

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERDE HASTALIK ALGISININ ÖLÜM KAYGISINA
ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ZUHAL BORUÇALAN

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. SAADET CAN ÇİÇEK

BOLU, OCAK - 2023

KABUL VE ONAY SAYFASI

Zuhal BORUÇALAN tarafından hazırlanan “**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE HASTALIK ALGISININ ÖLÜM KAYGISINA ETKİSİ**” adlı tez çalışması jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir. 12/01/2023

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman
Doç. Dr. Saadet CAN ÇİÇEK
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye
Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM USTA
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye
Doç. Dr. Havva SERT
Sakarya Üniversitesi

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir,

aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Teze ilişkin 01/02/2023 tarihinde Turnitin adlı intihal tespit programından enstitü müdürlüğünce belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan benzerlik raporuna göre, tezin benzerlik oranı %23 olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışma için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2021/178 sayısı ile 22/06/2021 tarihinde etik izin alınmıştır.

ZUHAL BORUÇALAN

ÖZET

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE HASTALIK ALGISININ ÖLÜM KAYGISINA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ZUHAL BORUÇALAN

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

(TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. SAADET CAN ÇİÇEK)

BOLU, OCAK- 2023

X + 79

Bu çalışma kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık algısının ölüm kaygısı üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Çalışma evrenini iki kamu hastanesinin, “Göğüs Hastalıkları Kliniğinde”, 01.08.2021-01.02.2022 tarihleri arasında yatarak tedavi gören KOAH tanısı almış bireyler, örneklemi ise dahil edilme kriterlerini karşılayan bireyler oluşturmuştur. Örneklem sayısı güç analizi ile 94 olarak belirlenmiş olup araştırma 97 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler; Tanıtım Bilgi Formu Hastalık Algısı Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması 70.11 yıl, %71.1’i 65 yaş ve üzeri, %70.1’i erkek, %45.4’ü sağlığını “orta” olarak algılamaktadır. Katılımcıların %81.4’ü KOAH 3. ve 4. evre olup, en fazla sırasıyla soluk almada güçlük, hırıltılı soluma, yorgunluk, güç kaybı ve uyku güçlüğü semptomlarını yaşamaktadır. Katılımcıların hastalıklarına neden olan en önemli ilk üç sebep sigara içme, çevre kirliliği ve stres ya da endişe olarak belirlenmiştir. İyi hastalık algısına sahip bireylerin hastalıklarını anlayıp tedavi kontrolünü daha iyi sağladığı belirlenmiştir. Katılımcıların %40,2’sinde orta düzeyde ölüm kaygısı belirlenmiştir. Ölüm kaygısı puanı sadece sağlığı algılama değişkeni için anlamlı bir fark göstermiş olup sağlığını “kötü” olarak algılayan katılımcıların ölüm kaygısı puanları sağlığını “iyi” olarak algılayan katılımcılardan anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$). Ölüm kaygısı puanının KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumuna göre anlamlı bir fark gösterdiği ve son bir yılda hastaneye yatanlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Katılımcıların hastalık algısı ve ölüm kaygısı puanları karşılaştırıldığında; hastalığın kronik olduğunu düşündükçe ölüm kaygılarının arttığı belirlenmiştir. Ölüm kaygısı ile kişisel kontrol ve tedavi kontrolü arasında anlamlı negatif bir ilişki belirlenmiştir. Bireylerin, hastalıklarını kontrol edebileceklerine ilişkin algıları arttıkça ve hastalığın tedavi ile kontrol edilebileceğine ilişkin pozitif algıları arttıkça ölüm kaygılarının azaldığı belirlenmiştir. Ölüm kaygısı ile duygusal temsiller arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğu ve hastalıkları ile ilgili endişeleri arttıkça ölüm kaygılarının arttığı belirlenmiştir.

ANAHTAR KELİMELELER: Hastalık algısı, Ölüm kaygısı, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Hemşirelik

ABSTRACT

THE EFFECT OF DISEASE PERCEPTION ON DEATH ANXIETY IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

MSC THESIS

ZUHAL BORUÇALAN

BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY

INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES

DEPARTMENT OF NURSING

(SUPERVISOR: ASSOC. DR. SAADET CAN ÇİÇEK)

BOLU, JANUARY- 2023

X + 79

This study was conducted to determine the effect of illness perception on death anxiety of individuals with chronic obstructive pulmonary disease.

The research is of descriptive type. The population of the study consisted of individuals diagnosed with COPD who were hospitalized between 01.08.2021 and 01.02.2022 in the "Chest Diseases Clinic" of two public hospitals, and the sample consisted of individuals who met the inclusion criteria. The sample number was determined as 94 by power analysis and the research was carried out with 97 participants. Data; Introductory Information Form was obtained by using the Illness Perception Scale and the Death Anxiety Scale.

The average age of the participants is 70.11 years, 71.1% of them are 65 years and older, 70.1% are male, 45.4% perceive their health as "moderate". 81.4% of the participants were in stage 3 and 4 of COPD, and they experienced the most symptoms of difficulty in breathing, wheezing, fatigue, loss of strength and difficulty sleeping, respectively. The three most important reasons for the diseases of the participants were determined as smoking, environmental pollution and stress or anxiety. It has been determined that individuals with good disease perception understand their diseases and provide better control of treatment. Moderate death anxiety was determined in 40.2% of the participants. The death anxiety score showed a significant difference only for the health perception variable, and the death anxiety scores of the participants who perceived their health as "bad" were significantly higher than those who perceived their health as "good" ($p<0.05$). It was determined that the death anxiety score showed a significant difference compared to the hospitalization status due to COPD and was significantly higher in those hospitalized in the last year ($p<0.05$). When the participants' perception of illness and death anxiety scores were compared; It was determined that the death anxiety increased as the disease was thought to be chronic. A significant negative relationship was determined between death anxiety and personal control and treatment control. It has been determined that as individuals' perceptions that they can control their diseases increase and their positive perceptions that the disease can be controlled with treatment increase, death anxiety decreases. It was determined that there was a significant positive relationship between death anxiety and emotional representations, and that death anxiety increased as their anxiety about their illness increased.

KEYWORDS: Illness perception, Death anxiety, Chronic obstructive pulmonary disease, Nursing

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ii
ETİK BEYAN	iii
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLO LİSTESİ.....	viii
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ.....	ix
TEŞEKKÜR.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanımı	4
2.2 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Prevalansı ve Epidemiyolojisi	4
2.3 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Mortalite ve Morbiditesi.....	4
2.4 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Fiziopatolojisi	5
2.5 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Risk Faktörleri	5
2.6 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Belirtileri	6
2.6.1 Dispne	6
2.6.2 Kronik Öksürük	6
2.6.3 Balgam	7
2.6.4 Wheezing.....	7
2.6.5 Komorbidite.....	7
2.7 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Evreleme	7
2.8 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tedavisi	8
2.9 Hastalık Algısı	9
2.9.1 Hastalık Algısının Bileşenleri.....	10
2.10 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Hastalık Algısı	11
2.11 Ölüm ve Ölüm Kaygısı	12
2.12 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Ölüm Kaygısı	13
2.13 Hemşirelik Yaklaşımı	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15

3.1 Araştırmanın Tipi	15
3.2 Çalışmanın Varsayımları ve Hipotezleri.....	15
3.3 Çalışmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	15
3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	15
3.5 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	15
3.6 Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	15
3.7 Araştırmanın Değişkenleri	16
Bağımlı Değişken:	16
Bağımsız Değişkenler:	16
3.8 Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları.....	16
3.8.1 Tanıtım Bilgi Formu	16
3.8.2 Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ-Illness Perception Questionnaire).....	16
3.8.3 Ölüm Kaygısı Ölçeği	18
3.9 Verilerin Değerlendirilmesi.....	19
3.10 Araştırmanın Etik İlkeleri	19
3.11 Araştırmanın Sınırlılıkları	20
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
6.1 Sonuçlar	56
6.2 Öneriler	58
7. KAYNAKLAR	60
8. EKLER	70

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı.....	21
Tablo 4.2. Katılımcıların hastalıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	23
Tablo 4.3. Hastalık Algısı Ölçeği ve alt boyutları için tanımlayıcı özelliklerin dağılımı.....	24
Tablo 4.4. Katılımcıların Hastalık Algısı Ölçeği'ne göre yaşadıkları hastalık belirtilerinin dağılımı.....	25
Tablo 4.5. Hastalık Algısı Ölçeğinin tanımlayıcı özelliklerle karşılaştırılması....	27
Tablo 4.6. Hastalık Algısı Ölçeği ile hastalığa ilişkin özelliklerin karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.7. Ölüm Kaygısı Ölçeği ve alt boyutları için tanımlayıcı istatistikler	36
Tablo 4.8. Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin tanımlayıcı özelliklerle karşılaştırılması....	36
Tablo 4.9. Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin hastalığa ilişkin bilgilere özelliklerle karşılaştırılma.....	38
Tablo 4.10. Hastalık Algısı Ölçeği ile Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin korelasyon analizi.....	39

KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

BOLD	: Burden of Obstructive Lung Disease (Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü)
DALY	: Disability Adjusted Life Years (Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FEV1	: Forced Expiratory Volume in the First Second (Birinci Saniyedeki Zorlu Ekspiratuar Volüm)
FVC	: Challenging Vital Capacity (Zorlu Vital Kapasite)
GOLD	: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Küresel Girişim)
HAÖ	: Hastalık Algısı Ölçeği
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
ÖKÖ	: Ölüm Kaygısı Ölçeği
SFT	: Solunum Fonksiyon Testi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin boyunca sabrı, desteği, bilgisi, deneyimi ve hoşgörüsü ile bana yardımcı olan, tanımaktan onur duyduğum, zaman kavramı olmaksızın her zaman sorduğum sorulara cevap veren, bana yol gösteren, yardımcı olan değerli ve sevgili danışman hocam Doç.Dr. Saadet CAN ÇİÇEK'e çok teşekkür ederim.

Bana okulu, okumayı sevdiren, karşılaştığım zorluklarda maddi ve manevi olarak her zaman yanımda olan, aynı zamanda ilkokul öğretmenim olan sevgili babacığım Kamil BORUÇALAN'a, beni bu yaşa binbir zorlukla getiren, yaşamım boyu karşılaştığım her zorlukta yanımda olan, eğitim hayatım sürecinde her zaman destek olan, beni cesaretlendiren sevgili anneciğim İmral BORUÇALAN'a, eğitim hayatım boyunca çalışkanlığıyla örnek aldığım, desteğini hiç esirgemeyen aynı zamanda lisansüstü eğitimini tamamlayarak uzman unvanı alan biricik ablam Meral SAVAŞCI'ya, hayatta cesaret, azim ve kararlılığıyla beni yüreklendiren, yol gösteren, koruyucu meleğim, biricik ablam Nihal BORUÇALAN'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Biricik dostum, en yakın arkadaşım, en büyük destekçim Hatice Kübra DİKMEN'e kendime olan inancımı sağlamada manevi desteğini bir an olsun esirgemediği için yanımda olduğu için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmalarım sırasında ilgisi, sabrı ve hoşgörüsüyle bana destek olup, cesaretlendiren, tez yazım süreci boyunca fikirleri ve önerileriyle çalışmamıza destek olan Arş. Gör. Muhammed Yavuz HAKTANIR'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak yüksek lisans eğitimimimde veri toplama aşamasında yardım ve desteklerini esirgemeyen sevgili katılımcılara ve İzzet Baysal Eğitim Araştırma Hastanesi'nde büyük bir özenle, sabırla çalışan sevgili çalışma arkadaşlarıma yürekten sevgilerimi sunarım.

Zuhal BORUÇALAN

1. GİRİŞ

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH); hava akımının kısıtlanması ve solunumsal semptomları ile karakterize, önlenilen ve tedavi edilebilen yaygın bir hastalıktır (1). KOAH yavaş yavaş gelişip, genel olarak 40 yaşından sonra görülen balgam, nefes darlığı, öksürük, hırıltılı solunum, gibi semptomlara neden olabilmektedir (2, 3). KOAH'ta semptomlar zaman geçtikçe kötüleşmekte ve egzersiz esnasında oluşan nefes darlığı, zaman geçtikçe dinlenme durumunda oluşan nefes darlığına yol açmaktadır (2).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, dünyadaki morbidite ve mortalitenin en büyük nedenlerinden olup, aynı zamanda iş görmezliğe neden olup beraberinde ekonomik yüke sebebiyet verir (4, 5, 6). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, KOAH nedeniyle dünyada her yıl ortalama üç milyon insan ölmektedir (7). Günümüzde ise dünyada 3. ölüm nedeni haline gelen KOAH'ın, 2030 yılına kadar 4.5 milyondan fazla insanın ölümüne sebep olacağı düşünülmektedir (4). KOAH mortalite nedeni olarak kalmayıp, aynı zamanda kronik sakatlıklara da neden olmaktadır (8). Türkiye'de solunum sistemi hastalıkları en sık görülen 3. ölüm nedenidir ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin verilerine göre 2018 yılında 421.164 ölümden 23.879'unun KOAH nedeni ile meydana geldiği görülmektedir (9). KOAH'la ilişkili ölümlerin yaklaşık %90'ının gelişmekte olan ülkeler veya daha az gelişmiş ülkelerde görülmekte olup, bu ülkelerde KOAH yüküyle ilgili veriye çok az rastlanmaktadır (10).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, aynı risk faktörlerine maruz kalan bireylerde bile farklı bir seyir gösterebilmektedir (11). Kronik solunum sistem hastalıkları, kişileri büyük ölçüde kısıtlaması, yetersizliğe yol açması ve ölüm oranında artışa neden olmasından dolayı ciddi bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Bireylerin sağlığını etkilemekte, aile ve toplum üzerinde olumsuz etkilere neden olmakta, bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir (12). Kronik bir hastalığa sahip olan diğer bireylerde olduğu gibi, KOAH' lı bireylerde de hastalık algısı, KOAH'ın tedavi sürecini ve psikososyal durumu doğrudan etkilemektedir. Hastalık algısı, bireyin hastalık durumundaki bilişsel görünümü olarak tanımlanabilir. Yaşamları boyunca insanlar çevrelerinde olup biten olayları açıklamak için bilişsel modeller geliştirir. Bu durum hasta bireylerde de benzer

olup hastalıkları konusunda da çeşitli modeller oluşturur (13). Kronik solunum sistemi hastalığına sahip bireylerde en yaygın görülen ruhsal bozukluk kaygı ve depresyondur (14, 15). Solunum güçlüğü, dispne ve nefes açlığı yaşayan bireyde kaygı ve ölüm korkusuna sebep olur (15). Bu süreçte bireyin daha önceki deneyimi ve algısı önem taşır. Aynı zamanda hastalık algısı; bireyin kişisel bilgisi, değer ve inançlarından etkilenmektedir (16).

Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi KOAH'ın akciğerlerde yol açtığı işlev bozukluğunun yanında ilaç kullanımı, hastaneye yatma sıklığının artması ve bağımlılık gibi faktörler geleceğe yönelik endişeyi arttırıp bireylerde ümitsizlik ve kaygı gibi durumlara sebep olur. (15). Fiziksel ve sosyal kısıtlılıklar bireyi psikolojik açıdan olumsuz etkileyip sosyal izolasyona sebep olabilir (17). Bireyin hastalığına verdiği bu tepki, kişinin hastalığı algılayışı, inanışları, tedavinin şekli, tedavinin sıklığı ve kişide meydana gelen fizyolojik değişimlere göre şekillenir. Kronik hastalığa sahip bireyin hastalığı konusunda bilgi eksikliği olması hastalığın kontrol altına alınamamasındaki en önemli sebeplerden biri olup bu durum hastalık algısını negatif yönde etkilemektedir (12).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığına sahip bireylerde solunum yetmezliği, hipoksi, hiperventilasyon ve hiperkapni doğrudan beyin fonksiyonunu etkileyerek bilişsel ve bellek işlev bozuklukları meydana getirir (18). Bu durum kaygı ve korku gibi sorunlardan deliryuma kadar birçok bozukluğa yol açabilir (19). KOAH'lı bireyler hastalık süreci boyunca günlük yaşam aktivitelerinde meydana gelen sınırlılıklar, emosyonel ve bilişsel değişiklikler, ekonomik ve sosyal sınırlılıklar gibi sebeplerden dolayı karmaşık problemlerle karşılaşır (20, 21, 22). KOAH'lı bireyin hastalık sürecinde karşılaştığı problemlerle baş edebilmeleri, ev ortamında yaşadığı hastalığa bağlı semptomlarını etkin bir şekilde kontrol altına almayı başarabilmeleri için bazı becerileri kazanmaları gerekir (20, 23). Bunu başarmanın etkili yolu ise planlı ve sürekli bir hasta-aile eğitimi olarak görülmektedir (21).

Ölüm düşüncesinin insan yaşamına etkisi kaçınılmazdır. KOAH'a bağlı semptom ve komplikasyonlara maruz kalan KOAH'lı bireyler yoğun ölüm kaygısı yaşayabilmektedir. Ölüm karşındaki davranış ve tutumlar bireyin kişisel özelliklerine, içinde yaşadığı topluma, din ve kültüre göre farklılık gösterir. Ancak aşırı ve patolojik şekilde oluşan ölüm kaygısı, insan psikolojisini olumsuz etkilemektedir (24, 25). Bu nedenle kişinin ruhsal dengesini koruması açısından,

ölüm düşüncesiyle etkin şekilde baş edebilmek için sınırlarının belirlenmesi oldukça önemlidir (26). Ölüm karşısında bireyin geliştirdiği tutumlar denge ve uyumunu yitirdikçe, kişinin kaygı düzeyini arttırıp çevreye uyumunu güçleştirebilmektedir. Hastalığın semptom ve komplikasyonlarını yönetmede bireyin nasıl hissetmesi gerektiğine, ne düşüneceğine ve nasıl davranacağına ilişkin hastalık algısı, olumlu sağlık davranışlarının sürdürülmesinde önemli bir etkindir (27).

Literatür incelendiğinde KOAH tanılı bireylerin hastalık algısını (120, 122, 124, 125) ve hastalık algısının ölüm kaygısı üzerindeki etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya (94, 125, 133) rastlanmıştır. Bu çalışma, KOAH tanılı bireylerde hastalık algısının ölüm kaygısına etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Elde edilen verilerin KOAH tanısı almış bireylerle çalışan sağlık profesyoneline fikir verip yol göstermesi, hastalık algısı ve ölüm kaygısına yönelik müdahale çalışmalarına katkı sağlaması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanımı

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, genellikle zararlı gaz ve küçük partiküllere maruz kalmaya bağlı hava yolu ve/veya alveolar bozulmalar nedeni ile dirençli solunum bulguları ve hava akışındaki kısıtlılıklar ile kendini gösteren yaygın, önlenabilir aynı zamanda tedavisi mümkün bir hastalıktır (28). KOAH'ın en yaygın görülen semptomları dispne, öksürük ve balgam olmakla beraber orta-ileri yaşlarda ortaya çıkıp, yavaş bir ilerleme gösterir. Hastalığın semptomları genelde kış aylarında artmakla birlikte hastalık alevlenmeleri ciddi morbidite ve mortalite sebebidir (29, 30).

2.2 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Prevalansı ve Epidemiyolojisi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığına sahip bireylerin prevalansı hastaların yaşadığı konum, yaşam tarzı, içinde yaşadığı toplumun sosyo-kültürel özellikleri, cinsiyet ve yaşa göre farklılık göstermektedir (31, 32).

Dünya genelinde 384 milyon KOAH hastası olduğu düşünülmektedir (33). Tütün kullanımı ile KOAH prevalansı doğrudan ilişkilidir. İnsan ömrünün uzaması ve tütün kullanımının artmasıyla, gelecek 40 yıl içinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının görülme sıklığının artacağı düşünülmektedir (34). 29 ülkenin tamamladığı “Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü (BOLD)” çalışmasında, KOAH prevalansı kadınlarda %8.5, erkeklerde %11.8; toplam %10.1 olarak saptanmıştır (42). Ülkemizde ise kesin sayı içeren yakın tarihli bir saha çalışması bulunmamakla birlikte, tahmini 3-4 milyon KOAH tanılu birey olduğu düşünülmektedir (35).

2.3 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Mortalite ve Morbiditesi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı dünyada en yaygın görülen üçüncü ölüm nedeni olup küresel nüfusta her 10 yetiştikenden birinin bu hastalığa sahip olduğu düşünülmektedir. Küresel Hastalık Yüğü Çalışması'na göre 2019 yılında tüm dünyada KOAH nedeniyle gerçekleşen ölümler 3.28 milyondur. Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 raporuna göre, KOAH tüm ölümlerin %12'sini oluşturmaktadır. Ülkemizde sigara içme sıklığının artmaya başlaması, Türkiye'deki hava kirliliği oranının Dünya Sağlık Örgütü eşik düzeyinin üstünde olması, yoksulluk artışı gibi sebeplerle önümüzdeki yıllarda hastalık yükünün daha

da artacağı düşünülmektedir (36, 37, 38, 39). KOAH morbidite oranları sigara, yaşlanma ve KOAH ile ilişkili ya da ikincil gelişen kronik hastalıklardan etkilenebilmektedir (40). Komorbiditler, KOAH'lı bireylerin hastaneye başvuru ve sağlık maliyetlerini ciddi bir oranda arttırmaktadır (41).

2.4 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Fizyopatolojisi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığına sahip bireylerin akciğer parankimi ve solunum yollarında bazı patolojik değişiklikler gelişir (43). Bu gelişen patolojik değişiklikler sonucu kronik inflamasyon görülür ve tamir mekanizması düzenli çalışmaz. Patolojik süreç hastalığın yoğunluğuna ve sigara tüketimine bağlı olarak ilerler. KOAH'ta patolojik değişiklikler arasında; aşırı mukus üretimi, siliyer disfonksiyon, hava akımı kısıtlanması ve hava hapsi, gaz değişim bozulmaları, pulmoner hipertansiyon gibi bulgular yer almaktadır (44, 45). KOAH'a sahip bireylerde inflamasyon bulunabilir, komorbid durum bunda rol oynayabilir (46).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığına sahip bireylerde solunum yollarındaki enflamasyon, kronik iritanlara bağlı olarak yükselebilir. Bunun nedeni net olarak anlaşılmamakla birlikte bir kısmı genetik ile açıklanmaktadır. Sigara tüketimi olmayan KOAH'lı bireylerde inflamatuvar yanıtın doğası henüz açıklanamamıştır ancak oksidatif stres ve aşırı proteaz üretiminin etkisine bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir. Oksidatif stres, aşırı proteaz üretimi, iritanlara maruz kalma, KOAH'ta bazı patolojik değişikliklere sebep olur. (47, 48).

Patolojik değişikliklere bağlı olarak oluşan kronik inflamasyon ve periferik hava yollarının daralması sonucu FEV1 'de azalmaya yol açar (49). Amfizem sebebiyle oluşan parankimal dokuda yıkım gaz geçişini azaltır. Solunum yollarının daralmasına ilave olarak küçük hava yollarındaki kaybın hava akımı kısıtlanmasına etkisi olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur (50).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığına sahip bireylerde görülen fizyopatolojik değişiklikler sonucu; nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarma, egzersiz performansında azalma, kilo kaybı, hipoksemi ve depresyon gibi belirtiler ortaya çıkabilmektedir (44, 45).

2.5 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Risk Faktörleri

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının gelişimi, genetik faktörler ve çevresel risk faktörlerinden oluşan pek çok değişkene bağlı bir süreçtir. Alfa-1-antitripsin eksikliği (AATD) KOAH'ın gelişiminde genetik risk faktörüdür. Bir meta-analiz

çalışmasında Avrupa’da Alfa-1-antitripsin genotipinin KOAH’lı hastalarda %0.12 oranında olduğu belirtilmiştir (51).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığına sahip bireylerde büyük oranda sigara tüketimi öyküsü olmakla birlikte sigara tüketimi en büyük risk faktörüdür. Sigara kullanımının miktarı ve süresi hastalık şiddetine katkıda bulunur. Bunlara ek olarak, çeşitli tozlar, alfa-1 antitripsin eksikliği, kimyasallar, çalışma ortamında hava kirliliğine maruz kalma, buhar ve dumana maruziyet gibi faktörler KOAH gelişimine neden olan çevresel etmenlerdir (52, 53).

2.6 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Belirtileri

Dispne, kronik öksürük ve balgam çıkarma şikayetine sahip olan veya hastalık gelişimi için risk faktörlerine maruz kalmış bireylerde KOAH düşünülmektedir (54).

Öksürük, balgam ve kronik dispne KOAH’ın en belirgin semptomlarıdır (55). KOAH vakalarının %30’unda öksürükle beraber balgam şikayeti vardır. Bu belirti hava akımı obstrüksiyonu oluşmadan öncede oluşabilmektedir (56).

Görülen başlıca semptomlara ek olarak hastalığın ilerleyen zamanlarında halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı ve uykusuzluk semptomları ortaya çıkabilmektedir. Aynı zamanda KOAH’lı bireylerde yaşanan dispneye bağlı olarak depresyon ve anksiyete, psikolojik olarak ortaya çıkan en belirgin semptomlardır (57).

2.6.1 Dispne

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında kişinin günlük yaşam aktivitelerini sınırlayan en temel semptom dispnedir (56). KOAH’ın ilerleyen dönemlerinde akciğer fonksiyonlarının kötüleşmesiyle artan dispne, kişinin hastane yatışına neden olan atak sebebidir (56). Dispneye eşlik eden anksiyete ve uykusuzluk, kişinin öz güven kaybından sosyal izolasyona kadar birçok soruna neden olabilmektedir (58,59).

