hizmeti sunumuna önemli katkılar sağlayacaktır.



11. KAYNAKLAR

1. Kurt HG. Does Low Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration Really Predict Mortality in Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease? *Acta Medica Nicomedia*,. 6. 2023;1:113-9.
2. Keskin B. KOAH Tanılı Yaşlı Bireylerde Pulmoner Rehabilitasyon. 8(1): 157-161. 2020;8(1)(157-161).
3. Uysal N. Neşe Uysal, Güllü Bektaş. Determination of Self-Management and Health Seeking Behaviors in Individuals with Chronic Disease: Descriptive Study. 2024;
4. GOLD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for The Diagnosis, Management, and Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2024;
5. WHO. Preventing chronic diseases: A vital investment: WHO global report. World Health Organization. Geneva: 2021;
6. Brazeau AS. Stigma and its association with glycemic control and hypoglycemia in adolescents and young adults with type 1 diabetes: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*. 2018;20(4):151.
7. Brazeau AS. Stigma and its association with glycemic control and hypoglycemia in adolescents and young adults with type 1 diabetes: cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*. 2018;20(4):151.
8. Thoits PA. Stress and health: Major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*. 2010;51(1):41-53.
9. Kocabaş, A. Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) koruma, tanı ve tedavi raporu. 15. 2014;
10. Maestu, L. Puente. Health Literacy and Health Out Comes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respiratory medicine*,. 115, 78-82. 2016;
11. Zengin, N. KOAH'lı Hastalarda Sosyodemografik ve Hastalık ile İlgili Özelliklere Göre Sağlık Durumunun İncelenmesi. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, Cilt 1, Sayı 1,1-7. 2019;
12. O'Neill. ES Illness Representations and Coping of Women with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Pilot Study. *Heart Lung*, 31(4):295-302. 2022;

13. Kalichman, S. Development and Psychometric Evaluation of the Chronic Illness Anticipated Stigma Scale. *J Behav Med.* 36, 270. 2013;
14. Tel H. Hatice TEL,Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Sosyokültürel Yansıması: Stigma. 137-142. 2012;
15. Aslan D. HIV ve damgalanma: Bir sistematik derleme. *Sağlık ve Toplum.* 2022;32 (2), 13-25.
16. Malas, E. M.. “Ruhsal Bozukluklara Karşı StigmaDerleme”, *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*,. 2019;8 (Ek Sayı 1): 1170-1188.
17. Ergun, G. , G., F. 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.* 2017;5:522-7.
18. Yılmaz, F.T. Tüberküloz Hastalarında Damgalama: Hastalığı Kabul ve Umutsuzluk Düzeyine Etkisi. *Sağlık ve Toplum*,. 31(1), 69-77. 2021;
19. Woo S.,philip Veliz Denise M. Saint Arnault Development and preliminary psychometric evaluation of the COPD-related Stigma Scale. 2023;
20. Ceyhan, Y. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığındaki Semptomlar ve Çözüm Yollarının İncelenmesi. 2022;
21. Özbudak, G. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Malnütrisyonlu Bireylerde Hemşirelik Yaklaşımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15(3), 387-394. <https://doi.org/10.46483/deuhfed.931900>. 2022;
22. Cruz, M. & Pereira, M.Epidemiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Brazil: A systematic review and meta-analysis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 4547-4557. 2020;
23. Szalonta K.ve ark.. Gémes, N., Furák, J., Varga, T., Neuperger, P., Balog, J. Á., Puskás, L. G., & Szebeni, G. JChronic obstructive pulmonary disease: Epidemiology, biomarkers, and paving the way to lung cancer. *Journal of Clinical Medicine*, 10(13), 2889. 2021;
24. Albayrak, L.ve ark. Türksoy, V. A., Khalilov, R., & Eftekhari, A. Investigation of heavy metal exposure and trace element levels in acute exacerbation of COPD. *Journal of King Saud University—Science*, 35(1), 102422. <https://doi.org/10.1016/j.jksus.2022.102422>. 2023;(35(1), 102422.).

25. Bahçecioğlu, S. ve ark. N.Koç, E. M., Akkale, T. K., Yalçın, M. M., & Köktürk, N. Thyroid Dysfunction in Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Gazi Medical Journal. Gazi Medical Journal, 34(1), 22-26. <https://doi.org/10.12996/gmj.2023.4>. 2023;
26. Kanwal H. Hafsa Kanwal Management of COPD and Comorbidities in COPD patients by Dispensing Pharmaceutical Care following Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease-Guidelines. 2023;
27. Plata. V. Cortopassi, F. Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Elderly Patients, Clinics in Geriatric Medicine. 33(4), 539–52. 2017;
28. Türkkan, S ve ark. Türkkan, S., Altıntop Geçkil, A., Otlı Karadağ, M., & Ermiş, H. (2022). Investigation of the prevalence of COPD in the relatives of COPD patients aged 35 and over. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.6989582>. 2022;
29. Jung, Y. , K. E. J.. Effects of aging and smoking duration on cigarette smoke-induced COPD severity, Journal of Korean Medical Science. 34, 1-7. 2019;
30. Sonnex K. ,Impact of smoking status on the efficacy of inhaled corticosteroids in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. BMJ Open. 10:e037509. 2020;
31. Fongeh T. Chronic obstructive pulmonary disease: Part I Overview of epidemiology, pathophysiology, diagnosis and staging with Updates. 8(2);7-16. 2020;
32. Tanik A,. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve periodontal hastalık ilişkisi. Dicle Tıp Dergisi 42(2):274-278. 2015;
33. Putcha N. Chronic obstructive pulmonary disease. 399: 2227–42. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00470-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00470-6). 2022;
34. Casey G. COPD: Obstructed lungs. Nursing New Zealand. 22(5):20-24. 2016;
35. Türk Toraks Derneği. Türk Toraks Derneği. Türk toraks derneğinin GOLD 2017 kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) raporuna bakışı. <https://www.toraks.org.tr>. Erişim tarihi: 15.07.2022. 2022;
36. Coşkun, N. F. Kronik Akciğer Hastalıklarında Pulmoner Gaz Değişimi ve Ventilasyon Dinamiklerinin Saptanması ile Solunum Fizyopatolojisinin İncelenmesi [Ph.D.]. <https://www.proquest.com/docview/2827943414/abstract/E6E7CD143B274ACCPQ/1>. 2023;