2.6.2 Kronik Öksürük

Zararlı gaz ve partiküllere maruz kalımı sonucu hava yollarının verdiği ilk tepki öksürüktür. Aralıklı olarak başlayan öksürük, zaman içerisinde farklılaşıp ciddi bir hale gelirse sürekli devam edebilir (55). Öksürük balgamlı ve balgamsız olabildiği gibi kalıcı ve ilerleyici olabilir. Kronik öksürük, uyku bozukluklarına, kas güçsüzlüğüne ve bronşlardaki sekresyonların dışarı atılmasını engelleyerek hava yollarında balgam tıkaçlarının oluşmasına sebep olmaktadır (60).

2.6.3 Balgam

KOAH'a sahip bireylerde öksürükle beraber arada sırada az miktarda balgam dışarı atılabilmektedir. Balgam, bakteriyel bir alevlenmenin sonucunda pürülan olabilir (56).

2.6.4 Wheezing

Wheezing hava yollarının daralmasına bağlı nefes verme esnasında kişiden ıslık sesi gibi duyulan hırıltılı solunumdur. KOAH'lı bireylerin göğüs kafesinde daralma, sıkışma olarak ifade ettiği wheezing, genellikle efor sonrası ve günün ilk saatlerinde görülür. Weezing gün içerisinde farklılık gösterebilir (56).

2.6.5 Komorbidite

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, sistemik bozukluklara yol açabilir. KOAH, kişinin durumunun daha da kötüleşmesine katkı sağlayan ve birden fazla rahatsızlığın eşlik ettiği komplike bir hastalıktır. Başlıca komorbiditeler, osteoporoz, uyku apnesi, kaşeksi, alt ekstremitelerde güçsüzlük, diabetes mellitus, kansızlık, kalp-damar hastalıkları ve akciğer kanseri sayılabilir (55, 56). KOAH ile başka hastalıkların varlığı, kişide KOAH alevlenmelerinin görülmesine, hastane başvuru ve yatışlarının artmasına sebep olmaktadır. Bu durum hastane maliyetlerini arttırmakta olup sağlık sistemine yük oluşturmaktadır (61). Sonuç olarak KOAH'lı bireyler değerlendirilirken beraberindeki hastalıkların varlığı, komorbiditeler sorgulanmalıdır (56).

2.7 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Evreleme

Genellikle, hafif ve orta derecedeki KOAH akciğer fonksiyonlarında ciddi bir bozulma olmadığı için kişide önemli bir fiziksel belirti ve bulguya saptanmaz. İleri evre KOAH'ta ise hırıltılı solunum, solunum sayısının artması, kesik kesik konuşma ve ortopne görülebilir. KOAH'lı birey aldığı havayı veremeyince akciğerlerde hava hapsi meydana gelir, nefes verme esnasında hasta dudaklarını büzerek nefes vermeye çalışır. Fiziksel bulguların artması ve kişinin yaşam kalitesini bozmasından dolayı hastalar bu aşamada hastaneye başvurur. (62).

Nefes darlığı, kronik öksürük veya balgam çıkarma şikayetleri olan ve risk faktörlerine maruz kalım öyküsü olan orta-ileri yaştaki kişilerin bronkodilatör sonrası spirometrik değerlendirilmesi gerekir (63, 65). KOAH'ın kesin tanısı için spirometrik değerlendirme şarttır. Spirometrik inceleme hastada, hava akımı kısıtlamasını gösteren basit, objektif ve tekrarlanabilir, standardize edilmiş bir yaklaşımdır (64).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı için spirometrik değerlendirmede hastaya 400 mcg salbutamol verilir ve 15-20 dakika sonra birinci saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm hava akımı kısıtlılığının derecesi ile konmaktadır. (FEV1)/zorlu vital kapasite (FVC) oranının %70'ten daha az olması beklenmektedir. Spirometrik olarak KOAH şiddeti değerlendirilirken, bronkodilatör sonrası FEV1 değerinin beklenen değerin yüzdesine göre yapılması gerekmektedir. Beklenen değerler ise şu şekildedir:

Evre 1 Hafif	$FEV1 \geq \%80$
Evre 2 Orta	$\%50 \leq FEV1 < \%80$
Evre 3 Ağır	$\%30 \leq FEV1 < \%50$
Evre 4 Çok Ağır	$FEV1 < \%30$
KOAH	$FEV1/FVC < \%70$

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında bronkodilatör sonrası hava akımı kısıtlanmasının sınıflaması ($FEV1/FVC < 0.70$ olan hastalarda) (67).

2.8 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tedavisi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde tedavi semptomları yönetmek ve alevlenmelerini tedavi etmektir. Bireyin günlük yaşam aktivitelerini desteklemek, komplikasyonların gelişimini önlemek, yaşam kalitesini ve süresini uzatmak esastır (56). Maruz kalınan risk faktörlerinin belirlenmesi ve maruziyetin en aza indirilmesi KOAH'ın ilerlemesinin önlenmesi için önemlidir (55). KOAH'ta sık rastlanan risk faktörü tütün ürünlerinin tüketimidir. Tütün ürünü tüketen kişilerin, sigara ve tütün ürünlerini bırakmaları için destek olunmalıdır. Bu ürünlerin kullanımının bırakılması, KOAH'ın ilerleyip gelişmesine karşı alınabilecek önemli bir önlemdir (56). Ek olarak, hava kirliliğine ve zararlı gaz partiküllerine maruz kalınıyor ise koruyucu önlemler alınmalıdır. (66).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında farmakolojik tedavinin amacı semptomları kontrol altına alabilmek, KOAH ataklarının görülme sıklığını ve şiddetini azaltmaktır. KOAH'lı bireyin egzersiz kapasitesini iyileştirmek ve yaşam kalitesini arttırmaktır (55). KOAH'ta başlıca tedavi bronkodilatör tedavisidir (67, 68). KOAH'ın tedavisini, inhale steroidler, antikolinergikler, fosfodiesteraz inhibitörü ilaçlar, antiinflamatuvar ajanlar, mukolitikler ve metilksantin türevi ilaçları içerir (69).

KOAH'ın tedavisi, semptomların sıklığına, alevlenmelere, hava yolları tıkanıklığına, bağlı olarak değişebilir ve hastaya özel olmalıdır (29).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının nonfarmakolojik tedavisi GOLD (2021) raporuna göre; fiziksel aktivite, oksijen tedavisi, pulmoner rehabilitasyon, aşılanma, invaziv olmayan mekanik ventilasyon desteği, öz yönetim, beslenme ve cerrahi girişimler olarak sınıflandırılmaktadır (29).

2.9 Hastalık Algısı

Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık; “fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak” tanımlanmaktadır. Kozier ve arkadaşları ise (1994) hastalığı “kişinin bireysel olarak sağlıklı olmadığına inanma deneyimi” olarak tanımlamaktadır (70). Hastalık kavramı, kişinin sağlığını tehlikeye sokan durumları fark etmesi veya bir hastalığın önemini algılaması olarak açıklanabilir (71). Objektif ve subjektif boyutları içeren bir kavram olan hastalık, aynı hastalığa sahip kişilerde farklı tepkiler görülmesine neden olabilir (72).

Hastalık algısı, kişinin bir hastalık veya semptomla ilgili inanç ve beklentilerinin bilişsel yansıması olarak tanımlanmaktadır (73). Kişiye bir hastalıkla ilgili tanı konulduğunda kişi bu duruma yönelik inanç modeli oluşturur. Duruma yönelik oluşan inanç modeli, hastalığı idare etmeye yönelik davranışların asıl saptayıcısıdır (74). Birçok kişi yaşamı boyunca bir hastalık geçirmiş olmasına rağmen, aynı hastalıkla karşılaşan bu bireylerin hastalıklara tepkileri farklılık gösterebilir. Hastalığa karşı gösterilen bu farklı tepkiler, bireylerin maddi ve manevi değerlerinden, kişisel deneyimlerinden, inançlarından kaynaklanabilir. Bu durum, sağlık profesyonelleri arasında da farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle hasta kişilerin, bireysel algılarının analiz edilmesi önemlidir (75, 76).

Hastalık algısı, bireyin hastalık sürecindeki deneyimlerinden, maddi ve manevi değerlerinden, baş etme mekanizmasından ve inançlarından doğrudan etkilenen bir kavramdır. Bireyde oluşan hastalık algısı, kişinin duygusal davranışını ve tedaviye uyumunu doğrudan etkilemektedir (77, 78, 79, 80). Hastalık algısı ve baş etme yöntemlerine özellikle son dönemlerde çok sık vurgu yapılmaktadır. Sahip olunan hastalığın nedenine cevap vermek için hastalar, hastalığı üzerine kendi inançlarını oluşturur. Buna örnek olan model ise Leventhal ve arkadaşlarının oluşturduğu kendini denetleme (self regulatory) modelidir. Hastalık algısı, hastalığa

neyin neden olduğu, ne kadar süreceği, beklenen etkileri ve kontrol edilebilirliği ile ilgili inançlardır ve ayrıca hastalığa karşı duygusal tepkiyi de içermektedir (81).

Genellikle insanlar sürekli görülen hastalık belirtileri hakkında yeterli bilgiye sahiptir. Kişi, hastalık belirtileriyle ilgili modeller de oluşturabilmektedir. Ancak sürekli görülmeyen hastalıklarla ilgili fikre sahip olmayabilir. Çok sık bilinmeyen hastalığın belirtisi hakkında bazı inanışlar oluşturup hastalıkla ilgisi olmayan belirtilerle ilgili yanlış yorumlarda bulunabilirler (76). Hastalığıyla ilgili olumlu algılara sahip olan bireylerde ruhsal iyi oluş hali ve çalışma yaşamına daha erken dönüş yapma, olumsuz algılar ise geç iyileşme ve çalışma yaşamına geç dönüş neden olmaktadır. Sağlık profesyonellerinin algılanan bu engelleri en aza indirmeye ve hastaların tedavi sürecini kolaylaştırmada önemli bir etkisi vardır (82).

2.9.1 Hastalık Algısının Bileşenleri

Hastaların, hastalık algıları kendi aralarında ilişkili beş bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; hastalığın kimliği, nedensel inanışlar, zamansal inanışlar, kontrol ve tedavi ile ilgili inanışlar ve sonuçlardır.

Hastalığın Kimliği: Hastalıkların belirtilerinin yaygın olarak bilinmesi, bu hastalıklar hakkında yanlış anlaşılmanın oluşmasını engeller. Ancak belirsiz, seyrek veya uzun bir tedavi süreci gerektiren bir hastalıkla karşılaştığında, kafasında belirsiz fikirlerle bazı kavramlar oluşur. Hasta, zaman içinde yaşadığı semptomlar hakkında inançlar geliştirir. Hasta kimlik alt boyutunun belirtilerinin farkına ne kadar varırsa bedensel, ruhsal ve sosyal sağlık açısından o kadar olumludur (79, 83).

Nedensel İnanışlar: Bir hastalığın neden olduğuna inanılan faktörleri ifade eder. Şimdiki zamanda sık görülen hastalık nedenleri, stres veya kirlilik gibi modern hayatın zararlı yönlerini yansıtmaktadır. Bazı hastalıklar için nedensel inançlar önemlidir. Bunun nedeni, hastaların durumlarını ve tedavilerini makul bir şekilde yönetmek için aldıkları tedavi türlerini ve değişiklikleri etkileyebilmesidir. Örneğin, kalp krizi geçiren hastalar, hastalıklarının sigara veya yağlı yiyecekler gibi kötü sağlık alışkanlıklarından kaynaklandığına inanıyorsa, davranışlarını değiştirme olasılıkları daha yüksektir (79, 83).

Zamansal İnanışlar: Hastalık seyrini algılamasını ifade eder (83). Hastalar, hastalığın akut mu yoksa kronik mi olduğuna, kişinin hastalık algısının gelişmesinde zamansal inanışları benimsemektedirler. Zamansal inanışların ilaç alma ile önemli

ilişkileri bulunmaktadır. Akut hastalığı olan hastalarda ilaç kullanmama ve tedaviyi bırakma davranışı kronik hastalığı olanlara göre daha fazladır (79).

Kontrol ve Tedavi ile ilgili İnanışlar: Bireyin tedavi edilebilir veya kontrol edilebilir bir durum hakkında geliştirdiği inancı, tedavi boyunca çok önemlidir. Tedavi ve kontrol edilebilirlik, bireyin hastalıkla nasıl başa çıktığına ve bu başa çıkma sürecinin tedaviyi nasıl etkilediğine dair inançları içerir. Zaman ve nedensel inançlar, hastalığın kontrolü veya tedavisi ile ilgili inançlarla yakından ilişkilidir. Genellikle bu inanış, hastalığın kişisel kontrole nasıl yatkın olduğu ve tedavi ile ne kadar iyi kontrol edilebileceğinden oluşur (79, 83).

Sonuçlar: Son bileşende ise, kişinin hastalıkla ilgili ilişkilendirdiği sonuçlardır. Hastalık ya da durumun yaşam faaliyetlerine etkilerinin (fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik sonuçlar dahil) değerlendirilmesidir (83).

2.10 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Hastalık Algısı

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının tedavisinin uzun olması ve bakım gereken hastalıklar için hastanın uyumu, hastalığın ilerlemesini etkileyen ve başarılı tedaviyi belirleyen önemli bir konudur (84). Kişinin tedaviye olan uyumu hastalığın kontrol altında tutulması için oldukça önemlidir. Kronik rahatsızlığı olan bireylerin yaşadığı çaresizlik, endişe, üzüntü, öfke, ağlama, ölüm korkusu, öz güvende azalma, beden imajı değişikliği, yaşam tarzının bozulması, sosyal izolasyon ve depresif görüntü gibi psikososyal sorunlar oluşabilmektedir. Bu nedenle kronik hastalıkların yönetimi sadece fizyolojik sorunlar gibi psikososyal sorunların yönetimini de içermektedir. Psikososyal sorunların yönetiminde hemşirenin rolü önemlidir. Hemşirenin rolü, hasta ve ailenin değişen yaşam tarzına uyumunu kolaylaştırmak ve hasta ile ailesine hastalıkla baş etme yöntemleri oluşturup tedaviye uyumu arttırmaktır (85). Tedavi uyumu için hastanın, hastalığından ne anladığını, hastalığa yüklediği inanç ve değerlerini, hastalığına olan tepkisini anlamak oldukça önemlidir. Hemşire bakımını verdiği hastaya güven ve doğru bilgilendirme vermelidir (86).

Hastalığın hasta tarafından nasıl algılandığı sağlık davranışını ve tedaviye uyumu etkileyen unsurun başında gelmektedir (87). Hastalığın kontrol altına alınamamasındaki neden bireylerin hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanmaktadır. Tedavi sürecinde hastaların hemşireler tarafından doğru bilgilendirilmesi oldukça önemli olup hemşirelere bu konuda önemli bir görev düşmektedir. Tedavi süreci boyunca hemşirelerin hasta bireylere vereceği eğitim;

hastalık hakkında bilgi sağlayarak hastalığın kontrol altında tutulmasında önemlidir. Hemşireler hastaya gerekli bilgiyi verip hastanın günlük yaşamında kullanacağı ilaçların kullanımı hakkında da bilgi ve beceri sağlamaktadır. Bu nedenlerle hemşirenin hasta bireyler üzerinde kendi kendine hastalık ve hastalık algısı yönetiminde önemli rolleri bulunmaktadır (88). Karabulutlu ve Okanlı (2011) yapmış oldukları bir araştırmada, hastaların kronik bir hastalık olduğunu bilme ve bilinçlenme düzeyindeki artışın hastalığın yönetiminde bireysel kontrolü arttırdığını bildirmiştir (89).

2.11 Ölüm ve Ölüm Kaygısı

Ölüm, evrensel bir olay olup hayatın son aşamasıdır. Ölümün önlenmesi ya da durdurulması imkansızdır ve yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır. Bireyler tarafından ölüm farklı algılanmaktadır. Bunun nedeni kişilerin mensup olduğu din, kültür, inanç ve toplumsal değerler, gelenek ve göreneklerin rolü olduğu düşünülmektedir (90) Amerikan Tıp Derneği tarafından ölüm; “fizyolojik olarak kalp atımı ve solunum veya beynin sahip olduğu tüm fonksiyonlarının irreversibl olarak durması” olarak tanımlamaktadır (91).

İnsanlar yüzyıllar boyunca ölüm kavramını düşünmüş ve bunu anlamaya çalışmışlardır. Kimileri bunu stres kaynağı olarak nitelendirirken kimine göre ise stresten kurtulmak için bir araç olmuştur (92, 93) İnsanlar üzerinde ölüm düşüncesinin etkisi kaçınılmazdır. Kontrol altında tutulamayan ölüm düşüncesinin insanı bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak negatif etkilediği ifade edilmiştir (94).

Ölüm kaygısı, kişinin doğumdan başlayıp ömrü boyunca süren, artık var olmayacağını, dünyayı kaybedebileceğini anlaşıldığı farkındalık sonrası oluşan duygudur. Ölüm kaygısının temelini, ölüm kavramının deneyimlenmemiş olmasına bağlı oluşan belirsizlik, sevdiği kişilerden ayrılma, benliğini kaybetme, yalnız kalma korkusu, ahirette cezalandırılması veya ne olacağının belirsizliği gibi nedenler oluşturmaktadır. Kişilerde ölüm kaygısının ortaya çıkış nedeni farklı olabilir. (95, 96) Literatür incelendiğinde ölüm kaygısının yaşa, cinsiyete, kişide var olan fizyolojik ve psikolojik rahatsızlıklara, kişilik özelliklerine, geçmiş yaşantısındaki ölümle ilgili deneyimlerine, medeni durum ve sosyokültürel özellikler gibi etkenlere göre değişebildiği gözlemlenmiştir (97, 98). Bireyin ölümlü olduğunu bilmesi geriye kalan günlerini daha iyi değerlendirmeye, zenginleştirmeye daha dolu ve canlı yaşamaya yöneltmektedir (99).

Literatüre incelendiğinde ölüm korkusu ve kaygısı terimlerinin aynı anlamda kullanıldığı görülmektedir (95, 96, 97, 100). Ölüm kaygısı kişinin geniş bir zaman dilimini etkileyerek günlük yaşam aktivitelerini ve yaşamının çeşitli alanlarında kendini gösterir. Ölüm korkusu kısa bir zaman dilimini etkileyerek ölümü hatırlatan durumlarda ortaya çıkmaktadır (100). Ölüm kaygısı; ne olacağına dair belirsizlik korkusu, acı duyma korkusu, yalnızlık, yakınlarını kaybetme korkusu, yok olma korkusu olarak çok boyutlu ele alınmaktadır (95).

2.12 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Ölüm Kaygısı

Kronik hastalıklar, organlarda ilerleyici işlev bozuklukları oluşturması nedeniyle ve sürekli ilaç kullanımına bağlı bireylerde anksiyeteyi artırır, kaygı ve korkuya neden olur (101, 102). Hastalığının en son evresinde olduğunu bilen birey ölüm kaygısını üst seviyede yaşar bu nedenle depresyon görülebilir ya da öz kıyım düşüncesi oluşabilir. Hastalığın semptomları nedeniyle kişide işlevselliğinde azalmaya bağlı ölüm kaygısı en üst düzeyde görülebilmektedir (103). Fiziksel rahatsızlığı ileri düzeyde olan hastaların yaşadıkları acı, başkalarına bağımlı olma hali gibi nedenlerle ölümü bir kurtuluş olarak düşündürebilir (104). Kronik hastalığa bağlı gelişen fiziksel semptomlar sosyal izolasyona ve depresyona neden olabilir. Bu durum hastalığı yönetmeyi zorlaştırır (105). KOAH'lı bireylerde aktiviteler sırasında oksijen ihtiyacı artmaktadır ve bireyin nefes darlığında artışa ve buna bağlı yaşam aktivitelerinde kısıtlılığa sebep olmaktadır (106, 107).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığına sahip bireylerde ölüm kaygısı, kişinin yaşadığı dispneye bağlı olarak oluşan hipoksi, hiperkapni, ve hiperventilasyon gibi solunumsal yetersizlikler, kaygı oluşmasına neden olmaktadır. Bu kaygı hastada hiperventilasyona yol açmakta ve kişi dispneye bağlı çok daha fazla endişe ve korkuya kapılmaktadır. Bunun sonucunda KOAH'lı bireylerde kaygı ve panik bozuklukları, depresyon ve kişilik değişimi görülebilmektedir (108). Nefes darlığı yaşayan hastalarda kaygı duygusu oluşmakta ve ölüm kaygısına neden olmaktadır (109).

2.13 Hemşirelik Yaklaşımı

Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 KOAH raporuna göre KOAH'ın tedavisi KOAH oluşumunu etkileyen risk faktörlerini saptamak ve bunları ortadan kaldırmaktır. Buna bağlı sağlık profesyonellerinin ekip ruhu içerisinde hastaya bütüncül bakım sağlaması KOAH tedavisinde önem arz eder. Tedavi hedeflerinde

sigara kullanımının önlenmesi ve bu konuda hasta eğitimi, solunum ve fiziksel egzersizler, kişisel yönetim, uyku düzenin sağlanması, beslenme düzeninin oluşturulması gibi psikolojik, sosyal ve davranışsal gelişim ve bunlar üzerinde kontrolün sağlanmasında hemşirenin görevi büyüktür. KOAH'lı bireylerin evde bakım eğitim konularını; oksijen tedavisi eğitimi, solunum egzersizleri, uyku düzeni, sağlıklı beslenme eğitimi, stres ve endişe ile baş etme, sigara kullanımının bırakılması, ilaç kullanımının düzenlenmesi gibi başlıklar altında toplamak mümkündür (110-112).

Ölüm kaygısı, hastaların günlük yaşam aktivitelerine ciddi zararlarından dolayı hemşirelik tanısı olarak ele alınmalıdır. Hemşireler ölüm kaygısı konusunda bilgilerini arttırarak hastaların ölüm kaygısıyla baş etmelerine destek olmalıdır (113). Hemşireler, hastaların kaygı düzeylerini azaltmalı ve hastanın rahatlamasına destek olmalıdır. Ayrıca sağlık ekibinin en önemli üyesi olan hemşireler hastanın yaşamlarını kontrol edebilmesine destek olup benlik saygısının yükselmesine yardımcı olmalıdırlar. Hemşireler, hastalara yeni baş etme yolları kazandırmalıdır (114). Bireyin duyguları (öfke, kızgınlık, endişe) dinlenmeli ve kendini ifade etmesi sağlanmalıdır (115). Hemşireler hastada en çok kaygıya sebep olan dispneyi kontrol edebilmek için bireye daha uygun bir pozisyon (oturma vb.) verebilir ve hastanın akciğerlerinin daha iyi oksijenlenmesi için bir iki saatte bir pozisyon değişikliği yapmasına destek olmalıdır (116).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığına sahip bireylerde yaygın bir sorun olan ölüm kaygısı ve bireyin hastalık algısı, kişinin fiziksel ve zihinsel iyilik halleri ve hastalığı yönetme becerileri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (83, 137, 170). Hemşireler ile KOAH'lı bireyler arasındaki etkili iletişim, kişinin hastalığı hakkındaki algısını ortaya çıkarmak açısından oldukça önemlidir. Sonuç olarak hastaları bütüncül olarak değerlendiren hemşirelerin, hastaların semptomlarının azaltılmasında, hastalığın etkili yönetimindeki rollerinin ne kadar önemli olduğu görülmektedir. Özellikle konuşulması ve ele alınması zor bir kavram olan ölüm kaygılarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi bütüncül bakımın sürdürülmesine katkı sağlayacaktır. Bu bağlamda bu çalışma KOAH'lı bireylerin hemşirelik yönetimi açısından önem arz etmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2 Çalışmanın Varsayımları ve Hipotezleri

H₀: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde hastalık algısının ölüm kaygısı üzerinde etkisi yoktur.

H₁: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık algısının ölüm kaygısı üzerinde etkisi vardır.

3.3 Çalışmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma “Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi ve İzzet Baysal Devlet Hastanesi”, “Göğüs Hastalıkları Kliniğinde”, 01.08.2021-01.02.2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi ve İzzet Baysal Devlet Hastanesi göğüs hastalıkları servisinde 01.08.2021-01.02.2022 tarihleri arasında yatarak tedavi gören tüm KOAH tanısı almış bireyler örneklemi ise çalışmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan bireyler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü G-Power 3.1.9.4 programında güç analizi ile hesaplanmıştır. Literature taraması sonucunda ulaşılan bulgululardan hareketle %80 güç ve %95 güvenle örneklem sayısı 94 olarak belirlenmiştir etki büyüklüğü 0.59 olarak bulunmuştur. Çalışma 97 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir.

3.5 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- En az 6 ay önce KOAH tanısı almış olan,
- 18 yaşından büyük olan,
- İletişim kurabilen,
- Türkçe konuşup, anlayabilen,
- Psikiyatrik hastalık tanısı olmayan,
- Katılmaya gönüllü olan bireyler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.6 Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- 6 aydan kısa KOAH tanı süresi olan,
- 18 yaşından küçük olan,
- İletişim kurmada problemi olan (işitme vb.),

- Psikiyatrik hastalık tanısı olan,
- Katılmaya gönüllü olmayan bireyler araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.7 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Ölüm kaygısı ölçek puanı

Bağımsız Değişkenler: Çalışmaya katılan bireyin yaşı, eğitim durumu, cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, ekonomik durumu, sigara-alkol kullanma durumu, KOAH tanı süresi, KOAH evresi ve hastalık algısı ölçeği puanıdır.

3.8 Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları

Veriler klinikte görüşme için uygun bir odada, yüz yüze görüşme tekniği ile ortalama 15-20 dakikada toplanmıştır. Görüşme öncesi katılımcılara araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir. KOAH evre sorusu, hasta dosyasında yer alan hekimin tespit ettiği evre olarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Veriler Tanıtım Bilgi Formu (Bkz. EK 1), Hastalık Algısı Ölçeği (Bkz. EK 2) ve Ölüm Kaygısı Ölçeği (Bkz. EK 3) kullanılarak elde edilmiştir.

3.8.1 Tanıtım Bilgi Formu

Literatür incelenerek oluşturulan Tanıtım Bilgi Formu (EK-1), sosyodemografik özellikler ve hastalık hakkında bilgileri içeren iki bölümden oluşmaktadır (121, 161, 162). Sosyodemografik özelliklerde; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yerleşim yeri, gelir düzeyi birlikte yaşadığı kişiler gibi sorular; hastalıkla ilgili özelliklerde ise KOAH tanı süresi, KOAH evresi, sigara kullanma durumu, evde oksijen tedavisi alıp almadığı, KOAH dışında kronik hastalık varlığı ve neler olduğu ile ilgili ilişkili sorular bulunmaktadır.

3.8.2 Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ-Illness Perception Questionnaire)

Ölçek 1996'da Weinman tarafından geliştirilmiş (13) olup, 2002 yılında Moss-Morris ve arkadaşları (163) tarafından gözden geçirilmiştir. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik güvenirlik çalışması 2006 yılında Armay tarafından gerçekleştirilmiştir (75). Bu çalışmada "Hastalık Algısı Ölçeği"nin gözden geçirilmiş versiyonu kullanılmıştır. Ölçek, yapı olarak "belirtiler (kimlik boyutu)", "algı" ve "nedenler" olarak üç bölümden oluşmaktadır.

Belirtiler bölümü: A ve B bölümü olmak üzere iki bölümden oluşmakta olup A bölümü hastalığın başlangıcından beri var olan 14 hastalık belirtisi (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde

yanma, hırıltılı soluma, baş ağrıları, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlükleri, sersemlik hissi, güç kaybı) içermekte olup evet/hayır şeklinde cevaplanmaktadır. B bölümü ise A bölümündeki belirtilerin KOAH hastalığıyla ilgili olup olmadığını soran evet/hayır şeklinde cevaplanan 14 maddeden oluşmaktadır. Belirtiler bölümünün alfa güvenirlik değeri 0.89 bulunmuştur (75).

Algı bölümü: Beşli likert tipi (kesinlikle böyle düşünmüyorum kesinlikle böyle düşünüyorum), yedi alt boyut içermekte ve toplam 38 sorudan oluşmaktadır. Bireyin hastalığı hakkındaki görüşlerini soran bu bölümün alt boyutları; “süre (akut/kronik)”, “süre (döngüsel)”, “sonuçlar”, “kişisel kontrol”, “tedavi kontrolü”, “hastalık tutarlılığı” ve “duygusal temsiller”den oluşmaktadır. Algı bölümünün alfa güvenirlik değeri 0.69 – 0.77 bulunmuştur (75).

Süre (akut/kronik) alt boyutu; 1, 2, 3, 4, 5 ve 18. maddeleri içermektedir ve bireylerin hastalıklarının süresiyle ilgili olarak ne düşündüklerini araştırmaktadır. Buradan yüksek puan alınması, hastalığın kronik olduğunun düşünüldüğünü göstermektedir. *Süre (döngüsel) alt boyutu;* 29, 30, 31, 32. maddeleri içermektedir. Yüksek puan alınması hastalığın dönem dönem ortaya çıktığının düşünüldüğünü göstermektedir. *Sonuçlar alt boyutu;* 6, 7, 8, 9, 10 ve 11. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan yüksek puan alınması, hastalığın çok ciddi sonuçlarının olduğuna inanıldığını göstermektedir. *Kişisel kontrol alt boyutu;* 12, 13, 14, 15, 16 ve 17. maddeleri kapsamaktadır ve bireylerin hastalıklarını kontrol algılarını belirlemektedir. Buradan ne kadar yüksek puan alınırsa, kişilerin hastalıklarını kontrol edebilme algılarının o kadar yüksek olduğunu göstermektedir. *Tedavi kontrolü alt boyutunda;* 19, 20, 21, 22 ve 23. maddeler yer almaktadır. Bu boyut bireylerin tedavinin etkisine ne kadar inandıklarını göstermektedir. Alınan yüksek puan hastalığın tedavi ile kontrol edilebileceğine inanıldığını göstermektedir. *Hastalığı anlayabilme alt boyutunda;* 24, 25, 26, 27 ve 28. maddeler bulunmaktadır. Bireylerin hastalığını ne kadar kavrayabildiğini ölçmektedir. *Duygusal temsiller alt boyutu;* 33, 34, 35, 36, 37 ve 38. maddelerden oluşmaktadır ve bu maddeler kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırmaktadır (75).

Nedenler bölümü: Beşli likert tipi olup (Kesinlikle böyle düşünmüyorum-kesinlikle böyle düşünüyorum) psikolojik atıflar (stres yada endişe, benim tutumum, aile problemleri, aşırı çalışma, duygusal durumum, kişilik özelliklerim), risk

etkenleri (kalıtsal, diyet-yemek alışkanlıkları, geçmişteki kötü tıbbi bakım, kendi davranışım, yaşlanma, alkol, sigara içme), bağışıklık (mikrop veya virüs, çevre kirliliği, vücut direncinin azalması) ve kaza-şans (şans ya da kötü talih, kaza ya da yaralanma) olarak dört alt boyut ve toplamda 18 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılara KOAH'ın olası nedenleri olarak stres ya da endişe, kalıtsal, çevre kirliliği, kendi davranışı, alkol, sigara içme vb. gibi maddeler içermekte ve bu bölüm bireylerin hastalık nedeni olarak ne düşündüğünü araştırmaktadır. Ölçeğin sonunda nitel olarak değerlendirilmek üzere kişinin hastalığının en önemli nedeni olarak gördüğü faktörleri yazması istenmektedir. Nedenler bölümünün alfa güvenirlik değeri 0.25-0.72 bulunmuştur (75).

Hastalık algısı ölçeğinin ve alt boyutlarının alfa güvenirlik değerleri incelendiğinde bu çalışma için hastalık belirtileri alt boyutu için güvenirlik değeri 0.721 bulunmuştur ve oldukça güvenilir (169). Algı bölümünde ise “süre (akut/kronik)” alt boyutunun güvenirlik değeri 0.940; “sonuçlar” alt boyutunun güvenirlik değeri 0.865; “kişisel kontrol” alt boyutunun güvenirlik değeri 0.905; “tedavi kontrolü” alt boyutunun güvenirlik değeri 0.788; “hastalığı anlayabilme” alt boyutunun güvenirlik değeri 0.815 ve “duygusal temsiller” alt boyutunun güvenirlik değeri 0.827 bulunmuş olup tüm ölçeklerin güvenilir olduğuna karar verilmiştir. Süre (döngüsel) alt boyutu için alfa güvenirlik değeri 0.529 bulunmuş olup 31.madde “Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)” analizden çıkartılarak güvenirlik hesaplandığında 0.715 bulunduğu için bu boyutunda oldukça güvenilir olduğuna karar verilmiştir. Bundan sonraki adımlarda ilgili madde dahil edilmeden analizler gerçekleştirilmiştir.

Hastalık nedenleri boyutunda ise “psikolojik atıflar” alt boyutu için -aşırı çalışma- maddesi ölçekten çıkarılarak alfa güvenirlik değeri 0.426 bulunmuş; “risk faktörleri” alt boyutu için -kalıtsal- maddesi ölçekten çıkarılarak alfa güvenirlik değeri 0.423 bulunmuş olup analizler ilgili maddeler dahil edilmeden gerçekleştirilmiştir. “Bağışıklık” alt boyutu için alfa güvenirlik değeri negatif hesaplandığı için analizlerde kapsam dışı tutulmuş olup; “kaza veya şans” alt boyutu için alfa güvenirlik değeri 0.155 bulunmuştur.

3.8.3 Ölüm Kaygısı Ölçeği

Ölçek 1970 yılında Templer tarafından (168) geliştirilmiş olup, ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması 1989 yılında Şenol tarafından (165) yapılmıştır.

Ölçek 15 sorudan oluşan, evet-hayır şeklinde cevaplanan, kişinin kendi ölümünü ve ölüm riski ile ilgili kaygı ve korkusunu ölçen bir ölçektir. Ölçekteki ilk 9 soruya verilen her bir “evet” yanıtı için “1” , “hayır” yanıtı için ise “0” , diğer 6 soruya verilen her bir “hayır” yanıtı için “1” , “evet” yanıtı için ise “0” puan alınmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan, ölüm kaygısı puanını vermektedir. Ölçekten alınan en yüksek puan 15’ tir. 0–4 puan “hafif düzeyde”, 5–9 puan “orta düzeyde”, 10–14 puan “ağır düzeyde”, 15 puan “panik düzeyde” ölüm kaygısı olarak değerlendirilir.

Ölçeği alfa güvenirlik değeri, Templer tarafından 0.83 (168) Şenol, güvenirlik çalışmasında 0.86 bulmuştur (165). Bu çalışmada ise alfa güvenirlik değeri 0.83’ dür.

3.9 Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 20 istatistik paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel metodlardan (frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, çapraz tablolar) kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testine ek olarak çarpıklık ve basıklık katsayıları ile ± 2 aralığı baz alınarak incelenmiştir (169). Normal dağılım gösteren grupların aritmetik ortalamaları karşılaştırılarak iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Independent Sample t test; üç ya da daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında One-Way ANOVA testinden yararlanılmıştır. Gruplar arası farkın önemli olduğu durumda normal dağılım gösteren verilerde farklılıkların analizi için; varyansların homojen olması durumunda Scheffe testinden; varyansların homojen olmaması durumunda Games-Howell testinden yararlanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen grupların medyanları karşılaştırılarak iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testinden; üç ya da daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testinden yararlanılarak gruplar arası farkın önemli olduğu durumda farkı belirlemek için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

3.10 Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın uygulanması için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 22/06/2021 tarih ve 2021/178 sayısı etik kurul onayı (Ek 4) ve Bolu İl Sağlık Müdürlüğü’nden kurum izni (Ek 5) alınmıştır. Araştırmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan kişilere araştırmaya başlamadan önce

araştırmanın amacı anlatılıp, çalışmaya katılmayı kabul edenlere Onam Formu (Ek 6) verilerek yazılı onamları alınmıştır.

3.11 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu alışma sadece Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi ve İzzet Baysal Devlet Hastanesi'ne başvuran KOAH'lı bireylerde gerçekleştirildiğinden sonuçlar evrene genellenmemekte, ancak genellemeye katkı sağlayabilmektedir.



4. BULGULAR

Tablo 4.1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=97)

Tanıtıcı özellikler	n / (%)	$\bar{X} \pm SS$ /medyan (min-mak)
Yaş		
Yaş ortalaması		70.11±11.13 / 70 (42-90)
Ortalama altı	50 (51.5)	61.42±7.36 / 64 (42-70)
Ortalama ve üstü	47 (48.5)	79.36±5.59 / 80 (71-90)
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	29	29.9
Erkek	68	70.1
Medeni durum		
Evli	76	78.4
Bekar	21	21.6
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	16	16.5
İlkokul	67	69.1
Ortaokul	4	4.1
Lise	7	7.2
Üniversite	3	3.1
Meslek		
Çalışıyor	49	50.5
Çalışmıyor (emekli, işsiz)	48	49.5
Yerleşim yeri		
İl	42	43.3
İlçe	19	19.6
Köy	36	37.1
Gelir düzeyi		
Gelir giderden az	61	62.9
Gelir gidere eşit	36	37.1
Gelir giderden fazla	0	0
Birlikte yaşadığı kişiler		
Yalnız	9	9.3
Eşi ile birlikte	38	39.2
Sadece çocukları	17	17.5
Anne-Baba	2	2.1
Huzurevi	1	1.0
Eş ve çocuk ile birlikte	30	30.9
Sağlığı algılama		
İyi	27	27.8
Orta	44	45.4
Kötü	26	26.8
KOAH dışında kronik hastalık Var		
	55	56.7

Hipertansiyon	12	12.3
Diyabet	5	5.1
Kronik arter hastalığı	13	13.4
Diyabet + hipertansiyon	11	11.3
İkiden fazla hastalığa sahip	6	6.1
Diğer*	8	8.2
Yok	42	43.3
Sigara kullanımı		
Evet	12	12.4
Kaç yıldır içiyor	45.3±10.5/46.5(30-60)	-
Hayır	27	27.8
Bırakmış	58	59.8
Kaç yıl içmiş	37.43±15.74 / 40(1-70)	-
Düzenli egzersiz yapma (30-45 dk)		
Hayır	78	80.4
Evet (türü)	19	19.6
(Yürüyüş)	19	100.0
Sigara dumanına maruziyet		
Evet	17	17.5
Hayır	80	82.5
Günlük işlerde yardıma gereksinim var mı?		
Hayır	35	36.1
Evet	62	63.9
Yardım alınan kişi olup olmadığı, varsa kimler?		
Yok	13	13.4
Var	84	86.6
Eş	57	67.9
Çocuklar	19	22.6
Eş ve çocuklar	4	4.8
Bakıcı	2	2.4
Anne-baba	1	1.2
Anne	1	1.2
Fiziksel ihtiyaçları karşılama?		
Hiç karşılayamıyor	10	10.3
Kısmen karşılıyor	35	36.1
Bağımsız olarak karşılayabiliyor	52	53.6

*diğer (serebrovasküler hastalık, alzheimer)

Katılımcıların yaş ortalaması 70.11±11.13 yıl olup %71.1'i 65 yaş ve üzerinde, %70.1'i erkek, %78.4'ü evli, %83.5'i en az ilkokul mezunu, %50.5'i aktif olarak çalışmaktadır. %43.3'ü il merkezinde yaşadığını; %62.9'u gelirinin giderinden az olduğunu ve %12.4'ü yalnız yaşadığını ifade etmektedir. KOAH'lı bireylerin yarısına yakını sağlığını %45.4'ü "orta" olarak algılamaktadır. %56.7'sinin KOAH

dışında kronik hastalıkları mevcut olup %12.4'ü aktif sigara kullanmakta, %19.6'sı düzenli egzersiz yapmakta ve %17.5'i sigara dumanına maruz kaldığını belirtmektedir. Katılımcıların %63.9'unun günlük işlerde yardıma gereksiniminin olduğunu, %86.6'sının yardıma ihtiyacı olduğunu ve %67.9'u eşinden yardım aldığını ifade etmektedir. %10.3'ünün fiziksel ihtiyaçlarını "hiç" karşılayamadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2.Katılımcıların hastalıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=97)

Hastalığa ilişkin özellikler	n / (%)	$\bar{X} \pm SS$ /medyan (min-mak)
KOAH tam süresi (yıl)		9.52±7.24 / 10 (1-40)
Ortalama altı	47 / (48.5)	3.77±2.24 / 3 (1-8)
Ortalama ve üstü	50 / (51.5)	14.92±6.04 / 13 (10-40)
	n	%
KOAH Evresi		
1.- 2. Evre	18	18.6
3.- 4. Evre	79	81.4
KOAH ile ilgili eğitim alma		
<i>Hayır</i>	94	96.9
<i>Evet (kimden)</i>	3	3.1
(Hemşire)	1	33.3
(Hekim)	2	66.7
Düzenli sağlık kontrolü		
Evet	62	63.9
Hayır	35	36.1
Evde oksijen tedavisi		
Hayır	39	40.2
Evet	58	59.8
Günlük saat	-	5.52±6.37 / 2(1-20)
KOAH nedeniyle son 1 yılda hastaneye yatma durumu		
Hayır	59	60.8
Evet	38	39.2
Hastaneye yatma sıklığı	-	1.74±1.03 / 1(1-5)
İlaçları düzenli kullanma		
Evet	92	94.8
Hayır	5	5.2

Katılımcıların KOAH tanı süresi 9.52 ± 7.24 (1-40) yıl olup yaklaşık üçte ikisi (%70.1) KOAH 3. evredir. %96.9'u KOAH ile ilgili eğitim almadığını ifade ederken %63.9'unun düzenli sağlık kontrolüne gittiği, %59.8'inin evde oksijen tedavisi aldığı ve tedavi süresinin günlük 5.52 ± 6.37 saat olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %60.8'inde KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye yattığı, %94.8'inin ilaçlarını düzenli kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3.Hastalık Algısı Ölçeği ve alt boyutları için tanımlayıcı özelliklerin dağılımı (n=97)

	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)
Hastalık Algısı Ölçeği (Genel)	3.22±0.27	3.2 (2.7-4.1)
Hastalık belirtileri boyutu	6.55±2.50	7 (1-12)
Hastalık hakkında görüşler boyutu	3.43±0.33	3.4 (2.8-4.5)
Süre (akut/kronik)	3.93±1.04	4.3 (1.3-5.0)
Sonuçlar	3.27±0.93	3.3 (1.0-4.7)
Kişisel kontrol	3.03±0.93	3.0 (1.5-5.0)
Tedavi kontrolü	3.49±0.75	3.6 (1.8-5.0)
Hastalığı anlayabilme	3.51±0.74	3.6 (2.0-5.0)
Süre (döngüsel)	4.32±0.52	4.3 (2.7-5.0)
Duygusal temsiller	2.92±0.94	3.0 (1.0-4.8)
Hastalık nedenleri boyutu	2.38±0.37	2.4 (1.7-3.6)
Psikolojik atıflar	2.36±0.52	2.4 (1.0-4.0)
Risk faktörleri	2.68±0.61	2.7 (1.0-4.2)
Kaza veya şans	1.56±0.57	1.5 (1.0-4.0)
En önemli 3 sebep		n / (%)
1.sebep	Sigara içme	52 / (53.6)
2.sebep	Çevre kirliliği	22 / (22.7)
3.sebep	Stres ya da endişe	19 / (19.6)

Hastalık algısı ölçeğinin genel ortalaması 3.22 ± 0.27 olup hastalık belirtileri boyutunun genel ortalaması 6.55 ± 2.50 ; hastalık hakkında görüşler boyutunun genel ortalaması 3.43 ± 0.33 ve hastalık nedenleri boyutunun genel ortalaması 2.38 ± 0.37 'dir.

Hastalık hakkında görüşler alt boyutu incelendiğinde 4.32 ± 0.52 puanı ile en yüksek ortalama “süre (döngüsel)” alt boyutuna ait olup en düşük ortalama ise 2.92 ± 0.94 puanı ile “duygusal temsiller” boyutundadır.

Hastalık nedenleri alt boyutu incelendiğinde “risk faktörleri” alt boyutu ile en yüksek (2.68 ± 0.61) ortalamaya sahip olup, “kaza veya şans” alt boyutu ise en düşük (1.56 ± 0.57) ortalamaya sahiptir.

Katılımcılar hastalıklarına neden olan en önemli ilk üç sebebi en fazla “sigara içme” (%53.6) ve devamında sırasıyla “çevre kirliliği” (%22.7) ve “stres ya da endişe” (%19.6) olarak sıralanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Katılımcıların Hastalık Algısı Ölçeği’ne göre yaşadıkları hastalık belirtilerinin dağılımı (n=97)

	A. Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım		B. Bu belirti hastalığım ile ilgili	
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Evet n (%)	Hayır n (%)
1. Ağrı	40 (41.2)	57 (58.8)	31 (32.0)	66 (68.0)
2. Boğazda yanma	36 (37.1)	61 (62.9)	35 (36.1)	62 (63.9)
3. Bulantı	4 (4.1)	93 (95.9)	-	97 (100.0)
4. Soluk almada güçlük	94 (96.9)	3 (3.1)	94 (96.9)	3 (3.1)
5. Kilo kaybı	46 (47.4)	51 (52.6)	37 (38.1)	60 (61.9)
6. Yorgunluk	87 (88.7)	10 (10.3)	86 (88.7)	11 (11.3)
7. Eklem sertliği	24 (24.7)	73 (75.3)	22 (22.7)	75 (77.3)
8. Gözlerde yanma	23 (23.7)	74 (76.3)	18 (18.6)	79 (81.4)
9. Hırıltılı soluma	90 (92.8)	7 (7.2)	90 (92.8)	7 (7.2)
10. Baş ağrıları	39 (40.2)	58 (59.8)	26 (26.8)	71 (73.2)
11. Mide yakınmaları	18 (18.6)	79 (81.4)	5 (5.2)	92 (94.8)
12. Uyku güçlükleri	77 (79.4)	20 (20.6)	72 (74.2)	25 (25.8)
13. Sersemlik hissi	53 (54.6)	44 (45.4)	45 (46.4)	52 (53.6)
14. Güç kaybı	79 (81.4)	18 (18.6)	74 (76.3)	23 (23.7)

Tablo 4’te katılımcıların hastalık algısı ölçeğine göre hastalığın başlangıcından bu yana yaşadıkları hastalık belirtilerinin dağılımı verilmiştir.

Katılımcıların hastalığın başlangıcından bu yana yaşadıkları en fazla hastalık belirtileri sırasıyla; %96.9’u soluk almada güçlük, %92.8’i hırıltılı soluma, %88.7’si yorgunluk, %81.4’ü güç kaybı ve %79.4’ uyku güçlükleri yaşadığı şeklinde ifade etmişlerdir.

Katılımcıların hastalığın başlangıcından bu yana yaşadıkları belirtilerden; %96.9’u soluk almada güçlük, %92.8’i hırıltılı soluma, %88.7’si yorgunluk, %76.3’ü

güç kaybı ve %74.2'si uyku güçlüğüne hastalıkları ile ilişkili bulduklarını ifade etmiştir (Tablo 4.4).



Tablo 4.5.Hastalık Algısı Ölçeğinin tanımlayıcı özelliklerle karşılaştırılması (n=97)

	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkında görüşler boyutu							Hastalık nedenleri boyutu		
		Süre (akut/kronik)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlayabilme	Süre (döngüsel)	Duygusal temsiller	Psikolojik atıflar	Risk faktörleri	Kaza veya şans
Yaş	**	***	**	**	**	**	**	**	**	**	***
Ort altı	6.50±2.73	4.3 (1.8-5.0)	3.31±0.99	3.22±0.95	3.49±0.82	3.50±0.71	4.28±0.58	2.97±1.05	2.36±0.59	2.66±0.64	1.5 (1.0-3.0)
Ort ve üstü	6.59±2.26	4.3 (1.3-5.0)	3.23±0.86	2.84±0.87	3.48±0.69	3.51±0.79	4.36±0.45	2.87±0.81	2.36±0.45	2.71±0.58	1.5 (1.0-4.0)
p-value	0.852	0.870	0.648	0.043*	0.943	0.965	0.446	0.621	0.989	0.673	0.276
Yaş	**	***	**	**	**	**	***	**	**	**	***
<65	6.43±2.28	4.5 (1.8-5.0)	3.13±0.99	3.33±0.86	3.61±0.61	3.54±0.67	4.2 (2.7-5.0)	2.89±0.98	2.31±0.65	2.77±0.59	1.5 (1.0-3.0)
≥65	6.59±2.60	4.3 (1.3-5.0)	3.33±0.89	2.91±0.93	3.43±0.81	3.49±0.78	4.3 (3.3-5.0)	2.93±0.93	2.37±0.47	2.65±0.61	1.5 (1.0-4.0)
p-value	0.770	0.362	0.343	0.046*	0.291	0.765	0.419	0.852	0.615	0.380	0.447
Cinsiyet	**	**	**	**	**	**	**	**	***	**	**
Kadın	6.48±2.23	3.95±0.95	3.25±0.85	2.98±0.97	3.3±0.65	3.51±0.75	4.26±0.51	2.88±0.97	2.8 (1.0-3.6)	2.33±0.57	1.84±0.72
Erkek	6.57±2.63	3.91±1.09	3.28±0.96	3.05±0.91	3.47±0.79	3.51±0.75	4.34±0.53	2.94±0.93	2.2 (1.0-4.0)	2.83±0.56	1.44±0.44
p-value	0.871	0.864	0.867	0.761	0.707	0.979	0.501	0.777	<0.001*	<0.001*	0.008*
Medeni Durum	**	***	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Evli	6.41±2.61	4.3 (1.3-5.0)	3.23±0.97	3.06±0.92	3.51±0.79	3.53±0.71	4.32±0.50	2.91±0.93	2.37±0.50	2.68±0.64	1.48±0.44
Bekar	7.05±2.04	4.5 (1.8-5.0)	3.40±0.75	2.93±0.98	3.40±0.64	3.43±0.86	4.33±0.61	2.97±0.99	2.30±0.62	2.69±0.49	1.86±0.84
p-value	0.303	0.179	0.459	0.564	0.555	0.586	0.893	0.796	0.611	0.944	0.059
Eğitim Düzeyi	**	***	***	***	***	***	***	**	***	**h+	***
Okuryzrdeğ ¹	6.31±2.33	4.5 (1.8-5.0)	3.2 (1.7-4.2)	2.9 (1.5-4.3)	3.6 (2.0-4.4)	4.0 (2.4-4.8)	4.0 (3.0-5.0)	2.64±0.99	2.6 (1.0-3.6)	2.30±0.68	2.0 (1.0-4.0)
İlkokul ²	6.70±2.49	4.3 (1.3-5.0)	3.3 (1.0-4.7)	3.0 (1.7-5.0)	3.6 (2.0-5.0)	3.6 (2.0-4.8)	4.3 (2.7-5.0)	2.99±0.93	2.4 (1.4-4.0)	2.76±0.58	1.5 (1.0-3.0)
Orta ve üstü ³	6.07±2.84	4.6 (3.7-5.0)	3.4 (1.8-4.7)	2.8 (1.8-4.2)	3.7 (1.8-4.4)	3.8 (2.4-5.0)	4.2 (2.7-5.0)	2.94±0.94	2.1 (1.0-2.8)	2.73±0.55	1.5 (1.0-2.5)
p-value	0.642	0.141	0.522	0.804	0.723	0.143	0.673	0.412	0.021*	0.022*	0.004*
									1>3 (p:0.017)	2>1 (p:0.023)	1>3 (p:0.040) 1>2 (p:0.004)
Çalışma drm	**	**	***	***	**	**	**	**	***	**	**
Çalışan	7.00±2.39	3.87±1.08	3.5 (1.0-4.7)	2.8 (1.5-5.0)	3.54±0.69	3.37±0.81	4.35±0.55	2.92±1.00	2.4 (1.0-3.6)	2.55±0.63	1.5 (1.0-4.0)
Çalışmayan	6.08±2.56	3.98±1.01	3.3 (1.5-4.7)	3.0 (1.7-5.0)	3.43±0.82	3.64±0.65	4.29±0.49	2.92±0.88	2.2 (1.4-4.0)	2.81±0.56	1.5 (1.0-2.0)
p-value	0.071	0.600	0.461	0.896	0.461	0.077	0.607	0.993	0.086	0.036*	0.114
Yerleşim Yeri	**	***	***	***	**	***	***	**	***	**h+	***
İl ¹	6.26±2.46	4.3 (1.8-5.0)	3.3 (1.0-4.7)	2.7 (1.5-4.8)	3.48±0.68	3.9 (2.4-5.0)	4.0 (2.7-5.0)	2.77±0.92	2.2 (1.0-3.6)	2.60±0.51	1.5 (1.0-3.0)