37. Kara, N.. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Bakım Bağımlılığı [Master's]. <https://www.proquest.com/docview/2499374449/abstract/949CF4154D1C4F86PQ/1>. 2019;
38. Gökmen D. KOAH hastalarında hastalık algısı, ölüm kaygısı ve öz bakım gücü ilişkisinin incelenmesi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(1), 57-66. <https://doi.org/10.30569/adiyamansaglik.1024143>. 2022;
39. Goërtz YMJ., Fatigue is highly prevalent in patients with COPD and correlates poorly with the degree of airflow limitation. Ther Adv Respir Dis. ;13:1-13. 2019;
40. Agrawal R., Moghtader S, Ayyala U, Bandi V, Sharafkhaneh A. Update on management of stable chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Thoracic Disease11(Suppl 14):1800-1809. 2019;
41. Haylı, Ç., Kösem, D., Demir, Z., Şişko, E., Topuz, İ., Akmeşe, N., Topuz, A., Köksel, P., Çuvadar, A., Onur, S., Çerçer, Z., Nazik, E., Yücel, İ., Er, N., Neşe, A., Koçoğlu, F., Erkuran, H., Kara, S., Akman, Ö., & Su, S. Sağlık Bilimleri Araştırmaları: Hemşirelik ve Ebelik. <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub72>. 2023;
42. Lee J., Nguyen HQ, Jarrett ME, Mitchell PH, Pike KC, Fan VS. Effect of symptoms on physical performance in COPD. Heart Lung. ;47(2): 149–156. 2018;
43. Saza S,. KOAH tanısı almış hastalara uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin yorgunluk ve yaşam kalitesine etkisi. Cukurova Med J. 45(2):662-67. 2020;
44. Türk G,. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. [Elektronik Dergi] <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed>. Şubat 11(1):9-25. 2018;
45. Kentson M,. Tödt K, Skargren E, Jakobsson P, Ernerudh J, Unosson M, Theander K. Factors associated with experience of fatigue, and functional limitations due to fatigue in patients with stable COPD. Therapeutic Advances in Respiratory Disease. 10(5):410-424. 2016;
46. Bozkurt C,. Akay B, Sınmaz T. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde yorgunluk düzeyi ile uyku kalitesinin ilişkisi. Osmangazi Tıp Dergisi. 42(6):627-638. 2020;

47. Sümbül, H., & Yüzer, A. H. Design and implementation of a spirometric measurement system that can measure COPD parameters. Pamukkale University Journal of Engineering Sciences, 28(5), 661-667. <https://doi.org/10.5505/pajes.2021.23835>. 2022;
48. 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. 2020;
49. Çevik Akyıl R. Çevik Akyıl R. (2018). Göğüs Hastalıkları Hemşireliği. Toraks Kitapları. Türk Toraks Derneği. Ankara. Bilimsel Tıp Yayınevi (1-;25. P. 358-394). 2018;
50. Gentry B., Gentry S. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Diagnosis and Management. American Family Physician. 95(7). 2018;
51. Nunez A. , Marras V, Harlander M, Mekov E, TurelM, Petkov R, Lestan D, Yanev N, Negri S, Barrecheguren M, Pirina P, Miravitlles M, Esquinas.C.Clinical and spirometric variables are better predictors of COPD exacerbations than routine blood biomarkers Respiratory Medicine Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 15:681–90. 2020;
52. Avcil C. Avcil C.Avcil C, Bulut H, Hızlı Sayar G. Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,. 2016;2(2): 175-202.
53. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. New York: Simon & Schuster, Inc.; 1963;
54. Kocabaşoğlu N. N. Kocabaşoğlu, S. Aliustaoglu., “Stigmatizasyon”, Yeni Symposium. 190-192. 2003;
55. Clair M. Stigma. Core concepts in sociology. New Jersey:Wiley-Blackwell. 2018;
56. Lebel S ve ark. , Payne AY, Mah K. Do stigma and its psychosocial impact differ between Asian-born Chinese immigrants and western-born caucasians with head and neck cancer? 2016;
57. Pamela G. ,Raul Flores. Effectiveness of an intervention to reduce stigma towards people with a mental disorder diagnosis in university students of healthcare careers. 0165-1781. 2023;
58. Pamela Grandon ,Raul Flores. Effectiveness of an intervention to reduce stigma towards people with a mental disorder diagnosis in university students of healthcare careers. 2023;0165-1781.

59. Ergin, R.N., Polat, A., Kars, B., Öztekin, D., Sofuoğlu, K. ve Çalışkan, E. Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 15(1), 46. 2018;
60. Kadioğlu, M. ve Hotun-Şahin, N. Stigmatizasyon (Damgalama) ve Kadın. *Sağlık ve Toplum*, 25(3), 3-9. 2015;
61. Lisa T. M Brenda. & O'Brien, "The Social Psychology of Stigma." *Annual Review of Psychology*,. 2005;56(1), 393-421.
62. Mark L. Hatzenbuehler, "How does sexual minority stigma 'get under the skin'? A psychological mediation framework." *Psychological Bulletin*,. 2009;(135(5), 703-730.).
63. Ciarrochi, J. Hayes, S. C., & Ciarrochi, J. *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. Guilford Press. 2015;
64. Earnshaw, V. A. C K. "The role of stigma in mental health among sexual minorities: A review of the literature." *Journal of Social Issues*,. 2017;73(3), 441-460.
65. Scherer, L. D. Kessels, L. T. E. "The role of stigma in accessing health care among sexual minorities." *Social Science & Medicine*,. 2018;200, 88-95.
66. Joachim, G. Acorn, S. Stigma of visible and invisible chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 243-248. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01466.x>. 2000;
67. Charmaz, K. *Experiencing Stigma and Exclusion: The Influence of Neoliberal Perspectives, Practices, and Policies on Living with Chronic Illness and Disability*. *Symbolic Interaction*, 43(1), 21-45. <https://doi.org/10.1002/symb.432>. 2020;
68. Earnshaw V.A. *J Health Psychol*. March ; 2012;(17(2): 157–168.).
69. Jennifer T.. Stigma: An unmet public health priority in COPD (ss. 955-956). 2021;
70. Seoyoon Woo. Larson Seoyoon Woo. Development and preliminary psychometric evaluation of the COPD related Stigma Scale. 0147-9563. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2023.04.006>. 2023;
71. Rose, S., Paul, C., Boyes, A., Kelly, B., & Roach, D. Stigma-related experiences in non-communicable respiratory diseases: A systematic review. *Chronic Respiratory Disease*,. 2017;(14(3), 199-216.).