	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkında görüşler boyutu							Hastalık nedenleri boyutu		
		Süre (akut/ kronik)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlayabilme	Süre (döngüsel)	Duygusal temsiller	Psikolojik atıflar	Risk faktörleri	Kaza veya şans
İlçe ² Köy ³ p-value	6.42±2.59 6.94±2.53 0.477	4.0 (1.3-5.0) 4.5 (1.8-5.0) 0.399	3.2 (1.8-4.5) 3.8 (1.7-4.7) 0.250	3.8 (1.8-5.0) 2.6 (1.7-5.0) 0.076	3.69±0.87 3.39±0.77 0.362	3.6 (2.0-5.0) 3.6 (2.0-4.2) 0.170	4.3 (2.7-5.0) 4.3 (3.0-5.0) 0.326	3.15±1.07 2.97±0.89 0.327	2.6 (1.0-4.0) 2.4 (1.4-3.2) 0.400	3.08±0.75 2.56±0.56 0.005* 2>1 (p:0.015) 2>3 (p:0.010)	1.5 (1.0-4.0) 1.5 (1.0-3.0) 0.912
Gelir Düzeyi	**	***	**	**	**	**	**	**	***	**	***
Gelir az	7.05±2.33	4.5 (1.8-5.0)	3.36±0.91	3.02±0.88	3.49±0.77	3.40±0.74	4.34±0.56	2.93±0.97	2.4 (1.0-3.6)	2.63±0.59	1.5 (1.0-3.0)
Eşit	5.69±2.58	4.3 (1.3-5.0)	3.12±0.94	3.06±1.01	3.47±0.74	3.68±0.72	4.29±0.47	2.90±0.89	2.4 (1.8-4.0)	2.76±0.63	1.5 (1.0-4.0)
p-value	0.009*	0.586	0.204	0.824	0.886	0.073	0.641	0.885	0.675	0.312	0.456
Birlikte yaşadığı kişiler	**	***	**	***	**	**	***	**	***	**	***
Yalnız ¹											
Eş ²	6.92±1.88	4.6 (1.8-4.8)	3.51±0.74	3.0 (1.8-4.2)	3.47±0.77	3.33±0.83	4.3 (2.7-5.0)	3.18±1.01	2.4 (1.0-2.8)	2.88±0.34	1.5 (1.0-3.0)
Çocuklar ³	6.37±2.55	4.3 (1.8-5.0)	3.27±1.00	3.1 (1.7-5.0)	3.57±0.76	3.56±0.72	4.3 (3.3-5.0)	2.78±0.94	2.2 (1.4-3.2)	2.54±0.49	1.5 (1.0-3.0)
Eşveçocuklr ⁴	6.59±2.15	4.3 (1.5-5.0)	3.32±0.75	2.3 (1.5-4.7)	3.40±0.85	3.60±0.79	4.0 (3.3-5.0)	2.86±0.89	2.4 (1.0-3.6)	2.63±0.60	1.5 (1.0-4.0)
p-value	6.60±2.91 0.927	4.3 (1.3-5.0) 0.419	3.15±0.99 0.713	2.8 (1.8-4.7) 0.284	3.49±0.75 0.855	3.46±0.73 0.754	4.3 (2.7-5.0) 0.902	3.03±0.94 0.517	2.4 (1.6-4.0) 0.160	2.89±0.48 0.117	1.5 (1.0-2.5) 0.084
Sağlığı	**h+			**h+		***	**h+	**h+	**	**	***
Algılama		***	***		**h+		***		**		
İyi ¹	4.89±2.59										
Orta ²	6.84±1.95	4.0 (1.3-5.0)	2.3 (1.0-4.2)	3.21±0.89	3.74±0.78	4.0 (2.0-4.8)	4.19±0.59	2.36±0.72	2.29±0.53	2.69±0.69	1.5 (1.0-3.0)
Kötü ³	7.77±2.42	4.5 (1.8-5.0)	3.3 (1.5-4.7)	3.19±0.89	3.60±0.65	3.6 (2.4-5.0)	4.37±0.54	2.98±1.03	2.28±0.44	2.64±0.57	1.5 (1.0-4.0)
p-value	<0.001*	4.5 (2.3-5.0) 0.003*	4.0 (2.0-4.7) <0.001*	2.57±0.88 0.012*	3.03±0.72 <0.001*	3.2 (2.0-4.0) 0.001*	4.36±0.42 0.366	3.41±0.66 <0.001*	2.55±0.61 0.080	2.74±0.60 0.806	1.5 (1.0-2.5) 0.503
	2>1 (p:0.003) 3>1(p<0.001)	2>1 (p:0.041) 3>1 (p:0.002)	2>1 (p:0.026) 3>1 (p<0.001)	1>3 (p:0.040) 2>3 (p:0.024)	1>3(p:0.002) 2>3 (p:0.007)	1>3 (p:0.001)		2>1 (p:0.016) 3>1 (p<0.001)			
KOAH’a ek hast.	**	**	**	***	**	**	**	**	***	**	***
Var	6.29±2.57	3.97±0.93	3.27±0.91	3 (1.5-4.8)	3.44±0.74	3.56±0.77	4.27±0.54	2.73±0.88	2.4 (1.0-3.6)	2.48±0.59	1.5 (1.0-3.0)
Yok	6.88±2.40	3.87±1.18	3.27±0.96	2.8 (1.8-5.0)	3.55±0.77	3.43±0.71	4.38±0.49	3.17±0.97	2.4 (1.4-4.0)	2.73±0.64	1.5 (1.0-4.0)
p-value	0.252	0.651	0.988	0.858	0.490	0.395	0.317	0.021*	0.473	0.465	0.352
Sigara Kullanımı	**h+	***	**h+	***	**h+	**h-	***	**h+	***	**h+	***
Evet ¹	6.42±2.78	4.5(2.0-5.0)	3.28±0.82	3.7 (2.3-4.7)	3.53±0.56	3.50±0.62	4.3 (2.7-5.0)	3.03±0.87	1.9 (1.4-4.0)	2.90±0.63	1.0 (1.0-1.5)
	6.41±2.22	4.2 (1.8-5.0)	3.27±0.89	2.8 (1.5-5.0)	3.59±0.62	3.53±0.73	4.0 (3.0-5.0)	2.89±1.01	2.6 (1.0-3.6)	2.22±0.53	1.5 (1.0-4.0)

	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkında görüşler boyutu							Hastalık nedenleri boyutu		
		Süre (akut/kronik)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlayabilme	Süre (döngüsel)	Duygusal temsiller	Psikolojik atıflar	Risk faktörleri	Kaza veya şans
Hayır ² Bıraktım ³ p-value	6.64±2.61 0.910	4.3 (1.3-5.0) 0.364	3.27±0.98 1.000	2.7 (1.7-5.0) 0.143	3.43±0.85 0.668	3.50±0.78 0.988	4.3 (2.7-5.0) 0.690	2.91±0.94 0.915	2.2 (1.0-3.4) 0.017* 2>1 (p:0.037)	2.85±0.53 <0.001* 1>2 (p:0.002) 3>2 (p<0.001)	1.5 (1.0-3.0) 0.005* 2>1 (p:0.004)
Düzenli egzersiz (30-45 dk)	**	**	**	***	**	***	***	**	***	**	***
Evet	6.21±2.86	4.02±1.04	3.23±0.94	3.5 (1.8-5.0)	3.83±0.76	4.0 (2.0-5.0)	4.7 (2.7-5.0)	2.85±1.04	2.2 (1.0-3.6)	2.81±0.52	1.5 (1.0-2.5)
Hayır	6.63±2.42	3.90±1.05	3.28±0.93	2.7 (1.5-5.0)	3.40±0.74	3.6 (2.0-4.8)	4.1 (2.7-5.0)	2.94±0.92	2.4 (1.0-4.0)	2.51±0.63	1.5 (1.0-4.0)
p-value	0.517	0.672	0.821	0.023*	0.026*	0.023*	0.541	0.719	0.284	0.321	0.943
Sigara Dumani Maruziyet	**	***	**	**	**	**	**	**	**	**	***
Evet	6.76±2.56	4.5 (1.8-5.0)	3.16±0.86	3.17±0.90	3.51±0.55	3.48±0.79	4.29±0.51	2.83±1.13	2.47±0.81	2.47±0.72	1.5 (1.0-3.0)
Hayır	6.50±2.51	4.3 (1.3-5.0)	3.30±0.94	3.00±0.94	3.48±0.79	3.51±0.74	4.33±0.53	2.94±0.90	2.33±0.44	2.73±0.58	1.5 (1.0-4.0)
p-value	0.694	0.412	0.577	0.515	0.908	0.880	0.827	0.674	0.505	0.115	0.548
Günlük Yardımcı Gereksinim	**	***	**	***	**	***	**	**	**	**	***
Hayır	5.29±2.22	4.3 (1.8-5.0)	3.07±0.89	3.5 (1.8-5.0)	3.62±0.62	4.0 (2.0-4.8)	4.22±0.57	2.89±0.91	2.32±0.36	2.61±0.54	1.5 (1.0-3.0)
Evet	7.26±2.39	4.5 (1.3-5.0)	3.38±0.93	2.7 (1.5-5.0)	3.41±0.82	3.4 (2.0-5.0)	4.38±0.49	2.94±0.96	2.38±0.60	2.72±0.65	1.5 (1.0-4.0)
p-value	<0.001*	0.783	0.110	0.061	0.169	0.014*	0.157	0.841	0.556	0.381	0.237
Fiziksel İhtiyaçları karşılama	**h+	***	***	***	**h+	**h+	**h+	**h+	**	***h+	***
Hiç ¹	8.80±2.35	4.5 (1.8-4.8)	4.0 (1.7-4.7)	2.1 (1.8-3.8)	2.86±0.87	2.86±0.67	4.20±0.63	3.50±1.04	2.28±0.36	2.8 (1.7-3.5)	1.5 (1.0-2.0)
Kısmen ²	7.20±2.19	4.5 (1.5-5.0)	3.8 (1.8-4.7)	2.3 (1.5-4.3)	3.25±0.68	3.33±0.76	4.42±0.45	3.15±0.84	2.55±0.48	2.7 (1.0-4.2)	1.5 (1.0-3.0)
Bağımsız ³	5.67±2.36	4.2 (1.3-5.0)	3.2 (1.0-4.7)	3.7 (1.8-5.0)	3.77±0.66	3.75±0.64	4.28±0.55	2.65±0.91	2.24±0.55	2.7 (1.5-4.0)	1.5 (1.0-4.0)
p-value	<0.001*	0.007*	0.004*	<0.001*	<0.001*	<0.001*	0.346	0.005*	0.023*	0.569	0.786
	1>3 (p:0.001) 2>3 (p:0.012)	2>3 (p:0.010)	1>3 (p:0.045) 2>3 (p:0.014)	3>1 (p:0.001) 3>2 (p<0.001)	3>1 p:0.001 3>2 (p:0.004)	3>1 (p:0.001) 3>2 (p:0.020)		1>3 (p:0.028) 2>3 (p:0.044)	2>3 (p:0.026)		
* istatistiksel olarak anlamlı** Independent sample t test (mean±standard deviation)*** Mann-Whitney U test (median (min-maks))											

Tablo 4.5'te hastalık algısı ölçeği tanımlayıcı özelliklerle karşılaştırılmıştır.

Yaş değişkeni hastalık belirtileri boyutu, süre (akut/kronik), sonuçlar, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller, psikolojik atıflar, risk faktörleri, kaza veya şans alt boyutlarına göre anlamlı bir farklılık göstermezken ($p>0.05$) kişisel kontrol alt boyutu için anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). 65 ve üzeri yaşta olan hastaların kişisel kontrol puanları anlamlı olarak daha düşüktür.

Cinsiyet değişkeni için hastalık belirtileri boyutu, hastalık hakkında görüşler boyutunun süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt boyutlarına göre anlamlı bir farklılık göstermezken ($p>0.05$); psikolojik atıflar, risk faktörleri ve kaza veya şans alt boyutları için anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınların psikolojik atıflar ile kaza veya şans puanları erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksekken risk faktörleri puanları anlamlı olarak daha düşüktür.

Medeni durum değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu, hastalık hakkında görüşler ve hastalık nedenleri boyutlarının hiçbir boyutu anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Eğitim düzeyi değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu ve hastalık hakkında görüşler boyutunun hiçbir alt boyutu anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Ancak hastalık nedenleri boyutunda psikolojik atıflar, risk faktörleri ve kaza veya şans alt boyutları anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Okuryazar olmayanların psikolojik atıf puanları ortaokul ve üzeri mezuniyeti olanlardan anlamlı olarak daha yüksektir. İlkokul mezunlarının risk faktörleri puanları okuryazar olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Okuryazar olmayanların kaza veya şans puanları ilkokul mezunları ve okuryazar olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir.

Çalışma durumu değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu ve hastalık hakkında görüşler boyutunun hiçbir alt boyutu anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Hastalık nedenleri boyutunda ise psikolojik atıflar ile kaza veya şans alt boyutları anlamlı bir farklılık göstermezken ($p>0.05$); risk faktörleri alt boyutu anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Aktif çalışmayanların risk faktörleri puanları anlamlı olarak daha yüksektir.

Yerleşim yeri değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu ve hastalık hakkında görüşler boyutunun hiçbir alt boyutu anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Hastalık nedenleri boyutunda ise psikolojik atıflar ile kaza veya şans alt boyutları anlamlı bir farklılık göstermezken ($p>0.05$); risk faktörleri alt boyutu anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p<0.05$). İlçede yaşayanların risk faktörleri puanları ilde ve köyde yaşayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir.

Gelir düzeyi değişkenine göre hastalık nedenleri boyutu anlamlı bir farklılık göstermekte olup ($p<0.05$) geliri giderinden az olanların hastalık belirtileri puanları geliri giderine eşit olanlardan anlamlı olarak daha yüksektir. Hastalık hakkında görüşler boyutu ve hastalık nedenleri boyutunun hiçbir alt boyutu anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Birlikte yaşadığı kişiler değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu, hastalık hakkında görüşler ve hastalık nedenleri boyutlarının hiçbir boyutu anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Sağlığı algılama değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu ile hastalık hakkında görüşler boyutunun süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller alt boyutlarına göre anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalık hakkında görüşler boyutunun süre (döngüsel) alt boyutu ile hastalık nedenleri boyutunun hiçbir alt boyutu için anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Sağlığını “iyi” olarak algılayanların hastalık belirtileri, süre (akut/kronik), sonuçlar ve duygusal temsiller puanları anlamlı olarak daha düşüktür. Sağlığını “kötü” olarak algılayanların kişisel kontrol ve tedavi kontrolü puanları anlamlı olarak daha düşüktür. Sağlığını “iyi” olarak algılayanların hastalığı anlayabilme puanları “kötü” olarak algılayanlardan daha yüksek olup diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

KOAH dışında ek kronik hastalık değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu ve hastalık nedenleri boyutunun hiçbir alt boyutu anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Hastalık hakkında görüşler boyutunda ise süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve süre (döngüsel) alt boyutlarına göre anlamlı bir farklılık göstermezken ($p>0.05$) duygusal temsiller alt boyutu için anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). KOAH’a ek hastalığı olanların duygusal temsiller puanları anlamlı olarak daha düşüktür.

Sigara kullanımı değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu ve hastalık hakkında görüşler boyutunun hiçbir alt boyutu anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Hastalık nedenleri boyutunda tüm alt boyutlarda anlamlı bir farklılık saptanmış olup ($p<0.05$) sigara kullanmayanların psikolojik atıflar ve kaza veya şans puanları sigara kullananlara göre anlamlı olarak daha yüksekken risk faktörleri puanları ise anlamlı olarak daha düşüktür.

Düzenli egzersiz yapma değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu ve hastalık nedenleri boyutunun hiçbir alt boyutu anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Hastalık hakkında görüşler boyutu için süre (akut/kronik), sonuçlar, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt boyutları düzenli egzersiz yapma değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermezken ($p>0.05$) kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve hastalığı anlayabilme alt boyutlarında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Düzenli egzersiz yapanların kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve hastalığı anlayabilme puanları anlamlı olarak daha yüksektir.

Sigara dumanına maruziyet değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu, hastalık hakkında görüşler boyutu ve hastalık nedenleri boyutunun hiçbir alt boyutu anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Günlük yardımcı gereksinimi değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu ve hastalığı anlayabilme alt boyutu için anlamlı bir farklılık saptanmış olup ($p<0.05$) günlük işlerde yardımcı gereksinimi olmayanların hastalık belirtileri puanları anlamlı olarak daha düşükken hastalığı anlayabilme puanları anlamlı olarak daha yüksektir. Süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt boyutları ile hastalık nedenleri boyutunun hiçbir alt boyutlarda anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Fiziksel ihtiyaçları karşılama değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu ve hastalık hakkında görüşler boyutunun süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller alt boyutları ile hastalık nedenleri boyutunun sadece psikolojik atıflar alt boyutu için anlamlı bir farklılık saptanmış olup ($p<0.05$) süre (döngüsel) alt boyutu, risk faktörleri ile şans veya kaza alt boyutları için anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Fiziksel ihtiyaçlarını “bağımsız” olarak karşılayanların hastalık belirtileri, sonuçlar ve duygusal temsiller puanları anlamlı olarak daha düşük; kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve hastalığı

anlayabilme puanları anlamlı olarak daha yüksektir. Fiziksel ihtiyaçlarını “kısmen” karşılayanların süre (akut/kronik) ve psikolojik atıflar puanları bağımsız olarak karşılayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.



Tablo 4.6.Hastalık Algısı Ölçeği ile hastalığa ilişkin özelliklerin karşılaştırılması (n=97)

	Hastalık belirtileri boyutu	Hastalık hakkında görüşler boyutu							Hastalık nedenleri boyutu		
		Süre (akut/ kronik)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlayabilme	Süre (döngüsel)	Duygusal temsiller	Psikolojik atıflar	Risk faktörleri	Kaza veya şans
KOAH tanı süresi(yıl)	**	***	**	***	***	**	**	**	***	**	***
Ortalama altı	6.74±2.63	4.3 (1.3-5.0)	3.17±0.97	3.5 (1.5-4.7)	3.6 (2.0-4.8)	3.39±0.77	4.26±0.61	2.91±0.95	2.4 (1.0-4.0)	2.85±0.59	1.5 (1.0-3.0)
Ortalama ve üstü	6.36±2.39	4.3 (1.5-5.0)	3.37±0.88	2.7 (1.7-5.0)	3.6 (1.8-5.0)	3.62±0.70	4.38±0.43	2.93±0.94	2.2 (1.0-3.6)	2.53±0.59	1.5 (1.0-4.0)
p-value	0.452	0.521	0.298	0.081	0.431	0.138	0.244	0.951	0.143	0.009*	0.309
KOAH Evresi	**	***	**	**	**	**	**	**	**	**	***
1.-2. evre	4.06±1.69	3.6 (1.8-4.7)	2.0 (1.0-4.0)	3.53±0.90	3.98±0.53	3.80±0.72	3.79±0.56	2.19±0.88	2.14±0.50	2.56±0.71	1.5 (1.0-3.0)
3.-4. evre	7.11±2.31	4.5 (1.3-5.0)	3.5 (1.7-4.7)	2.92±0.90	3.37±0.76	3.44±0.74	4.44±0.44	3.09±0.88	2.40±0.52	2.71±0.59	1.5 (1.0-4.0)
p-value	<0.001*	0.001*	<0.001*	0.011*	0.002*	0.064	<0.001*	<0.001*	0.057	0.331	0.724
KOAH ile ilgili eğitim alma	**	***	***	***	***	***	***	**	***	**	***
Hayır	6.62±2.48	4.3 (1.3-5.0)	3.3 (1.0-4.7)	2.8 (1.5-5.0)	3.6 (5.0-3.2)	3.6 (2.0-5.0)	4.3 (2.7-5.0)	2.91±0.93	2.4 (1.0-4.0)	2.67±0.61	1.5 (1.0-3.0)
Evet	4.33±2.52	3.7 (2.5-4.7)	3.3 (2.3-3.3)	3.7 (3.0-5.0)	3.6 (3.4-5.0)	4.0 (4.0-4.8)	4.0 (4.0-4.7)	3.17±1.32	1.8 (1.8-2.6)	3.06±0.42	1.5 (1.5-4.0)
p-value	0.255	0.530	0.517	0.158	0.426	0.066	0.560	0.648	0.273	0.283	0.252
Düzenli sağlık kontrolü	**	**	**	***	**	***	**	**	**	***	***
Evet	6.39±2.68	3.83±1.08	3.19±0.98	2.9 (1.8-5.0)	3.59±0.72	3.6 (2.0-5.0)	4.26±0.55	2.81±0.92	2.33±0.51	2.7 (1.5-4.2)	1.5 (1.0-3.0)
Hayır	6.83±2.18	4.10±0.97	3.41±0.82	3.0 (1.5-5.0)	3.30±0.79	3.8 (2.4-4.8)	4.43±0.47	3.11±0.95	2.40±0.56	2.7 (1.0-4.2)	1.5 (1.0-4.0)
p-value	0.407	0.232	0.256	0.804	0.071	0.801	0.125	0.129	0.544	0.662	0.323
Evde oksijen tedavisi	**	***	***	***	**	**	**	**	***	**	***
Hayır	5.33±2.27	4.2 (1.3-5.0)	3.0 (1.0-4.7)	3.7 (1.5-4.8)	3.73±0.69	3.55±0.78	4.18±0.61	2.69±1.00	2.2 (1.0-4.0)	2.64±0.64	1.5 (1.0-3.0)
Evet	7.36±2.33	4.5 (1.5-5.0)	3.6 (1.8-4.7)	2.7 (1.7-5.0)	3.32±0.76	3.48±0.72	4.41±0.44	3.07±0.87	2.4 (1.0-3.6)	2.71±0.59	1.5 (1.0-4.0)
p-value	<0.001*	0.091	0.001*	0.242	0.009*	0.654	0.030*	0.053	0.364	0.588	0.644
KOAH nedeniyle hastaneye yatma	**	***	***	***	**	**	**	**	**	***	***
Hayır	5.81±2.54	4.2 (1.3-5.0)	3.3 (1.0-4.7)	3.5 (1.5-5.0)	3.67±0.69	3.63±0.73	4.28±0.56	2.84±0.99	2.36±0.54	2.7 (1.5-4.2)	1.5 (1.0-4.0)
Evet	7.68±2.00	4.5 (1.8-5.0)	3.8 (1.7-4.7)	2.3 (1.7-5.0)	3.21±0.78	3.32±0.73	4.38±0.47	3.05±0.86	2.36±0.49	2.8 (1.0-3.5)	1.5 (1.0-3.0)
p-value	<0.001*	0.114	0.009*	<0.001*	0.003*	0.041*	0.388	0.287	0.986	0.565	0.904
İlaçları düzenli kullanım	***	***	***	***	**	**	***	**	***	***	***
Evet	7 (1-12)	4.3 (1.5-5.0)	3.3 (1.0-4.7)	2.8 (1.5-5.0)	3.47±0.74	3.52±0.73	4.3 (2.7-5.0)	2.93±0.95	2.4 (1.0-4.0)	2.7 (1.0-4.2)	1.5 (1.0-4.0)
Hayır	6 (6-11)	3.8 (1.3-5.0)	3.0 (2.0-4.2)	3.7 (2.0-4.3)	3.84±0.97	3.32±0.95	4.0 (4.0-5.0)	2.80±0.80	2.2 (1.8-3.4)	3.2 (1.7-4.0)	1.5 (1.0-1.5)
p-value	0.527	0.272	0.327	0.269	0.285	0.566	0.630	0.769	0.391	0.646	0.301

* istatistiksel olarak anlamlı** Independent sample t test (mean±standard deviation)*** Mann-Whitney U test (median (min-maks))

Tablo 4.6’da hastalık algısı ölçeği ile hastalığa ilişkin özellikler karşılaştırılmıştır.

KAOH tanısı süresi (yıl) değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu ve hastalık hakkında görüşler boyutunun hiçbir alt boyutu anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Hastalık nedenleri boyutunda ise psikolojik atıflar ve kaza veya şans alt boyutu için anlamlı farklılık yokken ($p>0.05$) risk faktörleri boyutu için farklılık saptanmış olup KOAH tanı süresi ortalama ve üstünde olanların risk faktörleri puanları anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0.05$).

KOAH evresi değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu ve hastalık hakkında görüşler boyutunun süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt boyutları için anlamlı bir farklılık varken hastalığı anlayabilme ile hastalık nedenleri boyutunun hiçbir alt boyutu için anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). KOAH 3./4. evrede olanların hastalık belirtileri, süre (akut/kronik), sonuçlar, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller puanları anlamlı olarak yüksekken kişisel kontrol ve tedavi kontrolü puanları anlamlı olarak daha düşüktür.

KOAH ile ilgili eğitim alma değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu, hastalık hakkında görüşler boyutu ve hastalık nedenleri boyutunun hiçbir alt boyutu anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Düzenli sağlık kontrolüne gitme değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu, hastalık hakkında görüşler boyutu ve hastalık nedenleri boyutunun hiçbir alt boyutu anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Evde oksijen tedavisi alma değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu ve hastalık hakkında görüşler boyutunun sonuçlar, tedavi kontrolü ve süre (döngüsel) alt boyutları için anlamlı bir farklılık varken süre (akut/kronik), kişisel kontrol, hastalığı anlayabilme, duygusal temsiller alt boyutları ve hastalık nedenleri boyutunun hiçbir alt boyutu için anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Evde oksijen tedavisi alanların hastalık belirtileri, sonuçlar ve süre(döngüsel) puanları anlamlı olarak daha yüksekken tedavi kontrolü puanları daha düşüktür.

KOAH nedeniyle hastaneye yatma değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu ve hastalık hakkında görüşler boyutunun sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve hastalığı anlayabilme alt boyutları için anlamlı bir farklılık varken süre (akut/kronik), süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt boyutları ile hastalık nedenleri boyutunun hiçbir alt boyutu için anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

KOAH nedeniyle hastaneye yatanların hastalık belirtileri ve sonuçlar puanları anlamlı olarak daha yüksekken kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve hastalığı anlayabilme puanları daha düşüktür.

İlaçları düzenli kullanma değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu, hastalık hakkında görüşler boyutu ve hastalık nedenleri boyutunun hiçbir alt boyutu anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.7.Ölüm Kaygısı Ölçeği ve alt boyutları için tanımlayıcı istatistikler (n=97)

	n (%)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-maks)
Ölüm Kaygısı Ölçeği		7.63±3.79	8 (1-14)
Hafif (0-4 puan)	26 (% 26.8)	2.85±1.12	3 (1-4)
Orta (5-9 puan)	39 (%40.2)	7.23±1.46	8 (5-9)
Şiddetli (10-14 puan)	32 (%33.0)	12.00±1.32	12 (10-14)
Panik düzeyi (15 puan ve üstü)	-	-	-

Tablo 4.7’de katılımcıların ölüm kaygısı ölçeğine ait tanımlayıcı istatistikleri incelenmiştir. Katılımcıların ölüm kaygısı ölçeği genel puan ortalaması 7.63±3.79 olup %26.8’inde (n:26) hafif düzeyde ölüm kaygısı, %40.2’sinde (n:39) orta düzeyde ve %33.0’ında (n:32) şiddetli düzeyde ölüm kaygısı belirlenmiş olup hiçbir katılımcıda panik düzeyde ölüm kaygısı bulgusu saptanmamıştır.

Tablo 4.8.Ölüm Kaygısı Ölçeğinin tanımlayıcı özelliklerle karşılaştırılması (n=97)

Özellikler	Ölüm Kaygısı Ölçeği	p-value
Yaş	**	
Ort altı	7.46±3.88	0.653
Ort ve üstü	7.81±3.73	
Yaş	**	
<65	6.96±3.57	0.273
≥65	7.89±3.87	
Cinsiyet	**	
Kadın	8.48±4.34	0.148
Erkek	7.26±3.49	
Medeni Durum	**	
Evli	7.57±3.74	0.757
Bekar	7.86±4.07	

Eğitim Düzeyi Okuryazar değil İlkokul Ortaokul ve üstü	** 7.94±4.57 7.48±3.64 8.00±3.76	0.843
Çalışma durumu Çalışan Çalışmayan	** 7.63±4.15 7.62±3.43	0.992
Yerleşim Yeri İl İlçe Köy	** 7.83±3.77 6.79±3.72 7.83±3.89	0.565
Gelir Düzeyi Gelir giderden az Gelir gidere eşit	** 7.41±3.92 8.00±3.58	0.462
Birlikte yaşadığı kişiler Yalnız Sadece eşi Sadece çocukları Eş ve çocuklar	**h+ 8.08±4.34 7.32±3.48 7.71±4.06 6.32±3.95	0.921
Sağlığı Algılama İyi ¹ Orta ² Kötü ³	** 6.56±3.75 7.18±3.73 9.46±3.39 3>1 (p:0.020*)	0.011*
KOAH dışında ek kronik hastalık Var Yok	** 78.9±3.95 7.29±3.58	0.439
Sigara Kullanımı Evet Hayır Bıraktım	*** 8 (2-13)(4.5-8.5) 9 (1-14)(5-13) 7.5 (1-14)(4-10)	0.250
Düzenli egzersiz (30-45 dk) Hayır Evet	*** 8 (1-14)(5-11) 6 (1-12)(3-8)	0.062
Sigara Dumanına Maruz Evet Hayır	** 7.71±4.31 7.61±3.69	0.927
Günlük Yardımcı Gereksinim Hayır Evet	** 7.94±3.88 7.45±3.76	0.543
Fiziksel İhtiyaçları karşılama Hiç karşılayamıyorum Kısmen karşılıyorum Bağımsız olarak karşılayabiliyorum	*** 9 (1-14)(2-14) 9 (1-14)(6-11) 6.5 (1-13)(4-9.5)	0.152
* istatistiksel olarak anlamlı ** Independent sample t test (mean±standard deviation) *** Mann-Whitney U test (median (min-maks))		

Tablo 4.8’de ölüm kaygısı ölçeğinin tanımlayıcı özelliklere göre analizi incelenmiştir. Ölüm kaygısı ölçeği; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yerleşim yeri, gelir düzeyi, birlikte yaşadığı kişiler, KOAH’a ek

hastalık, sigara kullanımı, düzenli egzersiz yapma, sigara dumanı maruziyet, günlük işlerde yardımcı gereksinimi ve fiziksel ihtiyaçları karşılama değişkenleri için anlamlı bir farklılık göstermezken ($p>0.05$) sağlığı algılama değişkeni için anlamlı bir farklılık göstermektedir. Sağlığını “kötü” olarak algılayan katılımcıların ölüm kaygısı ölçeği puanları sağlığını “iyi” olarak algılayan katılımcılardan anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$). Diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Ölüm Kaygısı Ölçeği’nin hastalığa ilişkin özelliklerle karşılaştırılması (n=97)

Özellikler	Ölüm kaygısı ölçeği	p-value
KOAH tanı süresi (yıl)	**	0.438
Ortalama altı	7.31±4.08	
Ortalama ve üstü	7.92±3.52	
KOAH Evresi	***	0.926
1. Evre	4 (4-12)(4-12)	
2. Evre	8 (1-13)(3-11)	
3. Evre	8 (1-14)(3-13)	
4. Evre	8 (1-14)(5-10)	
KOAH ile ilgili eğitim alma	***	0.628
Hayır	8 (1-14)(4-11)	
Evet	10 (5-11)(5-11)	
Düzenli sağlık kontrolü	**	0.291
Evet	7.94±3.59	
Hayır	7.09±4.12	
Evde oksijen tedavisi	**	0.607
Hayır	7.87±4.21	
Evet	7.47±3.51	
KOAH nedeniyle hastaneye yatma	**	0.036*
Hayır	6.98±3.65	
Evet	8.63±3.84	
İlaçları düzenli kullanım	**	0.270
Evet	7.73±3.74	
Hayır	5.80±4.76	
* istatistiksel olarak anlamlı		
** Independent sample t test (mean±standard deviation)		
*** Mann-Whitney U test (median (min-maks))		

Tablo 4.9’da Ölüm Kaygısı Ölçeği puanlarının hastalığa ilişkin özelliklerle karşılaştırılmıştır.

Ölüm Kaygısı Ölçeği; KOAH tanı süresi, KOAH evresi, KOAH ile ilgili eğitim alma, düzenli sağlık kontrolü, evde oksijen tedavisi alıp almama ve ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmama değişkenleri için anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Ancak ölüm kaygısı ölçeği puanları KOAH nedeniyle

hastaneye yatma değişkeni için anlamlı bir farklılık göstermekte olup KOAH nedeniyle hastaneye yattığını ifade eden katılımcıların ölüm kaygısı ölçeği puanları anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 4.10.Hastalık Algısı Ölçeği ile Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin korelasyon analizi

Hastalık Algısı Ölçeği	Ölüm Kaygısı Ölçeği	
	r	p
Hastalık Belirtileri	0.041	0.688
Hastalık Hk. Görüşler Süre (Akut/Kronik)	0.230	0.023*
Hastalık Hk. Görüşler Sonuçlar	0.155	0.129
Hastalık Hk. Görüşler Kişisel Kontrol	-0.225	0.027*
Hastalık Hk. Görüşler Tedavi Kontrolü	-0.314	0.002*
Hastalık Hk. Görüşler Hastalığı Anlama	0.001	0.993
Hastalık Hk. Görüşler Süre Döngüsel	-0.031	0.767
Hastalık Hk. Görüşler Duygusal Temsiller	0.256	0.011*
Hastalık Nedenleri Psikolojik Atıflar	0.133	0.193
Hastalık Nedenleri Risk Faktörleri	-0.046	0.657
Hastalık Nedenleri Kaza veya Şans	0.194	0.057
Hastalık Algısı Ölçeği Toplam Puan	0.127	0.214

Tablo 4.10 incelendiğinde, katılımcıların ölüm kaygısı ile hastalık belirtileri, sonuçlar, hastalığı anlama, süre (döngüsel), psikolojik atıflar, risk faktörleri, kaza veya şans alt boyutları arasında ve hastalık algısı ölçeği toplam puanı ile anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Ölüm kaygısı ile süre (akut/kronik) arasında anlamlı pozitif ve zayıf bir ilişki mevcuttur ($r:0.230$, $p:0.023$). Katılımcıların, hastalığın kronik olduğunu düşündükçe ölüm kaygıları artmaktadır. Ölüm kaygısı ile kişisel kontrol arasında anlamlı negatif ve çok zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r:-0.225$, $p:0.027$). Katılımcılar, hastalıklarını kontrol edebileceklerine ilişkin pozitif algıları arttıkça ölüm kaygıları azalmaktadır. Ölüm kaygısı ile tedavi kontrolü arasında anlamlı negatif ve çok zayıf bir ilişki mevcuttur ($r:-0.314$, $p:0.002$). Katılımcıların, hastalıklarını tedavi ile kontrol edilebileceğine ilişkin pozitif algıları arttıkça ölüm kaygılarının azaldığı görülmektedir. Ölüm kaygısı ile duygusal temsiller arasında anlamlı pozitif ve zayıf bir ilişki belirlenmiştir ($r:0.256$, $p:0.011$). Bu bulgu katılımcıların hastalıkları ile ilgili endişeleri arttıkça ölüm kaygılarının arttığını göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin, hastalık algılarının ölüm kaygısına etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Katılımcıların yaş ortalaması 70.11 ± 11.13 yıl olup KOAH'ın orta ileri yaşta görülen bir hastalık olması literatür bilgisiyle paralellik göstermektedir (77, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125). Katılımcıların yaklaşık üçte ikisi %71.1'i 65 yaş ve üzerinde %70.1'i erkek ve %78.4'ü evlidir. Geçmişte yapılan araştırmalar incelendiğinde KOAH'ın daha çok erkek bireylerde görüldüğü (77, 120, 121, 122, 123, 124, 125) günümüzde kadın ve erkek bireyler arasında bu konuda anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir (31,126). Bu durum kadınlarda sigara kullanma alışkanlıklarının değişmesine bağlı olabileceği şeklinde açıklanmaktadır. Bazı çalışmalarda kadınların tütün ürünlerine hassasiyetinin erkeklere göre daha fazla olması kadınlarda KOAH görülme sıklığının daha fazla olabileceği şeklinde belirtilmiştir (127, 128). 2014 yılında Borge ve arkadaşları (77) tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların %51.3'ünü erkekler oluşturduğu bildirilmiş olup çalışmamızla görülme yüzdesi farklılık göstermektedir ancak 2016 yılında Kılıçkaya ve arkadaşları (120) tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıları %73.8'inin erkeklerden oluştuğu yine 2022 yılında Demir Gökmen ve arkadaşları (125) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %61.6'sının erkeklerden oluştuğu bildirilmiş olup bu çalışma ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bunun nedeni; araştırmanın belirli bir süre zarfında, göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastaların cinsiyet ayrımı gözetmeksizin araştırmaya dahil edilmesinden dolayı kaynaklandığı düşünülmüştür. Çalışmaya katılan bireylerin %78.4'ü evlidir. Medeni durum dağılımı literatürde KOAH ile ilgili yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (120, 121, 122, 123, 125, 129).

Katılımcıların eğitim düzeyi incelendiğinde %69.1'inin ilkökul mezunu olduğu ve bu sonuç ülkemizde yapılmış çalışmalarla (120, 121,131, 132) benzerlik gösterirken uluslararası çalışmalardan (77, 119, 130) farklılık göstermektedir. Bunun nedeni ise ülkelerin eğitim politikaları arasındaki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Çalışmaya katılan bireylerin %50.5'i çalışmakta olup Karagülle'nin çalışmasında katılımcıların %19.6'sının

çalışmakta olduğu bildirilmiştir (121). Literatüre bakıldığında yapılmış olan başka bir çalışmada (133) çalışma durumu benzerlik gösterirken bazı çalışmalardaki (134, 135) hastaların çalışma durumları arasındaki dağılım farklılık göstermektedir. Bu farkın çalışmanın belirli bir süre içinde, bir bölgedeki tek bir hastanede gerçekleşmiş olması veya diğer çalışmalardaki yaş ortalamasının artmasına bağlı çalışmayan oranının yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Katılımcıların %39.2'sinin sadece eşiyle, %30.9'unun eş ve çocuklarıyla beraber yaşadığı sonucu bulunmuştur. Bu sonuç ülkemizde yapılmış olan çalışmalar (120, 121, 125, 133) ile benzerlik göstermekteyken yurt dışında yapılmış olan çalışmalar (77, 119) ile farklılık göstermektedir. Bu farkın toplumlardaki kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların %12.4'ü hala sigara kullanmaya devam ederken, katılımcıların %59.8'i sigara kullanmayı bırakmış olup sigara kullanım süresi 37.43 ± 15.74 yıldır. Ülkemizde yapılmış olan çalışmalarda sigara kullanım sıklığı %5.6 ile %85.5 arasında değişmekte olup (121, 123, 131, 132, 133, 135) yurt dışında yapılmış olan bazı çalışmalarda sigara kullanım sıklığı %20 ile %50.9 arasındadır (77, 136, 137). Araştırmalar, KOAH'ın en sık ve en önemli nedeninin sigara kullanımı olduğunu ve KOAH'ın gelişme riskinin kullanılan yıl sayısı ve kullanılan miktarla arttığını göstermiştir (34, 44, 68). Aynı zamanda KOAH'lı bireylerin %80'inin sigara içicisi olduğu belirtilmiştir (173). Ülkemizde KOAH tanısı olan bireylerin sigara kullanım sıklığının daha yüksek olmasının sebebinin bilgi eksikliği ve sigara bırakma davranışının yeteri kadar olgunlaşmamış olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan katılımcıların %70.1'i KOAH 4. evrededir. Hafif ve orta derecedeki evrelerde akciğer fonksiyonlarında ciddi bir bozulma meydana gelmediğinden dolayı hastalarda belirgin bir semptom görülmez. Hastalar bu evrelerde hastane başvurusu yapma gereği duymazken hastalık evresi ilerledikçe akciğer kapasitesinde azalmaya bağlı görülen şiddetli semptomlar nedeni ile hastane başvurusu artar (121, 132, 135). KOAH'lı bireylerin %63.9'u düzenli sağlık kontrolü yaptırdığını ve %94.8'i ilaçlarını düzenli kullandığını ifade etmiştir. Hastaların egzersiz yapma durumları incelendiğinde %80.4'ünün düzenli egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Hastalar düzenli bir şekilde sağlık kontrolü yaptırma ve ilaçlarını düzenli kullanma davranışı gösterip, hastalık açısından önemli bir yere sahip olan egzersize önem vermemeleri, katılımcıların hastalığın

tedavisinde sadece tıbbi tedaviye inandıklarını düşündürmektedir. Katılımcıların KOAH evrelerine bakıldığında ise %70.1'i 4.evre, %15.5'i 2.evre, %11.3'ü 3.evre, %3.1'i 1.evre olarak belirlenmiş olup, Karagülle'nin çalışmasında katılımcıların %32.8'i 4.evre, %30.9'u 3.evre, %26'sı 2.evre, %10.3'ü 1.evre bildirilmiştir (132). Ekenler'in çalışmasında ise katılımcıların KOAH evresi %45.7'si 3.evre, %36.0'ı 2.evre, %9.7'si 4.evre ve %8.6'sı 1.evre olarak bildirilmiştir (121). KOAH evrelerinin dağılımı literatürle kısmen benzerlik göstermektedir (118, 121, 132). Araştırmanın kış aylarında yapılması, belirli bir süre içinde ve serviste yatan hastalar ile yapılmış olmasından dolayı 4.evre KOAH hastalarına daha sık rastlandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların hastalık algısı ölçeği hastalık hakkında görüşler alt boyutu incelendiğinde 4.32 ± 0.52 puanı ile en yüksek ortalama süre (döngüsel) alt boyutuna ait olup olup en düşük ortalama 2.92 ± 0.94 puanı ile duygusal temsiller boyutu olarak bulunmuştur. Karagülle'nin 2019 yılında yapmış olduğu çalışmada (132) en yüksek puan süre (döngüsel), en düşük boyutu ise hastalığı anlayabilme olurken, Kara'nın çalışmasında da (138) en yüksek puanı süre (akut/kronik) ve kişisel kontrol alt boyutları, en düşük puan hastalığı anlayabilme alt boyutu olurken, Ekenler'in 2017 yılında yapmış olduğu çalışmada (121) en yüksek puan süre (akut/kronik), en düşük puan hastalığı anlayabilme alt boyutu olarak belirlenmiştir. Süre algısındaki maddeler incelendiğinde; hastaların büyük kısmının bu hastalığın uzun süreceğini, kalıcı olduğunu ve yaşamlarının geri kalanını bu hastalıkla geçireceklerini düşündükleri belirlenmiştir. Duygusal temsiller boyutu maddelerine bakıldığında ise hastaların büyük kısmının bu hastalığa sahip oldukları için üzgün, çökkün olmadıkları, hastalığın hastayı endişelendirip, kaygılandırıp, öfkelenmediği saptanmıştır. Araştırma sonucunda, en yüksek puan ortalamasına sahip olan alt boyut literatür ile benzerlik gösterirken, en düşük puan ortalamasına sahip olan alt boyutun literatür ile benzerlik göstermediği görülmektedir. Literatür ile farklı sonuçların elde edilmiş olması, örneklem gruplarının kişisel özelliklerinin farklılıklarıyla açıklanabilir.

Katılımcıların KOAH'ın başlangıcından bu yana yaşadıkları en sık belirtilerin sırasıyla; soluk almada güçlük, hırıltılı soluma, yorgunluk, güç kaybı ve uyku güçlükleri olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde en sık semptomlar; Karagülle'nin (2019) yapmış olduğu çalışmada soluk almada güçlük,

hırıltılı soluma, uyku güçlüğü, yorgunluk (132); Kara'nın (2019) yapmış olduğu çalışmada soluk almada güçlük, hırıltılı soluma ve yorgunluk (138); Ekenler'in (2017) yapmış olduğu çalışmada soluk almada güçlük, hırıltılı soluma, yorgunluk (121); Barne ve Celli'nin (2009) çalışmasında ise soluk almada güçlük, kaşeksi ve yorgunluk olarak belirlenmiştir (139). Çalışmanın sonuçları literatürle uyumludur (11, 80). Hastaların yaşadıkları semptomlar birbiri ile ilişkilidir. Hırıltılı solunum yaşayan hasta solunum sıkıntısını göstermekte, solunum sıkıntısı yaşayan hastada uyku bozuklukları görülmekte, solunum güçlüğü olan kişilerin dokularının yeterince oksijenlenememesinin beraberinde hastada yorgunluk, ağrı ve güç kaybını meydana getirdiği bilinmektedir (80). Tüm bu semptomlar hasta bireylerin hastalığa uyumunu zorlaştırarak yaşam kalitesini düşürmekte ve ölüm kaygısını arttırmaktadır (11, 80). Bu belirtilerin kontrol altına alınması, etkili hemşirelik girişimlerinin düzenlenmesiyle mümkündür (11).

Hastalık nedenleri boyutu değerlendirildiğinde; hastalar en çok risk faktörleri nedeniyle hastalığın meydana geldiğini belirtirken, hastalık nedeni olarak en az kaza veya şans alt boyutunu gördüklerini belirtmiştir. Kara'nın (2019) araştırmasında da benzer şekilde, hastalık nedenine ilişkin en güçlü alt boyut risk faktörleri, en zayıf alt boyut ise kaza veya şans olarak belirlenmiştir (138). Literatürde en fazla risk faktörleri nedeniyle hastalıkların meydana geldiğinin belirtildiği farklı araştırmalar da mevcuttur (76, 89, 140). Bu araştırmada, risk faktörleri alt boyutunu içeren maddeler incelendiğinde ise, en fazla sigara içme hastalık nedeni olarak ifade edildiği görülmüştür. Kara'nın (2019) çalışmasında geçmişteki kötü tıbbi bakım en önemli risk faktörü olarak belirlenmiştir (138), hastalık nedeni olarak en fazla şans ya da kötü talih ve (132), vücut direncinin azalması (121) belirtilmiştir. Ölçeğin nedenler bölümünün sonunda yer alan ve hastalığın neden algısını kalitatif değerlendirmeyi hedefleyen, "size göre hastalığınızın nedeni nedir?" sorusuna verilen yanıtlar hastaların hastalık nedenini en fazla sigara içme, çevre kirliliği ve stres ya da endişe ile bağdaştırdıklarını göstermektedir. Bu durum sigara kullanımının tanıdan sonra bile devam etmesi, çevre kirliliği ve stresin KOAH'ın gelişiminde rol oynamasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre HAÖ ortanca puan değerleri incelendiğinde; yaş değişkenin hastalık belirtileri boyutu, süre (akut/kronik), sonuçlar, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal

temsiller, psikolojik atıflar, risk faktörleri, kaza veya şans alt boyutlarına göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu sonucun katılımcıların büyük bir kısmının %70.1'inin 65 yaş ve üzeri olmasından dolayı kaynaklanabileceği düşünülmüş olup kişisel kontrol alt boyutu için anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). 65 ve üzeri yaşta olan hastaların kişisel kontrol puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bu puanın düşüklüğü 65 yaş ve üzeri bireylerin hastalık semptomlarının daha çok artmasına bağlı olarak baş etme inancının azaldığı ve kontrolü kaybettiği düşünülmektedir. Literatürde Kara'nın çalışmasında hastalık belirtilerinin yaşlı bireyleri daha fazla etkileyip duygusal belirtilerin daha fazla ortaya çıktığı belirlenmiştir (138). Ekenler'in (2017) çalışmasında da yaşın ilerlemesiyle sonuçlar ve duygusal temsiller puanlarının arttığı belirlenmiştir (121).

Cinsiyete göre HAÖ alt boyut ortanca puanları değerlendirildiğinde; psikolojik atıflar, risk faktörleri ve kaza veya şans alt boyutları için anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınların psikolojik atıflar ile kaza veya şans puanları erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksekken, risk faktörleri puanları erkek hastalarda anlamlı olarak daha yüksek belirlenmiştir. Bu sonuç kadınların hastalık nedeni olarak psikolojik atıfı, kaza veya şans sorumlu tutarken, erkeklerde ise risk faktörlerini sorumlu tuttuğunu göstermektedir. Kara'nın (2019) çalışmasında cinsiyete göre hastalık algısı ölçeğinde kadınların erkeklere göre hastalığı anlayabilme ve psikolojik atıflar puanı yüksekken, erkeklerin risk faktörleri puanı kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (138). Uslu Zengi (2018) ve Ekenler (2017)'in araştırmalarında, hastaların cinsiyete göre hastalık algısı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (121, 141). Jia ve ark. (2018)'nin çalışmasında ise kadınların erkeklere göre KOAH'ın risk faktörlerini daha az bildikleri belirtilmiştir (142). Çalışmadan elde edilen sonuç, kadınların daha duygusal olması nedeniyle stres, sıkıntı ve aile problemlerini daha yoğun yaşamalarıyla ilişkilendirilebilir. Ayrıca kadınların hastalık nedenini psikolojik sebeplere bağlamaları, hastalık semptomları ilerledikçe depresyon ve endişe gibi durumları daha fazla yaşamalarına sebep olabilmektedir (143).