72. Deborah A. Elizabeth Danells Chin. Anticipated stigma and healthcare utilization in COPD and neurological disorders. 0897-1897. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.12.002>. 2018;
73. Larson JL. ,Stigma experiences in people with chronic obstructive pulmonary disease: An integrative review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 16:1647. 2021;
74. Zweekhorst M., R. S. Non-communicable diseases-related stigma: A mixed-methods systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 17(18):6657. 2020;
75. Chen TR. , Hu WY, Chiu TY, Kuo HP Differences between COPD patients and their families regarding willingness toward life-sustaining treatments. *J Formos Med Assoc*, 118:414–419. 2019;
76. Kokturk N. , Polatli M, Oguzulgen IK, Saleemi S, Al Ghobain M, Khan J et al. Adherence to COPD treatment in Turkey and Saudi Arabia: results of the ADCARE study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 13:1377-1388. 2018;
77. Puteikis K ve ark.,. Mameniškienė R, Jurevičienė E Neurological and psychiatric comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 16:553–562. 2021;
78. Rządkiwicz. & Nasiłowski; Uchmanowicz, Jankowska-Polańska, Motowidło, Uchmanowicz, & Chabowski, 2016; Bock Bendstrup, Hilberg & Løkke, 2017; Pooler & Beech, 2014; Puşuroğlu, Puşuroğlu & Hocaoglu, 2023). 2019;
79. Aydemir T., Çetin Ş Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım. *Journal of Anatolian Medical Research*, 4:109-115. 2019;
80. Çalikoğlu M.. KOAH'ta tedaviye uyum. *KOAH Bülteni* ;1:2-7.,. 2015;
81. Boscart V ve ark. , Davey M, Crutchlow L, Heyer M, Johnson K, Taucar LS, et al. (2022) Effective chronic disease interventions in nursing homes: a scoping review based on the knowledge-to-action framework. *Clin Gerontol*, 5:1073–1086. 2022;
82. Zanolari D. , Händler-Schuster D, Clarenbach C, Schmid-Mohler G A qualitative study of the sources of chronic obstructive pulmonary disease-related emotional distress. *Chron Respir Dis*, 20:14799731231163873. 2023;
83. Aldhahi MI. , Baattaiah BA, Nazer RI, Albarrati A Impact of psychological factors on functional performance among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Environ Res Public Health*, 20:1285. 2023;

84. Rehman AU. , Muhammad SA, Tasleem Z, Alsaedi A, Dar M, Iqbal MO et al. Humanistic and socioeconomic burden of COPD patients and their caregivers in Malaysia. *Sci Rep*, 11:22598. 2021;
85. Sigurgeirsdottir J., Halldorsdottir S, Arnardottir RH, Gudmundsson G, Bjornsson EH COPD patients' experiences, self-reported needs, and needs-driven strategies to cope with self-management. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 14:1033–1043. 2019;
86. Padmanabhan M,. Kadiravan T, Rajaram M, Batmanabane G A panoramic view of patients' beliefs and knowledge about chronic respiratory disease. *Cureus*, 14:e31633. 2022;
87. Sullivan J., Pravosud V, Mannino DM, Siegel K, Choate R, Sullivan T National and state estimates of COPD morbidity and mortality - United States, 2014-2015. *Chronic Obstr Pulm Dis*, 5:324–333. 2018;
88. Rahi ve ark. Mandeep Singh Rahi 1, Bright Thilagar 2, Swetha Balaji 3, Sivaguha Yadunath Prabhakaran 4, Mayuri Mudgal 5, Suganiya Rajoo 6, Prashanth Reddy Yella 7, Palak Satija 7, Alsu Zagorulko 8, Kulothungan Gunasekaran 9 2023 The Impact of Anxiety and Depression in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Mar 10;91(2):123-134. doi: 10.3390/arm91020011. 2023;10;91(2):123-134.
89. American Thoracic Society. .Navigating the Care of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Instructional Guide." *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*,. 2016;193(5), 537-549.
90. NICE Guidelines. (National Institute for Health and Care Excellence)."Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Over 16s: Diagnosis and Management.". 2010;
91. Bourbeau, J. Bourbeau, J., & Collet, J. P. (2001). "The role of self-management education in the management of COPD." *Chest*, 120(6), 1477-1486. 2001;
92. Donaldson, G. C. Donaldson, G. C., & Wedzicha, J. A. (2013). "COPD exacerbations. 2: Aetiology." *Thorax*, 68(10), 906-910. 2013;
93. Earnshaw, VA. , Quinn, DM. The İmpact of Stigma in Healthcare on People Living with Chronic İllnesses. *Journal of Health Psychology*, 17:157–168. 2012;
94. Tünerir, E. Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, *Tıpta Uzmanlık, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul*. 2019;