Katılımcıların medeni durum değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu, hastalık hakkında görüşler ve hastalık nedenleri boyutlarının hiçbir boyutu anlamlı fark göstermemiştir ($p>0.05$). Literatürde Kara'nın (2019) ve Ekenler'in (2017) çalışmasında bekar bireylerin hastalıkla ilgili semptomları daha yoğun

yaşadıkları belirtilmiştir (121, 138). Bu çalışmadaki bulguların farklılık nedeni katılımcıların çoğunluğunun evli olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların eğitim düzeyine göre hastalık algısı alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları; hastalık nedenleri boyutunda psikolojik atıflar, risk faktörleri ve kaza veya şans alt boyutları anlamlı farklıdır ($p<0.05$). Okuryazar olmayanların psikolojik atıf puanları ortaokul ve üzeri mezuniyeti olanlardan anlamlı olarak daha yüksektir. İlkokul mezunlarının risk faktörleri puanları okuryazar olmayanlara göre daha yüksektir. Okuryazar olmayanların kaza veya şans puanları ilkokul mezunları ve ortaokul ve üzeri mezuniyeti olanlardan daha yüksektir. Okuryazar olmayanlar hastalık nedeni olarak duygusal durum (stres, endişe gibi), kaza, şans gibi nedenlere bağlarken, ilkokul mezunu bireyler hastalık nedeni olarak sigara, alkol kullanımı veya kendi davranışlarının sebep olmuş olabileceğini düşünmektedir. Kara'nın (2019) çalışmasında eğitim durumu ile kişisel kontrol, hastalığı anlayabilme, duygusal temsiller ve risk faktörleri alt boyutları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (138). Uslu Zengi (2018)'nin yapmış olduğu benzer çalışmada eğitim durumunun süre (akut/kronik) ve tedavi kontrolü alt boyutlarını etkilediği belirlenmiştir (141). Ekenler'in (2017) çalışmasında eğitim durumu ile sadece tedavi kontrolü alt boyutunda anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (121). Araştırmamız diğer araştırmalar ile benzerlik göstermemektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin hastalık algılarının daha iyi olması beklenmektedir. Araştırmamızın sonucuna göre, katılımcıların eğitim seviyesinin düşük olması, diğer çalışmaların örneklem büyüklüğünün ve çalışmalarda yer alan bireylerin eğitim düzeyindeki farklılıklarla ilişkilendirilebilir.

Çalışma durumuna göre hastalık belirtileri boyutu ve hastalık hakkında görüşler boyutunun hiçbir alt boyutu anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Hastalık nedenleri boyutunda risk faktörleri alt boyutu anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Aktif çalışmayanların risk faktörleri puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Aktif olarak çalışmayan hastalar hastalık nedeni olarak risk faktörlerini sorumlu tutmaktadırlar. Literatürde (121, 138, 144) meslek değişkeninin HAÖ alt boyutları üzerine etkisi olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Kara'nın (2019) çalışmasında meslek değişkenine göre emekli hastaların sonuçlar, duygusal temsiller ve risk faktörleri alt boyutu yüksek tespit edilmiş olup çiftçi hastalarda hastalığı anlayabilme alt boyutu yüksek bulunmuştur

(138). Hoving ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında, çalışmayan hastaların duygusal temsiller puanı yüksek bulunurken, çalışan hastaların hastalığı anlayabilme puanının yüksek olduğu belirlenmiştir (144). Çalışma sonuçlarının literatürden farklı olmasının nedeni katılımcıların çoğunluğunun emekli ve diğer meslek grubunda olması olarak düşünülmüştür.

Yerleşim yerine göre hastalık nedenleri boyutunda sadece risk faktörleri alt boyutu anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). İlçede yaşayanların risk faktörleri puanları ilde ve köyde yaşayanlardan daha yüksektir. İlçede yaşayan hastalar hastalık nedeni olarak risk faktörlerini sorumlu tutmaktadır. Kara'nın (2019) çalışmasında (138) yerleşim yerine göre hastalık belirtileri bölümünde köyde yaşayan hastaların ilçede yaşayan hastalara göre daha fazla hastalık belirtisi yaşadıkları belirlenmiş olup Bağcıvan ve arkadaşlarının (2018)'nin çalışmasında (78) ise HAÖ alt boyutları ile yaşanan yer arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmanın sonucu literatürle farklılık göstermektedir. Bunun nedeni ilçede sağlık bakım hizmetlerine ulaşımında kısıtlılık olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Gelir düzeyine göre hastalık nedenleri boyutunda anlamlı fark olup ($p<0.05$) geliri giderinden az olanların hastalık belirtileri puanları geliri giderine eşit olanlardan daha yüksektir. Katılımcıların gelir düzeyi azaldıkça katılımcıları daha fazla hastalık semptomuna sahip olduğu ve semptomları daha ciddi yaşadıkları belirlenmiştir. KOAH'ın bireylerin çalışmasına engel olması, gelirin bir kısmını tedaviye ayırması, yeterince sağlık hizmeti alamaması gibi nedenlerden dolayı katılımcıların gelir düzeyinin hastalık algılarını etkilediği düşünülmektedir. Kara'nın (2019) çalışmasında gelir düzeyinin sonuçlar, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, psikolojik atıflar ve kaza veya şans alt boyutlarında anlamlı fark oluşturduğu belirlenmiştir (138). Ekenler'in (2017) çalışmasında kimlik, süre (akut/kronik) ve sonuçlar alt boyutlarında anlamlı fark görülmüştür (121).

Birlikte yaşadığı kişilere göre hastalık belirtileri boyutu, hastalık hakkında görüşler ve hastalık nedenleri boyutlarının hiçbir boyutu ile anlamlı fark göstermemiştir. Çalışma bulgularına benzer şekilde Akgüç'ün (2013) çalışmasında (145) birlikte yaşadığı kişilere göre HAÖ alt boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Bununla birlikte literatürde çalışma bulguları ile benzerlik göstermeyen çalışmalarda bulunmaktadır (121, 138). Kara'nın (2019) çalışmasında birlikte yaşadığı kişilere göre HAÖ alt boyutlarından tedavi kontrolü

ve duygusal temsiller alt boyutları puanları arasında (138), Ekenler'in (2017) çalışmasında birlikte yaşadığı kişilere göre kimlik, süre (akut/kronik) ve sonuçlar arasında anlamlı fark bulunmuştur (121). KOAH'lı bireylerde hastalık ilerledikçe semptomlar artmakta ve yaşın ilerlemesine bağlı olarak kendi bakımlarında yetersiz kalıp bakım vericiye ihtiyaç duyabilmektedir. Bu çalışmada katılımcıların birlikte yaşadığı kişilere göre HAÖ alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunmaması hasta bireylerin büyük çoğunluğunun eş veya çocuklarıyla yaşıyor olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Hastaların algıladıkları sağlık durumlarına göre hastalık algısı alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; belirtileri boyutu ile hastalık hakkında görüşler boyutunun süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller alt boyutlarına göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlığını "iyi" olarak algılayanların hastalık belirtileri, süre (akut/kronik), sonuçlar ve duygusal temsiller puanları anlamlı olarak daha düşük belirlenmiştir. Sağlığını iyi olarak algılayan hastalar hastalık belirtilerini daha az yaşadıklarını, hastalığın kısa süreceğini düşündüklerini ifade etmiştir. Sağlığını "kötü" olarak algılayanların kişisel kontrol ve tedavi kontrolü puanları anlamlı olarak daha düşüktür. Sağlığını kötü algılayan hastaların hastalıkları üzerinde kişisel kontrolü sağlamada zorlandıkları ve aldıkları tedavinin işe yaramayacağını düşünmektedir. Sağlığını "iyi" olarak algılayanların hastalığı anlayabilme puanları "kötü" olarak algılayanlardan daha yüksek olup iyi hastalık algısına sahip bireylerin hastalıklarını anlayabilip tedaviye daha uyumlu oldukları belirlenmiştir. Ekenler'in (2017) çalışmasında hastaların algıladıkları sağlık durumlarına göre hastalık algısı alt ölçeğine göre kimlik, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrol, psikolojik atıflar ve kaza veya şans alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasından fark bulunmuştur (121).

KOAH'a ek hastalık değişkenine göre hastalık hakkında görüşler boyutunda sadece duygusal temsiller alt boyutu için anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). KOAH'a ek hastalığı olanların duygusal temsiller puanları anlamlı olarak daha düşüktür. Ek kronik hastalığı bulunanların duygusal belirtileri daha yoğun yaşadıkları belirlenmiştir. Kara'nın (2019) çalışmasında KOAH'a ek bir kronik hastalığın varlığı durumu ile sonuçlar, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller alt boyutları arasında anlamlı fark belirlenmiştir (138). İşcan Ayyıldız'ın (2016) çalışmasında ek kronik hastalığın

bulunma durumu ile sonuçlar, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, duygusal temsiller arasında anlamlı fark belirlenmiştir (34). Berber'in (2014) çalışmasında da ek kronik hastalığın bulunma durumu ile HAÖ alt boyut puanları arasında anlamlı fark belirlenmiştir (146). KOAH'a eşlik eden ek hastalıkların varlığı hastalığın yönetimini zorlaştırmakta ve ekonomik yük oluşturmaktadır (147).

Sigara kullanımına göre hastalık nedenleri boyutunun tüm alt boyutlarında anlamlı fark olup ($p<0.05$) sigara kullanmayanların psikolojik atıflar ve kaza veya şans puanları sigara kullananlara göre daha yüksekken risk faktörleri puanları ise daha düşüktür. Sigara kullanan katılımcılar hastalık nedeni olarak sigarayı risk faktörü olarak sorumlu tutmuştur. Literatür incelendiğinde benzer şekilde Kara'nın (2019) çalışmasında hastalık nedeni olarak risk faktörleri ve psikolojik atıfları sorumlu tuttukları görülmüştür (138). Ekenler'in (2017) çalışmasında hastalık nedeni olarak sonuçlar ve risk etkenleri alt boyutlarında anlamlı fark belirlenmiştir (121). Ayrıca literatürdeki KOAH'lı bireylerle yapılmış araştırmalarda; sigara hastalık nedeni olarak gösterilmiştir. (130, 148, 149). Bu çalışmanın bulguları literatür ile benzerdir. Sigara kullanan bireylerin, sigara bıraktırma polikliniklerine yönlendirilmesi, sigara kullanımının KOAH üzerinde hem de bireylerin sağlığı üzerinde etkileri ve sigara kullanımının bırakılması konusunda hemşirelerin danışmanlık yapıp hastaları bu konuda desteklemesinin oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Düzenli egzersiz yapma durumuna göre hastalık hakkında görüşler boyutu için kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve hastalığı anlayabilme alt boyutlarında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Düzenli egzersiz yapanların kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve hastalığı anlayabilme puanları anlamlı olarak daha yüksektir. Düzenli egzersiz yapan hastaların hastalık üzerindeki kişisel kontrolünün daha iyi olduğu, tedavisinin işe yaradığını düşündüğü ve hastalığını daha iyi anlayabildiği görülmüştür. KOAH'lı bireylerde egzersiz kapasitesini düşüren bir hastalık olmakla beraber hemşireler, ileri derecede egzersiz kısıtlaması olmayan hastaları egzersiz yapmalarını destekleyerek hastalara düzenli egzersiz alışkanlığı kazandırılması konusunda rehberlik edebilirler.

Sigara dumanına maruziyet durumuna göre hastalık belirtileri boyutu, hastalık hakkında görüşler boyutu ve hastalık nedenleri boyutunun hiçbir alt boyutu anlamlı fark göstermemiştir ($p>0.05$). Sigara dumanına maruziyet KOAH tedavisinin etkisini azaltıp, KOAH atak geçirme riskini arttırmaktadır (150, 151).

Kara'nın (2019) çalışmasında ailesinde sigara içen kişilerin bulunduğu hastaların KOAH'ı daha iyi anlayabildikleri görülmektedir (138). Bu çalışma bulguları literatür ile benzerlik göstermemektedir. Bunun nedeni katılımcıların sigaraya maruz kalma sıklığının az olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede yardıma ihtiyaç duyma durumunun hastalık belirtileri boyutu ve hastalığı anlayabilme alt boyutu için anlamlı fark saptanmış olup ($p<0.05$) günlük işlerde yardımcı gereksinimi olmayanların hastalık belirtileri puanları daha düşükken hastalığı anlayabilme puanları daha yüksektir. Günlük işlerde yardıma ihtiyaç duyan hastaların hastalık belirtilerini daha fazla yaşadıkları ve hastalığı anlayamadıkları tespit edilmiştir. KOAH'lı bireylerin en sık yaşadığı semptomlardan biri olan dispne günlük yaşam işlevlerini yerine getirirken kişiye zorluk yaşatmakta olup hareketsiz kalmasına neden olmaktadır. Hareketsiz yaşam ise bireyin fiziksel durumunu daha çok bozmakta ve çok daha fazla dispne şikayetine neden olmaktadır (152).

Fiziksel ihtiyaçları karşılama durumuna göre hastalık belirtileri boyutu ve hastalık hakkında görüşler boyutunun süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller alt boyutları ile hastalık nedenleri boyutunun sadece psikolojik atıflar alt boyutu için anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0.05$). Fiziksel ihtiyaçlarını bağımsız karşılayan hastalar, hastalık belirtilerini daha az yaşayıp kişisel ve tedavi kontrol inançları kısmen karşılayanlara göre çok daha iyi düzeyde olduğu ve hastalıklarını anladıkları saptanmıştır. Fiziksel ihtiyaçlarını kısmen karşılayan hastalar hastalığın çok daha uzun süreceğini düşünmekte ve hastalık nedeni olarak psikolojik atıfları sorumlu tutmaktadır. Sağlık ekibinde önemli bir yeri olan hemşireler, hastanın fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmasında hastayı desteklemeli ve bu konuda aile üyelerinin bilinçlenmesi konusunda rehberlik etmelidir.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanı süresi değişkenine göre sadece hastalık nedenleri boyutunda risk faktörleri boyutu için anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). KOAH tanı süresi ortalama ve ortalama üstünde olanların risk faktörleri puanları daha düşüktür. KOAH tanı süresi ortalama altında olan hastalar, hastalık nedeni olarak risk faktörlerini sorumlu tutmaktadır. Kara'nın (2019) çalışmasında hastalık belirtisi, sonuçlar, kişisel kontrol, süre (döngüsel), duygusal temsiller ve psikolojik atıflar alt boyutları ile KOAH tanısı alma süreleri arasında anlamlı fark belirlenmiştir (138). İşcan Ayyıldız'ın (2016) çalışmasında ise tanı süresi ile

duygusal temsiller ve sonuçlar alt boyutları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür (34). Ekenler'in (2017) çalışmasında kimlik, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller alt boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur (121). Bu çalışma bulgularının literatür ile benzerlik göstermemesinin nedeninin katılımcıların kişisel özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı evresine göre hastalık belirtileri boyutu ve hastalık hakkında görüşler boyutunun süre(akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt boyutları için anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). KOAH 3. ve 4. evrede olan katılımcılar hastalık ilerledikçe daha fazla hastalık semptomu yaşamakta ve hastalığın çok daha uzun yani kronik olduğunu düşünmektedir. 3. ve 4. evre KOAH hastaları hastalık sonuçlarının yaşamlarını ciddi şekilde etkilediklerini ve hastalığın duygusal belirtilerini daha yoğun algıladıklarını düşünmektedirler. Ayrıca bu hastaların kişisel kontrol inançlarının daha düşük olduğu ve tedavilerinin işe yaramadığını düşündükleri belirlenmiştir. Ekenler'in (2017) çalışmasında hastaların KOAH evrelerine göre kimlik, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol ve tedavi kontrol alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı fark görülmüş olup çalışma sonucu benzerlik göstermektedir (121).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile ilgili eğitim alma durumuna göre hastalık belirtileri boyutu, hastalık hakkında görüşler boyutu ve hastalık nedenleri boyutunun hiçbir alt boyutu anlamlı fark göstermemiştir ($p>0.05$). Kara (2019) ve Bağçıvan ve arkadaşlarının (2018) çalışmalarında benzer şekilde hastalık hakkında bilgi alma durumu ile HAÖ alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (78, 138). Bu sonuçların aksine Ekenler'in (2017) çalışmasında sonuçlar, süre (döngüsel), psikolojik atıflar, risk etkenleri, bağıışıklık ve kaza veya şans alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (121). Bireyin hastalığı hakkındaki bilgisi hastalığa verilen tepkiyi etkileyen önemli bir faktördür. Bireyin hastalığıyla ilgili bilgi düzeyi arttığında bireyin hastalık algısının pozitif yönde artması beklenmektedir. Bu çalışmadan elde edilen sonuç hastaların KOAH ile ilgili bilgi düzeylerinin yetersizliği ile ilişkilendirilebilir. Hemşireler hasta ve aileleri ile sürekli etkileşim halinde bulunduğundan hastalık yönetiminde etkin bir role sahiptir. Bu konuda

hemşirelere büyük görev düşmekte olup hasta ve ailelere verecekleri eğitim ile bilgi eksikliğini önemli ölçüde azaltılabileceği düşünülmektedir.

Düzenli sağlık kontrolüne gitme değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu, hastalık hakkında görüşler boyutu ve hastalık nedenleri boyutunun hiçbir alt boyutu anlamlı fark göstermemiştir ($p>0.05$). Ekenleri'in (2017) çalışmasında hastalıkların düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumuna göre kimlik, süre (döngüsel), psikolojik atıflar, risk etkenleri, bağışıklık ve kaza veya şans alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı fark görülmüş olup, sağlık kontrollerini düzenli yaptırmayan hastaların hastalık semptomlarını çok daha fazla yaşadığı görülmüştür (121). Çalışma bulgularındaki bu farklılığın nedeninin, katılımcıların büyük bir bölümünün düzenli sağlık kontrolü yaptırmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Hemşirelerin, hasta bireye taburluk eğitiminde düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırmasının önemi anlatması ve bireyin düzenli olarak kontrollerini yaptırması sağlanabilir.

Evde oksijen tedavisi alma durumuna göre hastalık belirtileri ve hastalık hakkında görüşler sonuçlar, tedavi kontrolü ve süre (döngüsel) alt boyutları için anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Evde oksijen tedavisi alan KOAH'lı bireylerin hastalık belirtilerini çok daha fazla yaşadığı, hastalık sonuçlarının yaşamlarını daha fazla etkilediği, hastalığında tedavi kontrolünün işe yaramadığı inancına sahip olduğu bulgusu elde edilmiştir. Literatür incelendiğinde oksijen tedavisinin günlük aktiviteleri kısıtladığı hastanın tedaviye uyum sağlama oranını düşürdüğü görülmüştür (138, 153). Yine benzer şekilde Kara'nın (2019) çalışmasında hastaların evde oksijen tedavisi alma durumlarına göre hastalık belirtisi, sonuçlar, kişisel kontrol ve duygusal temsiller alt boyutlarında anlamlı fark görülmüş olup evde oksijen tedavisi alan hastaların hastalıkla ilgili belirtileri daha sık yaşadığı, hastalık sonuçlarının yaşamlarını daha fazla etkileyip duygusal belirtileri daha yoğun yaşadıkları görülmüştür (138). Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı nedeniyle hastaneye yatma değişkenine göre hastalık belirtileri boyutu ve hastalık hakkında görüşler boyutunun sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve hastalığı anlayabilme alt boyutları için anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Son bir yıl boyunca KOAH nedeniyle hastaneye bir veya iki kez yatan hastaların hastalık belirtilerini daha fazla yaşadığı ve hastalık sonuçlarının yaşamlarını daha fazla etkilediği, hastanın kişisel kontrolü sağlamada

zorlandığı, hastalığında tedavi kontrolünün işe yaramadığı inancına sahip olduğu ve hastalığını anlayamadığı sonucuna ulaşılmıştır. KOAH atak sebebiyle hastaneye yatışların artması hasta bireylerde yalnızlık, depresyon, psikiyatrik sendrom görülebilmektedir (154). Literatür incelendiğinde Kara'nın (2019) çalışmasında KOAH nedeniyle hastaneye yatma değişkenine göre hastalık belirtileri, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol ve duygusal temsiller alt boyutları ortanca puanları arasında anlamlı fark görülmüştür (138). Çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir.

İlaçları düzenli kullanma durumuna göre hastalık belirtileri boyutu, hastalık hakkında görüşler boyutu ve hastalık nedenleri boyutunun hiçbir alt boyutu anlamlı fark göstermemiştir ($p>0.05$). Literatürde bu çalışma ile benzer ve benzer olmayan çalışmalar bulunmaktadır. Kara'nın (2019) çalışmasında hastaların ilaçları düzenli kullanma durumu ile HAÖ alt boyutları arasında anlamlı fark görülmemiştir (138). Ekenler'in (2017) çalışmasında hastalıkların düzenli ilaçlarını kullanma durumuna göre HAÖ alt boyutları arasında sadece kimlik alt ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark görülmüştür (121). Ashur ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında düzenli ilaç kullanımı HAÖ alt boyutları arasında hastalık belirtileri ve tedavi kontrolü alt boyutları arasında anlamlı fark görülmüştür (155). Bu çalışmadaki katılımcılardan sadece beş kişinin ilaçlarını düzenli kullanmadığı yanıtının vermiş olmasından dolayı anlamlı fark çıkmadığı düşünülmektedir. KOAH tedavi edilemeyen bir hastalık olsa da düzenli ilaç kullanımı hastalık semptomlarının kontrolünü sağlayıp hastalığın ilerleme sürecini yavaşlatabilmektedir. Hemşireler, hastalara vereceği eğitimler ile düzenli ilaç kullanımı teşvik edilmelidir.

Ölüm, evrensel bir olay olup hayatın son aşamasıdır. Bireyler tarafından ölüm kavramının algılanması farklılık göstermektedir. Bunun nedeni kişilerin mensup olduğu din, kültür, inanç ve toplumsal değerler, gelenek ve göreneklerin rolü olduğu düşünülmektedir (90). Literatür incelendiğinde ölüm kaygısının yaşa, cinsiyete, kişide var olan fizyolojik ve psikolojik rahatsızlıklara, kişinin özelliklerine, geçmiş yaşantısındaki ölümle ilgili deneyimlerine, medeni durum ve sosyokültürel özellikler gibi etkenlere göre değişebildiği belirlenmiştir (97, 98). KOAH'lı bireylerde ölüm kaygısı, kişinin yaşadığı dispneye bağlı olarak oluşan hipoksi, hiperkapni, ve hiperventilasyon gibi solunumsal yetersizlikler nedeni ile olduğu görülmektedir. Bu kaygı hastada hiperventilasyona yol açmakta ve kişi

dispneye bağı çok daha fazla endişe ve korkuya kapılmaktadır. Bunun sonucunda KOAH'lı bireylerde kaygı ve panik bozuklukları, depresyon ve kişilik değişimi görülebilmekte ve kişinin ölüm kaygısı artmaktadır. (108). Nefes darlığı yaşayan hastalarda kaygı duygusu oluşmakta ve ölüm kaygısına neden olmaktadır (109). Ölüm kaygısının bir diğer nedeni, bireyin öldükten sonra ne olacağına ilişkin belirsizlik, ölüm anında acı çekme, bedensel dağılma, mezarda çürüme, bozulma veya yok olma gibi korkular ölüm kaygısının temelinde yatmaktadır (156).

Katılımcıların ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması 7.63 ± 3.79 olup katılımcıların orta düzeyde ölüm kaygısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Güçlü'nün (2018) KOAH'lı bireylerle yaptığı çalışmasında katılımcıların ölüm kaygısı ölçeği puanı 7.75 ± 3.03 bulunmuş olup ölüm kaygılarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (157).

Ölüm kaygısı ölçeğinin tanıtıcı özelliklere göre; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yerleşim yeri, gelir düzeyi, birlikte yaşadığı kişiler, KOAH'a ek hastalık, sigara kullanımı, düzenli egzersiz yapma, sigara dumanı maruziyet, günlük işlerde yardımcı gereksinimi ve fiziksel ihtiyaçları karşılama değişkenleri için anlamlı fark bulunmazken ($p > 0.05$) sadece sağlığı algılama değişkeni için anlamlı fark bulunmuştur. Sağlığını "kötü" olarak algılayan katılımcıların ölüm kaygısı puan ortalamaları sağlığını "iyi" olarak algılayan katılımcılardan anlamlı olarak yüksektir ($p < 0.05$). KOAH'ın ilerleyici olmasıyla beraber artan ve ağırlaşan hastalık semptomlarının bireylerin kendi işlerinde başkalarına bağımlı hale getirmesi, hastaların oksijen tedavisi alması gibi nedenlerle KOAH'lı birey sağlığını kötü algılayabilir ve ölüm kaygısı hissedebilir. Hastanın sağlık durumunu iyi olarak algılaması, kişiyi psikolojik ve manevi olarak rahatlatır, stresini azaltır, hastalığına ilişkin pozitif düşüncesi gelişir ve ölüme ilişkin daha az kaygı yaşamasına neden olur. Baş'ın (2022) çalışmasında mevcut sağlık algısını iyi olarak değerlendiren hastaların ölüm kaygısının sağlığını orta ve kötü olarak değerlendiren hastaların ortalamalarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur (167).

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde kronik hastalığa sahip bireylerin ölüm kaygısının daha yüksek olduğu bulunmuştur (157, 158). KOAH'a sahip bireyler en sık yaşanan semptomlardan biri olan dispneye bağı daha fazla kaygı, endişe, anksiyete, depresyon, korku, umutsuzluk ve terk edilme gibi duygular yaşarlar. KOAH'lı bireylerin stres ve endişe yaşamaları hastalıklarının

klirik seyrini ve tedaviye uyumlarını etkiler ve prognozlarının kötüleşmesine neden olabilir (90, 108, 109).