95. Nunnally, JC. Psychometric theory McGraw-Hill book company. INC New York. 1978;
96. MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Preacher, K. J., & Hong, S. Sample Size in Factor Analysis: The Role of Model Error. *Multivariate behavioral research*, 36(4), 611–637. https://doi.org/10.1207/S15327906MBR3604_06. 2001;
97. Bryman, A. , & Cramer, D. Quantitative data analysis with SPSS release 10 for windows: A guide for social scientists. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203471548>. 2001;
98. Yorke J., Yorke J, Russell AM, Swigris J, Shuldham C, Haigh C, Rochnia, N. et al. Assessment of dyspnea in asthma: validation of the Dyspnea-12, *J Asthma* 2011; 48(6): 602-08. 2011;
99. Metin Z., Metin Z, Helvacı A, Dispne-12 Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması 2018, 5(2), 102-115. 2018;
100. Zigmond AS., Zigmond AS. Snaith PR(1983)The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67:361-70. 1983;
101. Aydemir Ö, ve ark., Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Savaş K, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. 1997;
102. Jones PW, ve ark., Jones, P. W., Harding, G., Berry, P., Wiklund, I., Chen, W. H., & Kline Leidy, N. (2009). Development and first validation of the COPD Assessment Test. *The European respiratory journal*, 34(3), 648–654. <https://doi.org/10.1183/09031936.00102509>. 2009;
103. Yorgancıoğlu A, ve ark., Yorgancıoğlu A, Mehmet P, Aydemir Ö, KOAH değerlendirme testinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği *Tuberk Toraks* 2012; 60(4): 314-320. 2012;
104. Burn G. ;Erefe 2002;Gözüm-Aksayan 2002;Öner 1996;Şencan 2005. 2002;
105. Karakoç, A.. G. D. F. Y., & Dönmez, L.. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49. 2014;
106. Çapık, C., Gözüm, S., & Aksayan, S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları, Dil ve Kültür Uyarlaması: Güncellenmiş Rehber. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26(3), 199-210. 2018;
107. Ercan, İ., & Kan, İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216. 2004;
108. Çakmur, H. Araştırmalarda Ölçme-Güvenilirlik-Geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3). 2012;

109. Dempsey and Dempsey. Erefe 2002;Polit ve ark.2001;Polit and Beck 2010 ;Lobiondo-Wood and Haber 2010. 2000;
110. Kalaycı, Ş. SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri. Ankara: Asil. 2008;
111. Tabachnick L.S. 1) L. S., & Ullman, J. B. Using multivariate statistics (Vol. 6, pp. 497-516). Boston, MA: pearson. 2013;
112. Erdoğan, T., Aydemir, Y., Aydın, A., İnci, M. B., Ekerbiçer, H., Muratdağı, G. & Kurban, A. İnternet ve televizyonda sağlık bilgisi arama davranışı ve ilişkili faktörler. Sakarya Tıp Dergisi, 10(Özel Sayı), 1-10. 2020;
113. Karaman, M. Keşfedici Ve Doğrulamalı Faktör Analizi: Kavramsal Bir Çalışma. Uluslararası İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi, 9(1), 47-63. <https://doi.org/10.29131/uiibd.1279602>. 2023;
114. Earnshaw, V.A., Quinn, D.M., Kalichman, S.C. et al. Development and Psychometric Evaluation of the Chronic Illness Anticipated Stigma Scale. J Behav Med 36: 270. 2013;
115. Güngör D. Duygu Güngör Psikolojide Ölçme Araçlarının Geliştirilmesi ve Uyarlanması Kılavuzu Dokuz Eylül Üniversitesi Türk Psikoloji Yazıları, Aralık 2016,19 (38), 104-112. 2016;19 (38), 104-112.
116. Guraya SS ve ark. Guraya SS, Yusoff MSB, Mat Nor MZ, Fredericks S, Rashid-Doubell F, Harkin DW, Guraya SY. Validating the medical education e-professionalism framework using the content validity index. Education in Medicine Journal. 2022;14(3):31–47. <https://doi.org/10.21315/eimj2022.14.3.3>. 2022;14(3):31–47.
117. Davis, L.. L. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. Applied nursing research, 5(4), 194-197. 1992;
118. Oh, H., Bang. 1), S., Im, B., Lee, S., & Seo, W. Development and Validity Testing of a Morning Stiffness Assessment Scale for Patients with Rheumatoid Arthritis. Orthopedic nursing, 40(1), 23–32. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000727>. 2021;
119. Yeşilyurt ve Çapraz,. Yeşilyurt , Cüneyt Çapraz 2018 A Road Map for the Content Validity Used in Scale Development Studies Doi numarası: 10.17556/erziefd.297741. 2018;

120. Orçan F. Fatih ORÇAN Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology 2018; 9(4);413-421. 2018;(9(4);413-421).
121. Hox, J. J. Confirmatory factor analysis. The encyclopedia of research methods in criminology and criminal justice, 2, 830-832. 2021;
122. Yaşlıoğlu, M. Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulamalı Faktör Analizlerinin Kullanılması. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 46, 74-85. 2017;
123. Dempsey ve ark. Dempsey and2000;Erefe;Polit ve ark.2001;Polit and Beck 2010 ;Lobiondo-Wood and Haber 2010. 2010;
124. Rai SS. , Syurina EV, Peters RMH, Putri AI, Zweekhorst MBM. Non-Communicable Diseases-Related Stigma: A Mixed-Methods Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. Sep. 2020;(12;17(18):6657.).
125. Berger, B. E., Kapella, M. C., & Larson, J. L. The experience of stigma in chronic obstructive pulmonary disease. West J Nurs Res., 2011;33(7), 916-932.
126. Mathioudakis, A. G., Ananth, S., & Vestbo, J. Stigma: an unmet public health priority in COPD. Lancet Respir Med., 2021;9(9), 955-956.
127. Woo, S. , Zhou, W., & Larson, J. L. Stigma Experiences in People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Integrative Review. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis., 2021;(16, 1647-1659.).
128. Finn, S.W. Finn, S.W., Mejdal, A. & Nielsen, A.S. Public stigma and treatment preferences for alcohol use disorders. BMC Health Serv Res. 2023;23, 76.
129. Kaluza J., Harris HR, Linden A, Wolk A. Alcohol Consumption and Risk of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Prospective Cohort Study of Men. Am J Epidemiol. May. 2019;(1;188(5):907-916.).
130. Nielsen LB. , Johansen MO, Riddersholm SJ, et al. The association between alcohol consumption and pulmonary function: a scoping review. Eur Respir Rev. 2024;(33: 230233).
131. Ulubay G ve ark. Ulubay G, Görek Dilektaşlı A, Börekçi Ş, et al. Turkish Thoracic Society Consensus Report: Interpretation of Spirometry. Turk Thorac J 2019; 20(1): 69-89. 2019;20(1): 69-89.
132. Fekih-Romdhane et al. BMC Public Health. 2023;(23:1375).

133. Torales j., Telmo Raúl Aveiro-Róbalo, Carlos Ríos-González, Iván Barrios, José Almirón-Santacruz, Israel González-Urbieta, Tomás Caycho-Rodríguez, João Mauricio Castaldelli-Maia & Antonio Ventriglio Discrimination, stigma and mental health: what's next?, International Review of Psychiatry,. 2023;35:3-4, 242-250,.
134. Bekiroğlu, S. Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylere Yönelik Damgalama: Etkileyen Faktörlere ve Bireyler Üzerindeki Etkilerine Dair Kavramsal Bir Çalışma. OPUS International Journal of Society Researches,. 2021;(17(33), 595-618.).
135. Kumsar, A.K., Güner, A., ve Yılmaz, F.T. Tüberküloz Hastalarında Damgalama: Hastalığı Kabul ve Umutsuzluk Düzeyine Etkisi. Sağlık ve Toplum, 31(1), 69-77. 2021;

12. EKLER

Ek 1: Etik Kurul Kararı

	T.C. ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı
SAYI : 2023/31 KONU : Toplantı Kararı	18/12/2023
Sayın, Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi	
Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'nın 13/12/2023 tarihinde yapmış olduğu toplantıda çalışmanızla ilgili almış olduğu karar ekte sunulmuştur. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.	
Prof. Dr. Girişimsel Etik	KIŞ DENGİZ Araştırmalar Etik Kurulu
Ek: Karar 2 adet	
Zonguldak B.E.Ü. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 67600 KOZLU/ ZONGULDAK, Tel:0 372 261 32 60 Fax: 0 372 261 02 65	



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 13/12/2023
TOPLANTI NO : 2023/24

KARARLAR :

- 13- Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU'nun sorumluluğunda yürütülecek olan "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ile ilişkili Damgalanma Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" konulu çalışmanın Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A

İ R

Prof. Dr. [Redacted] **DENGİZ**
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek 2: Kurum İzin Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 29.12.2023-396370



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : E-36771699-302.14.01-396370
Konu : Tez Konusunun Kabulü (Gamze
GÜLER)

HEMŞİRELİK ENSTİTÜ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalımız Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı 225283121005 numaralı öğrencisi Gamze GÜLER'in tez konusunun kabulüne ilişkin alınan Enstitü Yönetim Kurulunun 29.12.2023 tarih ve 2023/42-18 sayılı kararı ekte sunulmuş olup öğrencinin <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/giris.jsp> adresinde bulunan Tez Üst Veri Giriş Formunu doldurması gerektiğinin bildirilmesi hususunda;
Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Zehra SAFİ ÖZ
Enstitü Müdürü

Ek:Enstitü Yönetim Kurulu Kararı (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSCL911777 Pin Kodu : 64812
Adres : ZBEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 67100 Zonguldak
Telefon : (0372) 291 24 82 Faks:(0372) 291 24 57
e-Posta : saglikbilimleri@beun.edu.tr Web : <http://sabc.beun.edu.tr>
Kep Adresi : beun@hs03.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/bulent-ecevit-universitesi-cbys>

Bilgi için : Onur GENÇ
Unvanı : Şef V.



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 3: Ölçek İzinleri



T.C.
ZONGULDAK VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Zonguldak Uzunmehmet Göğüs Ve Meslek Hastalıkları Hastanesi
Başhekimliği



Sayı : E-91731443-929-230875121
Konu : H163037 Gamze GÜLER Dilekçe Hk.

06.12.2023

Gamze GÜLER
Hemşire

Obstrük

İlgi : 01.12.2023 tarihli ve 01 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı dilekçenize istinaden Hastanemizde yataklı servislerde (2.kat-3.kat) 'Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ile ilişkili Damgalama Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması' başlığı adı altında yapmak istediğiniz 01.01.2024-01.09.2024 tarihleri arasındaki çalışma Başhekimliğimiz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Murat ALTUNTAŞ
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 991D504B-7CAE-494C-84CF-5280E6D0D924

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

MİTHATPAŞA MAH. HAYRİBEY SOK. NO:37 MERKEZ/ZONGULDAK 67000

Telefon No: 03722514361

e-Posta: zonguldakghh1@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

<http://uzunmehmetghh.saglik.gov.tr/>

Kep Adresi:

Bilgi için: Tuğba ÖZTÜRK

Sürekli İşçi

Telefon No: 03777514361





T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : E-36771699-302.14.01-396370
Konu : Tez Konusunun Kabulü (Gamze
GÜLER)

HEMŞİRELİK ENSTİTÜ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalımız Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı 225283121005 numaralı öğrencisi Gamze GÜLER'in tez konusunun kabulüne ilişkin alınan Enstitü Yönetim Kurulunun 29.12.2023 tarih ve 2023/42-18 sayılı kararı ekte sunulmuş olup öğrencinin <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/giris.jsp> adresinde bulunan Tez Üst Veri Giriş Formunu doldurması gerektiğinin bildirilmesi hususunda;
Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Zehra SAFİ ÖZ
Enstitü Müdürü

Ek:Enstitü Yönetim Kurulu Kararı (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