Ölüm kaygısı ölçeğinin hastalığa ilişkin bilgilerden KOAH tanı süresi, KOAH evresi, KOAH ile ilgili eğitim alma, düzenli sağlık kontrolü, evde oksijen tedavisi alıp almama ve ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmama değişkenleri için anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Ölüm kaygısı ölçeği puanları sadece KOAH nedeniyle hastaneye yatma değişkeni için anlamlı fark göstermekte olup KOAH nedeniyle hastaneye yattığını ifade eden katılımcıların ölüm kaygısı ölçeği puanları anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.05$). Bireyin hastanede yatıyor olması, bulundukları ortam, belirsizlikler, hastalığın seyri, bağımlılık durumu gibi nedenlerden dolayı ruhsal olarak birey iyi hissetmeyebilir ve tüm bunlar hastanın ölüm kaygısı yaşamasına neden olabilir. Hastaların ölüm kaygısı yaşamaları günlük yaşam aktivitelerini etkileyerek yaşam kalitelerini olumsuz etkilemekte veya düşürmektedir. Bu nedenle bu hastalarda ölüm kaygısına neden olabilecek faktörlerin öncelikli olarak belirlenmesi ve erken tedaviye başlanması oluşabilecek psikososyal sorunların önlenmesinde oldukça önemlidir. Hemşireler hastanın kendini güçlü hissetmesine, hastalıkla baş etme stratejileri geliştirmesine ve bu stratejileri uygulamasına destek olarak yaşam kalitesini artırmaya yardım etmelidir (159).

Çalışmada bireylerin hastalık algısı ölçeği ve ölüm kaygısı ölçeği puanları arasında; hastaların ölüm kaygısı ile süre (akut/kronik) arasında anlamlı pozitif ve zayıf bir korelasyon belirlenmiştir ($r:0.230$, $p:0.023$). KOAH'lı bireylerin, hastalığın kronik olduğunu düşündükçe ölüm kaygılarının arttığı saptanmıştır. Bu bulguya benzer şekilde Nal'ın (2015) yaptığı çalışmada hastalık süresinin uzadıkça ölüm kaygısını etkilediği ve bireylerde ölüm kaygısının arttığı görülmüştür (160). İnce'nin (2011) KOAH'lı bireylerin ölüm kaygısını belirlemeye yönelik yaptığı çalışmasında ise hastalık süresinin ölüm kaygısını etkilemediğini bildirilmiştir (98). Çalışma sonucuna göre KOAH'lı bireyin hastalığın başlangıcından beri en fazla soluk almada güçlük (%96.9) ve hırıltılı soluma (%92.8) gibi uzun süre hastalık semptomları ile yaşamının bireylerde tükenmişliğe yol açarak ölüm kaygısını arttırdığı düşünülmektedir.

Ölüm kaygısı ile kişisel kontrol ($r:-0.225$, $p:0.027$) ve tedavi kontrolü ($r:-0.314$, $p:0.002$) arasında anlamlı negatif ve çok zayıf korelasyon belirlenmiştir. Bireylerin, hastalıklarını kontrol edebileceklerine ilişkin algıları arttıkça ve kişinin

hastalığını tedavi ile kontrol edilebileceğine ilişkin pozitif algıları arttıkça ölüm kaygılarının azaldığı saptanmıştır. Bireyin, KOAH'a bağlı yaşadığı hastalık semptomlarını azaltmada tedavi işe yaradıkça kişinin duyduğu ölüm kaygısı da azaltmaktadır. Ölüm kaygısı ile duygusal temsiller arasında anlamlı pozitif ve zayıf korelasyon tespit edilmiştir ($r:0.256$, $p:0.011$). Bireyin hastalıkları ile ilgili endişeleri arttıkça ölüm kaygılarının arttığı belirlenmiştir (108,109). Araştırmalar, KOAH'a sahip olan kişilerin genellikle yüksek düzeyde ölüm kaygısı yaşadıklarını göstermekte ve hastalıklarını bir tehdit olarak algılayan hastaların anksiyete ve depresyon yaşama olasılıklarının daha yüksek olabileceğini, daha düşük bir yaşam kalitesine sahip olduklarını ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneklerinin daha düşük olduğunu göstermiştir. Hastalıklarını önemsiz bir rahatsızlık olarak algılayan hastaların ise tedavi önerilerine uyma olasılığının daha düşük ve alevlenme riskinin daha yüksek olabileceği belirlenmiştir. Sağlık profesyoneli hemşireler ile KOAH'lı bireyler arasındaki etkili iletişim, kişinin hastalığı hakkındaki algısını anlamak açısından oldukça önemlidir. Araştırmalar, bilişsel-davranışçı terapi gibi müdahalelerin KOAH'lı bireylerde ölüm kaygısı ve negatif düşünce algılarını azaltmada etkili bulunmuştur (83, 137, 170,171,172).

Sonuç olarak ölüm kaygısı KOAH'lı bireylerde yaygın bir sorundur ve bireyin hastalık algısı, kişinin fiziksel ve zihinsel iyilik halleri ve hastalığı yönetme becerileri üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Ölüm kaygısının KOAH gibi kronik bir hastalığa verilen normal ve anlaşılır bir tepki olduğu bilinmektedir (137, 170). Bu bağlamda hemşirelerin hastalıkla birlikte gelişen semptomlara ve belirsizliğe bağlı ölüm kaygısının ortaya çıkarılması ve yönetilmesinde, hastalık algısının olumlu hale getirilmesinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

- Katılımcıların %70,1'i erkek olup yaş ortalaması 70.11 ± 11.13 yıldır.
- %78,4'ü evli iken %83,5'i en az ilkokul mezunu olup %50,5'i aktif çalışmaktadır.
- %43,3'ü il merkezinde yaşadığını; %62,9'u gelirinin giderinden az olduğunu ve %12,4'ü yalnız yaşadığını ifade etmektedir.
- Katılımcıların %27,4'ü sağlığını "iyi" olarak, %45'i "orta" olarak ve %26,8'i "kötü" olarak algılamaktadır.
- %56,7'sinin KOAH'a ek olarak hastalıkları mevcut olup %12,4'ü aktif sigara kullanmakta, %19,6'sı düzenli egzersiz yapmakta ve %17,5'i sigara dumanına maruz kaldığını belirtmektedir.
- Katılımcıların %63,9'unun günlük işlerde yardıma gereksinimi varken %86,6'sının yardıma ihtiyacı vardır ve %67,9'u eşinden yardım aldığını ifade etmektedir. %10,3'ü fiziksel ihtiyaçlarını hiç karşılayamadığını, %36,1'i kısmen karşılayabildiğini ve %53,6'sı bağımsız olarak karşılayabildiğini ifade etmiştir.
- Katılımcıların KOAH tanı süresi 9.52 ± 7.24 yıl olup %81,4'ü KOAH 3.-4. evredir. %96,9'u KOAH ile ilgili eğitim almadığını ifade ederken, %63,9'unun düzenli sağlık kontrolüne gittiği, %59,8'inin evde oksijen tedavisi aldığı ve tedavi süresinin günlük 5.52 ± 6.37 saat olduğu belirlenmiştir.
- %60,8'inde KOAH nedeniyle hastaneye yatış bulgusu varken %94,8'i ilaçlarını düzenli kullandığını ifade etmektedir.
- Hastalık hakkında görüşler alt boyutunda ise 4.32 ± 0.52 puanı ile en yüksek ortalama "süre (döngüsel)" alt boyutuna aittir.
- Hastalık nedenleri alt boyutu incelendiğinde ise "risk faktörleri" alt boyutu 2.68 ± 0.61 ortalama ile en yüksek ortalamaya sahiptir.
- Katılımcıların hastalıklarına neden olan en önemli ilk üç sebebi sıraladıklarında en yüksek oran %53,6 ile "sigara içme" olarak tespit edilmiş ve devamında sırasıyla %22,7 ile "çevre kirliliği" ve %19,6 ile "stres ya da endişe" olarak belirlenmiştir.

- Araştırmaya göre KOAH hastalarının; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, yerleşim yeri, gelir düzeyi, sağlığı algılama durumu, KOAH'a ek hastalık, sigara kullanımı, düzenli egzersiz yapma, günlük işlerde yardıma gereksinim durumu, fiziksel ihtiyaçlarını karşılama, KOAH tanı süresi, KOAH evresi, evde oksijen tedavisi alma ve KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye yatma durumunun hastalık algısını etkileyebildiği belirlenmiştir.
- Katılımcıların en fazla sırasıyla soluk almada güçlük, hırıltılı soluma, yorgunluk, güç kaybı ve uyku güçlüğü semptomlarını yaşadıkları belirlenmiştir.
- Sağlığını “iyi” olarak algılayanların hastalığı anlayabilme puanları “kötü” olarak algılayanlardan daha yüksek belirlenmiş olup iyi hastalık algısına sahip bireylerin hastalıklarını anlayabilip tedavi kontrolünü daha iyi sağladığı belirlenmiştir.
- Katılımcıların ölüm kaygısı ölçeği genel puan ortalaması 7.63 ± 3.79 belirlenmiştir.
- %26,8’inde hafif düzeyde ölüm kaygısı, %40,2’sinde orta düzeyde ve %33,0’inde şiddetli düzeyde ölüm kaygısı belirlenmiş olup hiçbir katılımcıda panik düzeyde ölüm kaygısı bulgusu belirlenmemiştir.
- Ölüm kaygısı ölçeğinin tanıtıcı özelliklere göre analizinde; sadece sağlığı algılama değişkeni için anlamlı fark göstermektedir. Sağlığını “kötü” olarak algılayan katılımcıların ölüm kaygısı ölçeği puanları sağlığını “iyi” olarak algılayan katılımcılardan anlamlı olarak yüksektir ($p < 0.05$).
- Ölüm kaygısı ölçeğinin hastalığa ilişkin bilgilere göre analizinde sadece ölüm kaygısı ölçeği puanları KOAH nedeniyle son bir yılda hastaneye yatma durumu için anlamlı bir farklılık göstermekte olup hastaneye yattığını ifade eden katılımcıların ölüm kaygısı ölçeği puanları anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0.05$).
- Çalışmada bireylerin hastalık algısı ölçeği ve ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanların analizinde; hastaların ölüm kaygısı ile süre (akut/kronik) arasında anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. KOAH’lı bireylerin, hastalığın kronik olduğunu düşündükçe ölüm kaygılarının arttığı belirlenmiştir.

- Ölüm kaygısı ile kişisel kontrol ve tedavi kontrolü arasında anlamlı negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Bireylerin, hastalıklarını kontrol edebileceklerine ilişkin algıları arttıkça ve kişinin hastalığını tedavi ile kontrol edilebileceğine ilişkin pozitif algıları arttıkça ölüm kaygılarının azaldığı belirlenmiştir.
- Ölüm kaygısı ile duygusal temsiller arasında anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Bireyin hastalıkları ile ilgili endişeleri arttıkça ölüm kaygılarının arttığı belirlenmiştir.

6.2 Öneriler

- Sağlık profesyoneli olarak hemşirelerin, bakım verilen hasta ve ailelerine KOAH'ın kronik bir hastalık olduğu, hastalık algısının ölüm kaygısına olan etkilerinin açıklanması,
- Bireyin başarı duygusu hissetmesi, benlik saygısını arttırmasına katkı sağlayacak ve hastalıkları hakkında olumlu algıya teşvik edecek gerçekçi hedefler belirlenmesi,
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastaşlığını yönetmede aktif rol almaya teşvik edilmesi,
- Hemşireler, KOAH'lı bireyin hastalıkları üzerinde daha fazla kontrol sahibi hissetmelerine ve hastalık hakkında daha olumlu bir algıya sahip olmalarına yönelik hastalık semptomlarını izlemelerine ve alevlenmeleri yönetmelerine yardımcı olacak uygulamaların (yürüyüş, meditasyon, yoga vb. egzersizler, müzik dinleme) anlatılması,
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı alan bireylerin hastalık algısını pozitif yönde geliştirmek amacıyla, hasta ve ailelerine hastalık algısını ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik eğitimlerin hazırlanması,
- Hastalık algısını pozitif yönde desteklemeye yönelik düşünce ve davranışların kazandırılması konusunda hemşirelere hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
- Hemşirelerin bireyi anksiyete, depresyon ve diğer psikolojik sorunlar açısından değerlendirmesi ve gerektiğinde bireyi ruh sağlığı uzmanına yönlendirmesi,
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığına sahip bireylerin kendisini yalnız hissetmemesine ve hastalıkları hakkında daha olumlu hissetmelerine

yardımcı olabilecek anlayış duygusunu sağlamak amacıyla benzer sağlık sorunu ve deneyimlerini yaşayan diğer KOAH'lı bireylerle etkileşim kurmasının teşvik edilmesi,

- Hemşirelerin, bireylerin hastalıkları ve ölümün kaçınılmazlığını daha iyi anlamalarına ve bunlarla uzlaşmalarına yardımcı olmak amacıyla yaşam sonu sorunları ve endişeleri hakkında açık ve dürüst iletişime teşvik edilmesi,
- Hemşirelerin bireylerin inançlarıyla uyumlu kaynaklarla bağlantı kurmasına ve manevi rahatlık sağlaması konusunda destek olması,
- Bireyin şimdiki ana odaklanması, huzur bulması, yaşamında anlam ve amaç bulup genel refahı iyileştirmesi açısından hemşirelerin bireyi, meditasyon, yoga gibi gevşeme teknikleri, müzik ve sanat terapisi gibi stres ve kaygıyı azaltmaya yönelik farkındalık uygulamaları konusunda desteklemesi ve yönlendirmesi,
- Aynı çalışmanın daha geniş ve farklı örneklemelerde tekrarlanması,
- Hastalık algısını pozitif hale getirmek, ölüm kaygısını azaltmak için farklı müdahalelerin etkisinin incelendiği randomize kontrollü deneysel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Bu tez çalışmasında Vancouver atıf sistemi kullanılmıştır.

1. Disease. GI for COL. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2020. URL: <http://goldcopd.org>. Kasım 24, 2020.
2. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>. 03 Nisan 2021.
3. National Heart, Lung, and Blood Institute. What is copd? URL: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/copd>. 03 Nisan 2021.
4. Türk Toraks Derneği. Türk Toraks Derneği'nin GOLD Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Raporuna Bakışı, İstanbul, 2017.
5. American Thoracic Society. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Research questions in chronic obstructive pulmonary disease. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2015, 191 (7): 4-27.
6. Tatlıcıoğlu T. Tanım ve Ayırıcı Tanı. İçinde: Umut S, Erdiç E (editör). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı. İstanbul, Turgut Yayıncılık, 2000: 1-7.
7. World Health Organization. Chronic respiratory diseases. URL: <http://www.who.int/respiratory/en/>. 26 Nisan 2021.
8. World Health Organization. Projections of mortality and burden of disease, 2002- 2030. URL: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections2002/en/. 10 Mart 2021.
9. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018. URL: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>. 10 Mart 2021.
10. Mahboub BH, Vats MG, Al Zaabi A, Ikbali MN, Safwat T, Al-Aci F, Miravittles M, Singh D, Asad K, Zeineldine S, El Hacjaj MS. Joint statement for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease for Gulf Cooperation Council countries and Middle East-North Africa region, 2017. International Journal of COPD, 2017, 12: 2869-2890.
11. Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. 28 Nisan 2021. URL: <http://goldcopd.org/>.
12. Özpuat F, Yıldırım A. Kronik solunum sistemi hastalığı olan hastaların hastalıkları ile baş etme yöntemleri ve sağlık eğitimi gereksinimleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2014; 23, 4, 122-9.
13. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. Psychology and health. 1996;11,(3): 431- 445.
14. Kömürçüoğlu B., Balıoğlu M., Öztuna I., Büyüksirin M., Işık E., Perim K. KOAH'lı erkek olgularda depresyon. Türk Toraks Dergisi. 2000;1(3):31-34.
15. Çevirme L. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan olgularda solunum fonksiyonlarının, yaşam kalitesinin, anksiyetenin ve depresyonun alevlenme sayısına etkisi. Trakya Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2008.
16. Karabulutlu EY, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011;14(4): 25-30.

17. Ünsal A, Yetkin A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,2005;8(1):42-53.
18. Atacanlı M. F.,Dilbaz N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve depresyon. Klinik Psikiyatri,2001;4:147-153. URL: [http://www.klinikpsikiyatri.org /node/105](http://www.klinikpsikiyatri.org/node/105). 29 Nisan 2021.
19. Tepetam F.M. Stabil Kronik obstrüktif akciğer hastalığında dispneyi değerlendiren yöntemlerin ve bode indeksinin fonksiyonel parametrelerle karşılaştırılması. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul,2007.
20. Tel H., Akdemir N. KOAH'lı hastalara uygulanan planlı hasta öğretiminin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla baş etme durumlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998;2(2):44-52. URL: <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/564.pdf>. 29 Nisan 2021.
21. Türk D. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların sık hastaneye yatışlarının ruhsal durumlarına ve yaşam kalitesine etkilerinin değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.
22. Korkmaz T. Konya Numune Hastanesi göğüs hastalıkları servisinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısıyla yatan hastaların anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya,2008.
23. Çil A.,Olgun N. KOAH'ın pulmoner rehabilitasyon ile yönetimi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,2005;21(1):103-113.URL: <http://hemsirelik.ege.edu.tr/files/cilt21sayi1-2005.pdf>. 29 Nisan 2021.
24. Köknel Ö. Kaygıdan mutluluğa kişilik. 8. Baskı, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, 1985.
25. Karaca F. Ölüm psikolojisi, İstanbul: Beyan Yayınları, 2000.
26. Alkan AT. Bir düğün gecesi denemesi. Düşünen Siyaset, Ankara: Esin Sanat Felsefe Yayıncılık, 1999; 25-32.
27. Tanhan F. Ölüm kaygısıyla baş etme eğitiminin ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olma düzeyine etkisi. Doktora tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2007.
28. Caramori G, Casolari P, Barczyk A, Durham AL, Di Stefano A, Adcock I. July. COPD immunopathology. In Seminars in immunopathology 2016, 38(4): 497- 515.
29. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2021 Report. <http://goldcopd.org> (Erişim tarihi: 20 Nisan 2021).
30. Agusti, A., Faner R. Chronic obstructive pulmonary disease pathogenesis. Clin Chest Med 2020;41:307-24.
31. Raherison C, Girodet P, 2009. Epidemiology of COPD. European Respiratory Review, 18, 114, 213- 21.
32. Yasin A, Özlü, T. Türkiye’de KOAH epidemiyolojisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2013, 1: 7-12.
33. Adeloye D, Chua S, Lee C, Basquill C, Papana A, Theodoratou E, Chan KY. Global and regional estimates of COPD prevalence: Systematic review and meta– analysis. Journal of Global Health 2015;5(2):1-17.

34. World Health Organization. World Health Organization (WHO) Website. 2020 [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructivepulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructivepulmonary-disease-(copd)) pdf 02.06.2020.
35. Kocabas A, Hancioglu A, Turkyilmaz S, Unalan, T, Umut S, Cakir B, Buist S. Prevalence of COPD in Adana, Turkey (BOLD-Turkey Study). Proceedings of the American Thoracic Society 2013; 30: 387-93.
36. Agusti A, Faner R. COPD beyond smoking: new paradigm, novel opportunities. Lancet Respir Med 2018;6:324-6.
37. GBD 2019 Diseases and Injuries Colloborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2020;396:1204-22.
38. Global Health Metrics. Chronic obstructive pulmonary disease-Level 3 cause. <https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/gbd/summaries/diseases/copd.pdf>
39. TÜİK(2019). Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018. [http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626\(ErişimTarihi:05.05.2021\)](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626(ErişimTarihi:05.05.2021)).
40. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, Badamgarav E, Buist AS, Mannino DM. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. European Respiratory Journal.2006;28(3): 523-32.
41. Singh D, Agusti A, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, Celli BR, Vogelmeier, C. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease: the GOLD science committee report. European Respiratory Journal 2019, 53(5);1-12.
42. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2021 Report. <http://goldcopd.org> (Erişim tarihi: 20 Nisan 2022).
43. Hogg JC, Timens W. The pathology of chronic obstructive pulmonary disease. Annu Rev Pathol 2009;4:435-59.
44. Kocabaş A.Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiolojisi ve risk faktörleri. Umut S.Erdinç E (editörler).Tanıdan tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.Toraks Kitapları Türk Toraks Derneği Yayınları 2008:10-22.
45. Gülbay BE, ACICAN T. Patogenez ve inflamasyon. In Saryal S, Acıcan T. ed.Güncel bilgiler ışığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; 2003:21-33.
46. Barnes PJ. Inflammatory mechanisms in patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Allergy Clin Immunol 2016;138:16-27.
47. Sze MA, Dimitriu PA, Suzuki M, et al. Host response to the lung microbiome in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2015;192:438-45.
48. Lee SH, Goswami S, Grudo A, et al. Antielastin autoimmunity in tobacco smoking-induced emphysema. Nat Med 2007;13:567-9.
49. Hogg JC, Chu F, Utokaparch S, et al. The nature of small-airway obstruction in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2004;350:2645-53.
50. McDonough JE, Yuan R, Suzuki M, et al. Small-airway obstruction and emphysema in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2011;365:1567-75.
51. Blanco I , Diego I , Bueno P, et al. Prevalence of α 1-antitrypsin PiZZ genotypes in patients with COPD in Europe: a systematic review. Eur Respir Rev 2020;29:200014.

52. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2019, URL: <http://goldcopd.org>.
53. Akgün, D. Isparta il merkezinde KOAH ön tanı prevalansı ve ilişkili faktörler. *Türk Toraks Dergisi*, 2013;14, 43-7.
54. Miravitlles M, Worth H, Soler-Cataluña JJ, Price D, De Benedetto F, Roche N, Ribera A. The relationship between 24-hour symptoms and COPD exacerbations and healthcare resource use: results from an observational study (ASSESS). *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 2016, 13(5): 561-68.
55. Köktürk, N., Gürgün, A., Şen, E., Kocabaş, A., Polatlı, M., Naycı, S. A., Çöplü, L., Elmas, F., Tellioglu, E., Erdinç E. Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Raporuna Bakışı. İstanbul [Internet]. 2017;2.
56. Disease. GI for COL. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. [Online]. 2017. URL: <http://goldcopd.org>.
57. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2095–128.
58. Tödt K, Skargren E, Kentson M, Theander K, Jakobsson P, Unosson M. Experience of fatigue, and its relationship to physical capacity and disease severity in men and women with COPD. *Int J COPD*. 2013;9:17–25.
59. Upton J, Madoc-Sutton H, Loveridge C, Sheikh A, Walker S, Fletcher M. Assessment of psychosocial problems in primary care COPD patients. *Br J Nurs* [Online]. 2010;19(9):554–7.
60. Kılıç Z, Özçelik H. İleri evre kronik obstrüktif akciğer hastalığında sık görülen semptomların yönetimi. *Göğüs Hastalıkları ve Yoğun Bakım Dergisi*. 2014;1(2):85–91.
61. Mannino DM, Higuchi K, Yu TC, Zhou H, Li Y, Tian H, et al. Economic burden of COPD in the presence of comorbidities. *Chest* [Online]. 2015;148(1):138–50. URL: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.14-2434>
62. Viegi G, Pistelli F, Sherrill DL, Maio S, Baldacci S, Carrozzi L. Definition, epidemiology and natural history of COPD. *European Respiratory Journal*, 2007;30: 993-1013.
63. Celli BR, MacNee W, Agusti A, Anzueto A, Berg B, Buist AS et al. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS positionpaper. *European Respiratory Journal*, 2004;23(6):932- 46.
64. Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management. 2010. nice.org.uk/guidance/cg101. (e.t: 3.06.2022).
65. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. URL: <http://goldcopd.org>.
66. Elkington H, White P, Addington-Hall J, Higgs R, Edmonds P. The healthcare needs of Chronic obstructive pulmonary disease patients in the last year of life. *Palliat Med* [Online]. 2005;19(6):485–91.
67. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2021 Report. URL: <http://goldcopd.org>. (Erişim tarihi: 20 Nisan 2021).
68. Türk Toraks Derneğinin GOLD 2021 KOAH Raporuna Bakışı.
69. Özer, S. “Olgu Senaryolarıyla” İç Hastalıkları Hemşireliği. İçinde S. Özer (Ed.), “Olgu Senaryolarıyla” İç Hastalıkları Hemşireliği. 2019;198–2.