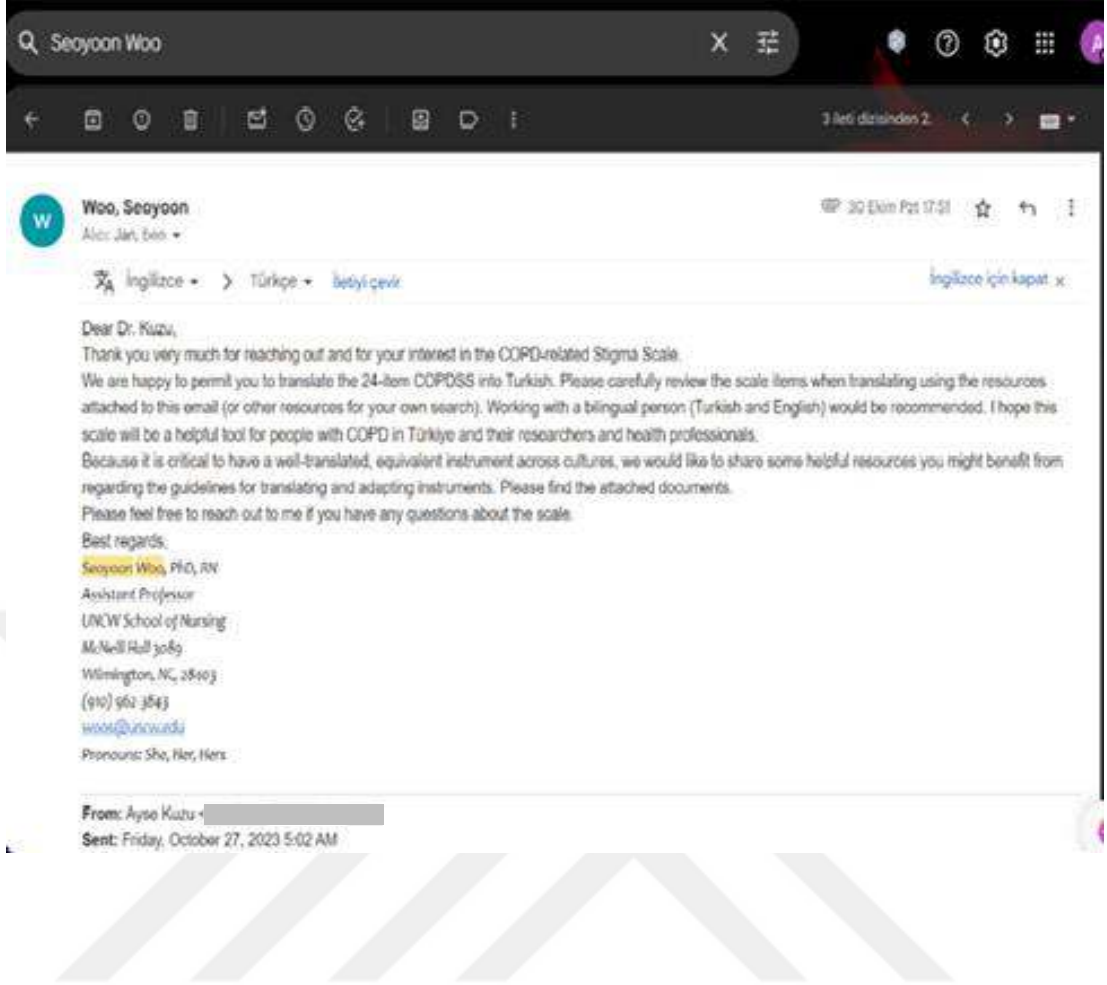
Belge Doğrulama Kodu : BSCL911777 Pin Kodu : 64812
Adres : ZBEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 67100 Zonguldak
Telefon : (0372) 291 24 82 Faks:(0372) 291 24 57
e-Posta : saglikbilimleri@beun.edu.tr Web : <http://sabe.beun.edu.tr>
Kep Adresi : beun@hs03.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/bulent-ecevit-universitesi-ebys>

Bilgi için : Onur GENÇ
Unvanı : Şef V.



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



HAD ÖLÇEĞİ

Ömer

17 Kas 2023 Cum 07:23

Aydemir

Ömer Aydemir <[redacted]>
Alıcı: ben

Sayın Gamze Güler,
Araştırmanızda Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum.
Çalışmanızda kolaylıklar diliyorum.
Prof. Dr. Ömer Aydemir
Manisa Celal Bayar Üniversitesi

DİSPNE 12 ÖLÇEĞİ

ZEHRA GÖK METİN <[REDACTED]>
Alıcı: ben ▼

Merhaba Sevgili Gamze,
Çalışmanızda ölçeği kullanabilirsiniz.
Ekte gerekli bilgileri iletiyorum.
Sevgilerimle.

Doç. Dr. Zehra GÖK METİN
Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği A.D.

İş Sağlığı ve Güvenliği Koordinatörü
Endüstri Mühendisi
C Sınıfı İG Uzmanı
İş Sağlığı Bilim Uzmanı

CAT ÖLÇEĞİ

Arzu Yorgancıoğlu <[REDACTED]> 17 Kas 2023 Cum 06:08

Arzu Yorgancıoğlu <[REDACTED]>
Alıcı: ben ▼

Elbette refere ederek kullanabilirsiniz

sevgilerimle

Arzu Yorgancıoğlu
Professor of Respiratory Medicine , ATSF, FERS
GINA Chair, Board of Directors
Celal Bayar University Medical Faculty
Department of Pulmonology
Manisa Turkey

Ek 4: Kişisel Bilgi Formu

Hastanın sağlığına ilişkin veriler

Vital bulgular: Ateş: Nabız: Tansiyon: Solunum: SPO2:

Solunum Fonksiyon testi değerleri: FEV1:..... FVC :.....

1. Yaşınız? (Belirtiniz).....

2. Cinsiyetiniz? 1. () Kadın 2. () Erkek

3. Medeni durumunuz? 1. () Bekar 2. () Evli 3. () Boşanmış/Eşi vefat etmiş

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. () Üniversite

6. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1. () İyi 2. () Orta 3. () Kötü

7. Çalışma durumunuz?

1. () Aktif çalışıyorum 2. () Emekliyim, aktif çalışmıyorum 3. () İşsizim

4. () Hastalığım nedeniyle çalışamıyorum

8. Mesleğiniz?

1. () Emekli 2. () Memur 3. () İşçi 4. () Serbest Meslek

5. () Çiftçi 6. () Ev hanımı 7. () Diğer (Belirtiniz).....

9. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

1. () Yalnız yaşıyorum 2. () Eşim ile birlikte 3. () Çocuklarım ile

4. () Eşim ve çocuklarım ile birlikte 5. () Eş, çocuklar, torunlar, aile büyükleri

10. Kaç yıldır KOAH hastasıınız? Yazınız.....

11. KOAH'ın hangi evresindesiniz?

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

12. İlaçlarınızı doktorun önerisine göre kullanabiliyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır 3. () Arada sırada unutuyorum

13. Her gün düzenli olarak inhaler kullanıyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır

14. KOAH tedavinizde yardımcı bir cihaz kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız aşağıdakilerden hangisini kullanıyorsunuz?

1. () Hayır, kullanmıyorum 2. () Nebulizatör 3. () BPAP/CPAP (Solunum cihazı)

4. () Oksijen Konsantratörü 5. () Oksijen tüpü 6. () Diğer (belirtiniz):

15. Son bir yılda KOAH alevlenmesi (öksürük, balgam, nefes darlığı) nedeniyle yılda ortalama kaç kez hastaneye geldiniz? Yazınız.....

16. Sigara kullanıyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır 3. () Bıraktım

17. Sigara kullanıyorsanız, kaç yıldır kullanıyorsunuz?.....

18. Sigarayı bırakmışsanız, kaç yıl kullandınız?.....

19. Alkol kullanıyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır 3. () Bıraktım

20. Alkol kullanıyorsanız, kaç yıldır kullanıyorsunuz?.....

21. Alkol kullanmayı bırakmışsanız, kaç yıl kullandınız?.....

22. KOAH'tan başka kronik bir hastalığınız var mı?

1. () Evet 2. () Hayır

23. Ruh sağlığınıza yönelik bir hastalığınız var mı?

1. () Evet 2. () Hayır

EK 5: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)-Related Stigma Scale

This study investigates the social and emotional aspects of living with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Please mark the answer that applies to your situation with an (X) in the statements given. There are no correct or incorrect answers. Do not hesitate to write comments while reviewing the questions.

In this group of questions, you are asked about some of your experiences, feelings, and opinions about how people with COPD feel and how other people treat people with COPD. Please mark the statement that suits you the best and try to answer the question.

Please mark your answer for each item: Strongly Disagree, Disagree, Agree, or Strongly Agree

4-point Likert scale for all items (with scoring in parentheses):

- Strongly Disagree (1)
- Disagree (2)
- Agree (3)
- Strongly Agree (4)

SCALE ITEMS					
		Strongly disagree	Disagree	Agree	Strongly agree
1	People walk away from me when they see I am wearing oxygen				
2	I am embarrassed not to be able to keep up with other people when we are walking together.				
3	I avoid using oxygen in public so that others do not think I am ill.				
4	It embarrasses me to use the inhaler in front of others.				
5	I am more likely to be embarrassed by the symptoms of my illness when I am among strangers.				
6	Patients with COPD are blamed by other people for smoking.				
7	Having COPD has changed my view of what I can do.				

8	Due to my COPD, I am being a burden to my friends and loved ones.				
9	I avoid using oxygen in front of other people.				
10	Other people are uncomfortable with my coughing and sputum.				
11	People with COPD are excluded from society.				
12	Most people believe that individuals with COPD are unclean.				
13	I avoid building up new friendships because it is hard to say that I have COPD.				
14	Having COPD makes me feel unclean because of its symptoms, such as coughing and sputum.				
15	Most people think that a person with COPD is disgusting.				
16	Most people with COPD are excluded when their disease is found out by others.				
17	Some people who found out that I have COPD have grown more distant.				
18	I worry about people discriminating against me when they find out I have COPD				
19	Some people say that I deserve to have COPD for having smoked cigarettes.				
20	Some people act like it is my fault that I have COPD.				
21	I have stopped seeing some people because of their reactions to my having COPD.				
22	I have lost some friends as I said that I have COPD.				
23	I have told people close to me to keep my COPD a secret.				
24	People who know that I have COPD tend to ignore my good points.				

Reference: r

Woo, S., Veliz, P., Saint Arnault, D. M., Struble, L. M., Earl, A., & Larson, J. L. (2023). Development and preliminary psychometric evaluation of the COPD-related Stigma Scale. *Heart & Lung, 61*, 22-28.

Ek 6: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (Koah) İle İlişkili Damgalanma Ölçeği

Bu çalışma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına (KOAİ) sahip olmanın sosyal ve duygusal yönlerini araştırmaktadır. Verilen ifadelerde kendi durumunuza uygun olan cevabı (X) ile işaretleyiniz. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Soruları incelerken yorum yazmaktan çekinmeyiniz.

Bu soru grubunda KOAH'lı kişilerin nasıl hissettikleri ve diğer insanların KOAH'lı kişilere nasıl davrandığına ilişkin bazı deneyimleriniz, duygularınız ve görüşleriniz sorulmaktadır. Lütfen size en yakın olan ifadeyi işaretleyiniz ve soruya cevap vermeye çalışınız.

Her madde için cevabınızı işaretleyiniz: Tamamen Katılmıyorum, Katılmıyorum, Katılıyorum veya Tamamen Katılıyorum

Maddelerin tamamı için 4 puanlı Likert ölçeği (parantez içinde puanlamayla birlikte):

- Tamamen Katılmıyorum (1)
- Katılmıyorum (2)
- Katılıyorum (3)
- Tamamen Katılıyorum (4)

		Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	İnsanlar oksijen aldığımı gördüklerinde benden uzaklaşır.				
2	Birlikte yürürken diğer insanların hızına yetişemediğim için utanırım.				
3	Başkaları hasta olduğumu düşünmesin diye toplum içinde oksijen almaktan kaçınırım.				
4	Başkalarının önünde solunum (inhaler) cihazını kullanmak beni utandırır.				
5	Tanımadığım insanların yanında hastalığının belirtilerinden daha çok utanırım.				
6	KOAİ hastaları sigara içtiği için diğer insanlar tarafından suçlanır.				
7	KOAİ hastası olmak, neleri yapabileceğime dair görüşümü değiştirdi.				
8	KOAİ hastalığım nedeniyle, arkadaşlarıma ve sevdiklerime yük oluyorum.				

9	Diğer insanların önünde oksijen almaktan kaçınırım				
10	Diğer insanlar öksürmemden ve balgam çıkarmamdan rahatsız olur.				
11	KOAH'lı kişiler toplum tarafından dışlanır.				
12	İnsanların çoğu KOAH'lı bireylerin temiz olmadığını düşünür.				
13	KOAH olduğumu söylemek zor olduğu için yeni arkadaşlık kurmaktan kaçınırım.				
14	KOAH hastalığım, öksürük balgam çıkarma gibi belirtileri nedeniyle kendimi kirli hissetmeme neden oluyor.				
15	İnsanların çoğu KOAH'lı birinin iğrenç olduğunu düşünür.				
16	KOAHlı insanların çoğu, hastalığı başkaları tarafından öğrenildiğinde dışlanır.				
17	KOAH hastası olduğumu öğrenen bazı insanlar bana daha mesafeli davranıyor				
18	KOAH hastası olduğumu öğrendiklerinde insanların bana karşı ayrımcılık yapmasından endişe duyuyorum				
19	Bazı insanlar sigara içtiğim için KOAH olmayı hak ettiğimi söyler.				
20	Bazı insanlar, KOAH olmak sanki benim suçummuş gibi davranıyor.				
21	KOAH hastası olmama verdikleri tepkiler nedeniyle bazı insanlarla görüşmeyi bıraktım.				
22	KOAH hastası olduğumu söylediğim için bazı arkadaşlarımı kaybettim.				
23	Yakınımdaki insanlara KOAH hastası olduğumu bir sır gibi saklamalarımı söyledim.				
24	KOAH hastası olduğumu bilenler, iyi yönlerimi görmezden gelme eğilimindedir.				

Ek 7: Dispne-12-TR

Bu anket, nefes almanın sizi ne kadar rahatsız ettiğini daha iyi anlamamıza yardımcı olmak için tasarlanmıştır.

Lütfen her maddeyi okuyunuz ve bugünlerde nefes almanızı en iyi tanımlayan kutucuğu işaretleyiniz. Eğer maddelerde yazan ifadelerle ilişkin bir sorun yaşamıyorsanız “hiç” kutucuğunu işaretleyiniz. Lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

Madde	Hiç (0)	Hafif (1)	Orta (2)	Şiddetli (3)
1. Nefesim tüm hava yollarıma geçmiyor				
2. Nefes alışım daha çok çaba gerektiriyor				
3. Nefes darlığı hissediyorum				
4. Nefes almakta zorluk yaşıyorum				
5. Yeterince hava alamıyorum				
6. Nefes alışım rahat değil				
7. Nefes alışım çok yorucu oluyor				
8. Nefes alışım moralimi bozuyor				
9. Nefes alışım beni perişan ediyor				
10. Nefes alışım sıkıntı veriyor				
11. Nefes alışım beni huzursuz ediyor				
12. Nefes alışım sinir bozucu oluyor				

Ek 8: HAD (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği)

Hasta adı soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- ☐Çoğu zaman
- ☐Birçok zaman
- ☐Zaman zaman, bazen
- ☐Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐Aynı eskisi kadar
- ☐Pek eskisi kadar değil
- ☐Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
- ☐Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐Her zaman olduğu kadar
- ☐Şimdi pek o kadar değil
- ☐Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐Çoğu zaman
- ☐Birçok zaman
- ☐Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐Hiçbir zaman
- ☐Sık değil
- ☐Bazen
- ☐Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

☐ Sıklıkla

☐ Bazen

☐ Pek sık değil

☐ Çok seyrek



Ek 9: KOAH Değerlendirme Ölçeği (COPD ASSESMENT TEST) (CAT)

CAT KOAH DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (COPD ASSESMENT TEST)		
Hiç Öksürmüyorum	0 1 2 3 4 5	Sürekli Öksürüyorum
Akciğerlerimde Hiç Balgam Yok	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerim Tamamen Balgam Dolu
Göğsümde Hiç Tıkanma Daralma Hissetmiyorum	0 1 2 3 4 5	Göğsümde Çok Daralma Var
Yokuş Veya Bir Kat Merdiven Çıktığımda Nefesim Daralmıyor	0 1 2 3 4 5	Yokuş Veya Bir Kat Merdiven Çıktığımda Nefesim Çok Daralıyor
Evdeki Hareketlerimde Hiç Zorlanmıyorum	0 1 2 3 4 5	Evdeki Hareketlerimde Çok Zorlanıyorum
Akciğerlerimin Durumuna Rağmen Evimden Dışarı Çıkmaya Çekinmiyorum	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerimin Durumu Nedeniyle Evimden Dışarı Çıkmaya Çekinmiyorum
Rahat Uyuyorum	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerimin Durumu Nedeniyle Rahat Uyuyamıyorum
Kendimi Çok Güçlü Enerjik Hissediyorum	0 1 2 3 4 5	Kendimi Hiç Güçlü Enerjik Hissetmiyorum

13. ÖZGEÇMİŞ

Gamze GÜLER, Lise öğrenimini Zonguldak ilinde Fener Anadolu lisesinde tamamlamıştır. Lisans eğitimini 2007-2012 yılları arasında Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde almıştır. 2012 yılında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversite hastanesinde Gastroenteroloji Servisinde servis hemşiresi olarak görev yapmaya başlamıştır. 2018 Yılında Uzun Mehmet Göğüs ve Meslek Hastalıkları Hastanesinde Servis Sorumlu hemşire olarak görev yapmaktadır. 2021 yılında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başlamıştır. 2024 Yılında Dr. Kamıl Furtul Göğüs Hastalıkları Hastanesinde Samsun'da göreve Sorumlu Hemşire olarak mesleğe devam etmektedir.