70. Kozier B, Erb G, Blais K. Fundamentals of Nursing. 5th Ed, 1994; AddisonWesley New York.
71. Cherrington CC, Lawson TN, Clark KB. Illness representation of patients with systolic heart failure. Progress in cardiovascular nursing. 2006;21(4): 190-5.
72. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık algısı ölçeği'nin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. Klinik Psikiyatri. 2007;10: 192-200.
73. Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. Current Opinion in Psychiatry. 2007;20(2): 163-7.
74. Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. Clinical Medicine. 2006;6(6): 536-539.
75. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi.2007;8: 271-280.
76. Yılmaz Karabulutlu E, Karaman S. Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2015, 2(3): 271-284.
77. Borge CR, Moum T, Puline Lein M, Austegard EL, Wahl AK. Illness perception in people with chronic obstructive pulmonary disease. Scandinavian Journal of Psychology. 2014; 55(5): 456-63.
78. Bağcıvan G, Tanrıver E, Kılıç B. Kronik kalp damar hastalığı olan bireylerin hastalık algısının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018, 21(2): 89-96.
79. Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. Clinical Medicine. 2006;6(6): 536-539.
80. Yorulmaz H, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G. Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi. 2013;2: 367-387.
81. Boot CRL, Heijmans M. The role of illness perceptions in labor participation of the chronically ill. International Archives Occupational Environmental Health.2008;82: 13-20.
82. Giri P, Poole J, Nightingale P, Robertson A. Perceptions of illness and their impact on sickness absence. Occupational Medicine. 2009;59 (8): 550–555.
83. Averous P, Charbonnier E, Lagouanelle-Simeoni MC, Prosperi, Dany L. Illness perceptions and adherence in bipolar disorder: An exploratory study. Comprehensive Psychiatry. 2018; 80:109-115.
84. Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Türk Toraks Dergisi. 2009; 10(2): 63-8.
85. Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013;1(1): 57-72.
86. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri. 2008; 11: 3-18.
87. Kaptein AA, Scharloo M, Fischer MJ, Snoei L, Cameron LD, Sont JK, Rabe KF, Weinman J. Illness perceptions and COPD: an emerging field for COPD patient management. Journal of Asthma. 2008; 45(8):625-9.
88. White J, Dixon S. Nurse led Patient Education Programme for patients undergoing a lung resection for primary lung cancer. Journal of Thoracic Disease. 2015; 7(2), 131-7.
89. Karabulutlu EY, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.2011; 14(4): 25-30.

90. Karahisar F. Ölümcül hasta, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötenaziye ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
91. Çevik B. Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
92. Koç M. Ölüm korkusu üzerine kuramsal açıdan psikolojik bir değerlendirme. İlahiyat Fakültesi Dergisi, 2002; 6: 7-20.
93. Özışık Eyüboğlu S. Depresif yakınmaları olan hastaların depresyon ile ölüm kaygısı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.
94. İnci F, Öz F. Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2009; 10:253-260.
95. Öztürk Z., Karakuş G, Tamam L. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2011; 12:37-43.
96. Yıldız M. Dindarlık ve ölüm kaygısı.Tasavvufi yaklaşım ve günümüz üniversite öğrencileri. Journal of Religious Culture, 2001; 43: 1-7.
97. Morris C.G. Psikolojiyi Anlamak (Psikolojiye Giriş) (Çev. H. B. Ayvayışık, M. Sayıl) İstanbul: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 3. Baskı. ISBN: 9789756761212. İstanbul, 2002:s396.
98. İnce Z. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin ölüm kaygısının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İstanbul, 2011:8-42.
99. Ayten A. Üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı: Türk ve Ürdün üniversite öğrenciler üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi, 2009; 9(4), 86-108.
100. Tanhan, F. Ölüm eğitiminin üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olmaya etkisi. YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi (YYU Journal Of Education Faculty), 2013; 10(1), 184-200. URL: <http://efdergi.yyu.edu.tr>.
101. Taytard, A, Cousson, F. Symptoms and life of patients with chronic bronchitis. Preliminary results. Rev Pneumol Clin, 1996; 52: 379-85.
102. Wells KB. Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. Am J Psychiatry, 1988; 145:976-81.
103. Kastenbaum R. Death anxiety. Arizona State University, Tempe AZ, USA, 2007.
104. Ünsal A, Yetkin A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Erzurum, 2005; 8(1):42-53.
105. Üskül B, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Türker H. Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyinin sosyo- demografik faktörlerin ve hastalık tanılarının ilişkisi, Akciğer Arşivi, 2006; 7:11-15.
106. İnal İnce D, Savel S, Çöplü L, Arıkan H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. Türk Toraks Dergisi, 2005; 6(1):31-36.
107. Türk D. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların sık hastaneye yatışlarının ruhsal durumlarına ve yaşam kalitesine etkilerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2006.

108. Özdemir, Ü. ve Taşcı, S. Kronik hatalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2013; 1(1); 61.
109. Çevirme L. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan olgularda solunum fonksiyonlarının, yaşam kalitesinin, anksiyetenin ve depresyonun alevlenme sayısına etkisi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne, 2008.
110. Bal Özkaptan B, Kapucu S. KOAH'lı bireylerde öz-etkililiğin geliştirilmesinde evde bakımın önemi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2015; 4(2):74-80.
111. Kara M, Mirici A. KOAH öz-etkililik ölçeği Türkçe formu'nun geçerlilik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi, 2002; 34:61-66.
112. Türk Toraks Derneği. Türk Toraks Derneğinin GOLD 2017 KOAH Raporuna Bakışı. İstanbul: AvesYayıncılık, 2007. URL: <http://toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/1042017161917-tumu.pdf>.
113. Lehto RH, Stein KF. Death anxiety: an analysis of an evolving concept. Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal, 2009; 1(23):23-26 [Elektronik Dergi]. URL: <http://www.docstoc.com/docs/42967131>
114. Öz F. Hastalık yaşantısında belirsizlik. Türk Psikiyatri Dergisi, 2001; 12(1): 61-68,[Elektronik Dergi]. URL: <http://www.turkpsikiyatri.com>.
115. Özkan S. Ağır Kronik obstrüktif akciğer hastalığında palyatif ve yaşam sonu bakımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı:2010; 272-28. [Elektronik Dergi]. URL: <http://hemsireliknew.maltepe.edu.tr/dergiler/ozel>.
116. Uysal H. Akut solunum yetersizliği ve hemşirelik bakımı, Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 2010; 1(1): 13-18.
117. Çilingir BM, Günbatır H. Relationship between chronic obstructive pulmonary disease and levels of vitamin D. Dicle Tıp Dergisi, 2015; 42: 2.
118. Üstünova E, Nahcivan N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2015; 23(1): 11-22.
119. Schure MB, Borson S, Nguyen HQ, Tritschuh EH, Thielke SM, Pike KC, Adams SG, Fan VS. Associations of cognition with physical functioning and health-related quality of life among COPD patients. Respiratory Medicine, 2016; 114: 46-52.
120. Kılıçkaya C, Karakaş SA. The effect of illness perception on loneliness and coping with stress in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). International Journal of Caring Sciences, 2016; 9(2): 481-488.
121. Ekenler Ş. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2017;69
122. Scharloo M, Kaptein AA, Schlösser M, Pouwels H, Bel EH, Rabe KF, Wouters EF. Illness perceptions and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Asthma, 2007; 44(5):75-81.
123. Türk G, Üstün R. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerin bakım bağlılığının belirlenmesi. DEUH FED, 2018; 11(1): 19-25.
124. Chau QN, Thuy TB, Giap VV, Hanh TC, Phuong TP, Ha NP, et all. Direct hospitalization cost of patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in Vietnam. Int. J. Environ. Res. Public Health, 2019; 16(1): 88.
125. Demir Gökmen B, Fırat M. KOAH hastalarında hastalık algısı, ölüm kaygısı ve öz bakım gücü ilişkisinin incelenmesi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2022;8(1):57-66.

126. Başyigit İ, Boyacı H, Barış SA, Yıldız F, Ilgazlı A. Kadın ile erkek KOAH'lı olguların karşılaştırılması. *Solunum Hastalıkları Dergisi*, 2010; 21 (2): 41-5.
127. Sorheim IC, Johannessen A, Gulsvik A, Bakke PS, Silverman EK, DeMeo DL. Gender differences in COPD: are women more susceptible to smoking effects than men *Thorax*, 2010; 65:480-485.
128. Foreman MG, Zhang L, Murphy J, Hansel NN, Make B, Hokanson JE, et al. Early-onset chronic obstructive pulmonary disease is associated with female sex, maternal factors, and African American race in the COPD Gene Study. *Am J Respir Crit Care Med*, 2011; 184(4): 414-20.
129. Ntritsos G, Franek J, Belbasis L, Christou AM, Markozannes G, Altman P, et al. Gender-specific estimates of COPD prevalence: a systematic review and meta-analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2018; 13: 1507–1514.
130. Weldam SW, Lammers J-WJ, Heijmans MJ, Schuurmans MJ. Perceived quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients: a cross-sectional study in primary care on the role of illness perceptions. *BMC family practice*, 2014; 15(1): 140.
131. Vicdan KA. Kronik obstrüktif akciğer hastalarının uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *DEUHFED*, 2018; 11(1).
132. Karagülle Ç, Can Çiçek S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık algısının yaşam kalitesine etkisi. *TFSD*, 2020; 1(2): 36-49.
133. Görpüz Ş, Acil Servise Başvuran KOAH hastalarının hastalık ve dispne şiddeti ile covid 19 korkusu ve ölüm kaygısı arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Tokat Gazi Osmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Tokat, 2021:34.
134. Karadakovan A. Meslek ve çevre koşulları ile solunum sistemi hastalıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1999; 3(3): 9-14.
135. Günay S, Günay E, Sönmez ÖS. Koah tanılı hastalarda solunumsal maruziyetler ile hastalık arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2013; 16(3): 243-52.
136. Kinnula VL, Vasankari T, Kontula E, Sovijarvi A, Saynajakangas O, Pietinalho A. The 10-year COPD programme in Finland: Effects on quality of diagnosis, smoking, prevalence, hospital admissions and mortality. *Prim Care Respir J*, 2011; 20: 178-83.
137. Karpman M, Eldridge R, Follis JL, Etzel CJ, Shete S, El-Zein RA. Chronic obstructive pulmonary disease among lung cancer-free smokers: The importance of healthy controls. *Respiratory Investigation*, 2018; 56: 28–33.
138. Kara A. KOAH'lı hastalarda hastalık algısının yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir, 2019; (1):43-46.
139. Barnes PJ, Celli BR. Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *European Respiratory Journal*, 2009; 33: 1165-1185.
140. Bahçecioğlu G. Astım hastalarında hastalık algısının astım kontrolü üzerine etkisinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum, 2013.
141. Uslu Zengi A. Hematoloji hastalarının hastalık algısının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul, 2018.
142. Jia G, Lu M, Wu R, Chen Y, Yao W. Gender difference on the knowledge, attitude, and practice of COPD diagnosis and treatment: a national, multicenter, crosssectional survey in

- China. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2018;13: 3269–3280.
143. Hoth KF, Wamboldt FS, Bowler R, Make B, Holm KE. Attributions about cause of illness in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 2011; 70(5): 465-472.
 144. Hoving JL, van der Meer M, Volkova AY, Frings-Dresen MH. Illness perceptions and work participation: a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 2010; 83(6): 595–605.
 145. Akgüç N. Tip 2 diyabet hastalarında hastalık algısı ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul, 2013.
 146. Berber T. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda hastalık algısı ve kişilik özellikleri. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul, 2014.
 147. Negewo NA, Gibson PG, McDonald VM. COPD and its comorbidities: impact, measurement and mechanisms. *Respirology*, 2015; 20: 1160–1171.
 148. Schofield I, Kerr S, Tolson D. An exploration of the smoking-related health beliefs of older people with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 2007; 16(9): 1726-1735.
 149. Hansen EC, Walters J, Baker RW. explaining chronic obstructive pulmonary disease (COPD): perceptions of the role played by smoking. *Sociology of Health&Illness*, 2007; 29(5): 730 – 749.
 150. Türk Toraks Derneği. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu, İstanbul, 2014.
 151. Singanayagam A, Johnston SL. Smoke and viruses-a hindrance to relaxing the airways. *Clinical Science (Lond)*, 2016; 130 (10): 839-41.
 152. Pitta F, Troosters T, Probst VS, Spruit MA, Decramer M, Gosselink R. KOAH'ta anketler ve hareket sensörleri ile günlük yaşamdaki fiziksel aktiviteyi belirleme. *Eur Respir J*, 2006; 27: 1040–1055.
 153. Gauthier A, Bernard S, Bernard E, Simard S, Maltais F, Lacasse Y. Adherence to long-term oxygen therapy in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chronic Respiratory Disease*, 2019; 16: 10.1177/1479972318767724.
 154. Üskül TB, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Türker H. Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ve hastalık tanılarının ilişkisi. *Akciğer Arşivi*, 2006; 7: 11-15.
 155. Ashur ST, Shah SA, Bosseri S, Morisky DE, Shamsuddin K. Illness perceptions of Libyans with T2DM and their influence on medication adherence: a study in a diabetes center in Tripoli. *Libyan Journal of Medicine*, 2015; 10.
 156. Kaçan Softa H, Uçukoğlu H, Ulaş Karaahmetoğlu G, Esen D. Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2011; 4(1-2): 67-79.
 157. Güçlü H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin öz-etkililik ve ölüm kaygısı düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Yüksek Lisans Programı, Yozgat, 2018.

158. Baydoğan M, Dağ İ. Hemodiyaliz hastalarındaki depresiflik düzeyinin yordanmasında kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve sosyotropi-otonomi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008; 19(1), 19-28.
159. Çınar F, Eti Aslan F. Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *JAREN: Journal of Academic Research in Nursing*, 2017; 3(1): 37-42.
160. Nal B. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan yaşlılarda ölüm kaygısı ve anksiyete durumu arasındaki ilişki, Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun, 2015.
161. Kılıçkaya C. KOAH' lı hastalarda hastalık algısının yalnızlık ve stresle başetme üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013.
162. Doğan A. KOAH' lı hastalarda planlı hemşirelik eğitiminin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, 2018.
163. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick L. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 2002; 17:1–16.
164. İşcan Ayyıldız N. Hipertansiyon hastalarında hastalık algısının yaşam doyumuna etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2016.
165. Şenol C. Ankara ilinde kurumlarda yaşayan yaşlılarda ölüme ilişkin kaygı ve korkular. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1989.
166. Özen D. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının günlük yaşam işlevlerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2008.
167. Baş B. Koroner yoğun bakımda yatan hastaların manevi iyilik hali ve ölüm kaygısı düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Yozgat, 2022.
168. Templer DI. The construction and validation of death anxiety scale. *J General Psychology*, 1970; 82: 165-174.
169. Karagöz, Yalçın. SPSS 21.1 Uygulamalı biyoistatistik tıp, eczacılık, diş hekimliği ve sağlık bilimleri için, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2014.
170. Alqahtani MR, Alghnam MA. Disease perception, death anxiety and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2017;75:210-276.
171. Gibson PG, Beaumont EW, Smith KG, Paul GL. Cognitive-behavioral therapy for death anxiety in COPD: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2015;52(2):351-413.
172. Singh D, Kumar RM, Singh SK, The perception of illness in COPD: A Review. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2018;85:92-122.
173. Brusselle G, Bracke K. Targeting immune pathways for therapy in asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of the American Thoracic Society*, 2014; 11: 322-8.

8. EKLER

EK 1 Tanıtım Bilgi Formu

EK 1 Tanıtım Bilgi Formu

A.Sosyodemografik Bilgiler

1.Yaşınız?.....

2.Cinsiyetiniz?

()Kadın () Erkek

3.Medeni Durumunuz?

() Evli () Bekar

4. Eğitim Durumunuz?

()Okuryazar değil ()İlkokul ()Ortaokul ()Lise ()Üniversite

5. Mesleğiniz?

()İşçi ()Memur ()Serbest meslek ()Emekli ()İşsiz ()Diğer.....

6. Yerleşim yeriniz nerededir?

()İl ()İlçe ()Köy

7. Gelir düzeyiniz nedir?

() Gelirim giderimden az () Gelirim giderime eşit () Gelirim giderimden fazla

8. Birlikte yaşadığınız kişiler?

()Yalnız ()Eş ()Çocuklar ()Anne-Baba ()Huzurevi ()Diğer.....

9. Kendi sağlığınızı nasıl algıyorsunuz?

() İyi ()Orta () Kötü

10. KOAH'a ek bir hastalığınız var mı?

() Evet (.....)

() Hayır

11. Sigara kullanıyor musunuz?(Kullanıyorsanız ve bıraktıysanız kaç yıldır kullandığınızı belirtiniz)

() Evet yıl

() Hayır

() Bıraktım yıl

12. Düzenli olarak haftada en az üç kere, 30-45 dk süren herhangi bir egzersiz yapıyor musunuz?

() Hayır () Evet (egzersiz türü.....)

13.Bulunduğunuz ortamda (ev/iş) sigara dumanına maruz kalıyor musunuz?

() Evet () Hayır

14. Beslenme, banyo, giyinme gibi günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede yardıma gereksinim duyuyor musunuz?

()Hayır ()Evet

15. Yardıma ihtiyacınız oluyor ise yardımcı olan kişi ya da kişiler var mı?

- 1) Var ise kimler:.....
2) Yok

16. Temizlik, yemek yiyebilme, tualete gidebilme, giyinebilme gibi fiziksel ihtiyaçlarınızı karşılama durumunuz nedir?

- ☐ Hiç karşılayamıyorum
☐ Kısmen karşılıyorum
☐ Bağımsız olarak karşılayabiliyorum

B. Hastalığa İlişkin Bilgiler

17. Ne kadar süre önce KOAH tanısı kondu?

.....Yıl

18. KOAH evresi

- ☐ 1. Evre
☐ 2. Evre
☐ 3. Evre
☐ 4. Evre

19. KOAH ile ilgili eğitim aldınız mı?

- ☐ Hayır(20.soruya geçiniz) ☐ Evet

20. Eğitimi hangi kaynak ya da kaynaklardan aldınız?

- ☐ Hemşire
☐ Hekim
☐ KOAH'lı bireyler
☐ Kitapçık/Broşür/Basın
☐ Diğer

21. Size önerilen aralıklarla, sağlık kontrollerinizi düzenli yaptırıyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

22. Evde oksijen tedavisi alıyor musunuz?

- ☐ Hayır ☐ Evet (Günde kaç saat.....)

23. Geçtiğimiz bir yıl boyunca KOAH nedeniyle hastaneye yattınız?

- ☐ Hayır ☐ Evet (kaç kez.....)

24. İlaçlarınızı düzenli olarak kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

EK 2 Hastalık Algısı Ölçeği

EK 2 Hastalık Algısı Ölçeği

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

A)Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım			B) Bu belirti hastalığım ile ilgili	
1)Ağrı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
2)Boğazda yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
3)Bulantı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
4)Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	Evet	Hayır
5)Kilo kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
6)Yorgunluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
7)Eklem sertliği	Evet	Hayır	Evet	Hayır
8)Gözlerde yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
9)Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
10)Baş ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
11)Mide yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
12)Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır
13)Sersemlik hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır
14)Güç kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum 4. Böyle düşünüyorum
2. Böyle düşünmüyorum 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum
3. Kararsızım

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri var					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendiriyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtısal (irisi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet –yemek alışkanlıkları					
Sans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

EK 3 Ölüm Kaygısı Ölçeği

Aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve her biri açısından kendinizi değerlendiriniz. ifadelerin yanında yer alan parantez içine size uyacak şekilde (X) şeklinde doldurunuz.

Ölüm Kaygısı Ölçeği

Kurum:.....Sıra No:.....Görüşme tarihi:../.../ ...

Evet Hayır

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 1.Ölmekten çok korkuyorum. |
| ☐ | ☐ | 2.Zamanın böyle hızlı geçmesi bana çoğu zaman sıkıntı verir. |
| ☐ | ☐ | 3.Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım. |
| ☐ | ☐ | 4.Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünürüm. |
| ☐ | ☐ | 5.Ölümünden sonraki hayat beni büyük ölçüde kaygılandırır. |
| ☐ | ☐ | 6.Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkarım. |
| ☐ | ☐ | 7.Bir cesedin görüntüsü bana dehşet verir. |
| ☐ | ☐ | 8.Çıkacak bir dünya savaşından söz edilmesi beni korkutur. |
| ☐ | ☐ | 9.Acı çekerek ölmekten korkarım. |
| ☐ | ☐ | 10.Ölmekten hiç korkmuyorum. |
| ☐ | ☐ | 11.Gelecekte benim için korkulacak hiçbir şey olmadığını hissediyorum. |
| ☐ | ☐ | 12.Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum. |
| ☐ | ☐ | 13.İnsanların ölüm hakkındaki konuşmaları beni tedirgin etmez. |
| ☐ | ☐ | 14.Ölüm düşüncesi beni hiçbir zaman kaygılandırmaz. |
| ☐ | ☐ | 15.Ölüm düşüncesi ara sıra aklıma gelir. |

Toplam puan:.....

EK 4 Etik Kurul Onayı



BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI
BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY CLINICAL RESEARCHES ETHICS COMMITTEE APPROVAL

Sayı : 259

30.6.2021

Konu: Kararlar

BAŞVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Hastalık Algısının Ölüm Kaygısına Etkisi.
	ARAŞTIRMANIN İNGİLİZCE ADI (TITLE OF THE PROJECT)	The Effect on Death Anxiety of Disease Perception in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATOR)	Dr.Öğr.Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATORS)	Hemşire Zuhul BORUÇALAN
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

KARAR (DECISION)	Karar no (Decision No): 2021/178	Tarih (Date) 22.06.2021
	Dr.Öğr.Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin incelenmesi sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

Üyeler	Uzmanlık alanı	Kurumu	İmza
Prof. Dr. Mehmet Hayri ERKOL (Başkan)	Genel Cerrahi	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç.Dr. Erkan KILINÇ (Başkan Yardımcısı)	Fizyoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Mehmet Hamid BOZTAŞ (Üye)	Ruh Sağlığı Hastalıkları	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Akif Hakan KURT (Üye)	Farmakoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç.Dr. Hamit YOLDAŞ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç.Dr.Aslı ÇELEBİ TAYFUR (Üye)	Çocuk Sağlığı Hastalıkları /Nefroloji Bilim Dalı	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç.Dr.Tuba TASLAMACIOĞLU DUMAN (Üye)	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Oya KALAYCIOĞLU (Bildirimden Sorumlu Üye)	Biyoistatistik	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Makbule TOKUR KESGİN (Üye)	Hemşirelik	BAİBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Abdulgani KAYMAZ (Üye)	Göz Hastalıkları	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Dr.Öğr.Üyesi Kübra DEĞİRMENCI (Üye)	Protetik Diş Tedavisi	BAİBÜ Diş Hekimliği Fakültesi	
Dr.Öğr.Üyesi Tuğba KOCAAĞA (Üye)	Antrenörlük Eğitimi	BAİBÜ Spor Bilimleri Fakültesi	
Dr. Hatice Selen SÖYLEMEZ (Üye)	Farmakoloji	Özel Eczane (BOLU)	
Av. Huri Hülya GÜNEŞ COŞKUN (Üye)	Avukat	Özel Hukuk Bürosu (BOLU)	
Ramazan KAYNARPINAR (Sivil-Üye)	Eğitim	Serbest Meslek (BOLU)	

EK 5 Bolu İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Bolu İzzet Baysal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-33443051-903.99
Konu : Etik Kurul Onayı
(Dr. Öğr. Üyesi Saadet CAN
ÇİÇEK)

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

İlgili, tarihli ve sayılı dilekçeniz incelenmiş olup, "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan Bireylerde Hastalık Algısının Ölüm Kaygısına Etkisi" adlı çalışma ile ilgili, Hastanemiz verilerini kullanmanız Etik Kurul Onayı sonrası Başhekimliğimizce uygundur.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Muhammed Nur ÖGÜN
Başhekim

Telefo

EK 6 Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (Katılımcılar için)

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Hastalık Algısının Ölüm Kaygısına Etkisi'dir. Bu araştırmanın amacı "KOAH tanılı bireylerde hastalık algısının ölüm kaygısına olan etkisinin incelenmesi'dir. Bu çalışmada size herhangi bir tedavi yapılmayacaktır. Çalışmada size hastalığınız ve yönetimi ile ilgili bilgileri elde etmek için anket uygulaması gerçekleştirilecektir. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre 15 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 94 'dür.

Bu araştırma ile ilgili olarak size yöneltilen sorulara açık ve dürüst bir şekilde cevap vermeniz sizin sorumluluklarıdır. Bu çalışmada sizin için herhangi bir zarar ve risk söz konusu değildir. Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından karşılanacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için numaralı telefondan Hemşire Zuhâl Boruçalan'a başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasisin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:

* Bu örnek form araştırmalara fikir vermek için formda bulunması gereken asgari bilgiler verilerek hazırlanmıştır, gerektiğinde eklemeler yapılmalıdır. İstendiğinde Etik Kurul sekreterliğinden ya da Tıp Fakültesi web sayfasından temin edilerek ve üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmak suretiyle kullanılabilir (örn. bu paragraf, metindeki noktalı kısımlar ve parantezler çıkarılmalı ve uygun şekilde düzenlenmelidir). Gönüllünün beyan ve imzası, bilgilendirme metninin devamı şeklinde olmalıdır, kesinlikle ayrı sayfalarla olmamalıdır.

Güncelleme tarihi 28.11.2013

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (Araştırmacı için)

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Hastalık Algısının Ölüm Kaygısına Etkisi'dir. Bu araştırmanın amacı "KOAİH tanılı bireylerde hastalık algısının ölüm kaygısına olan etkisinin incelenmesi'dir. Bu çalışmada size herhangi bir tedavi yapılmayacaktır. Çalışmada size hastalığınız ve yönetimi ile ilgili bilgileri elde etmek için anket uygulaması gerçekleştirilecektir. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre 15 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 94 'dür.

Bu araştırma ile ilgili olarak size yöneltilen sorulara açık ve dürüst bir şekilde cevap vermeniz sizin sorumluluklarınızdır. Bu çalışmada sizin için herhangi bir zarar ve risk söz konusu değildir. Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar araştırmacılar tarafından karşılanacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için numaralı telefondan Hemşire Zuhul Boruçalan'a başvurulabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, size ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasiinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:

* Bu örnek form araştırmacıların fikir vermek için formda bulunması gereken asgari bilgiler verilerle hazırlanmıştır, gerektiğinde eklemeler yapılmalıdır. İstendiğinde Etik Kurul sekreterliğinden ya da Tıp Fakültesi web sayfasından temin edilerek ve üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmak suretiyle kullanılabilir (örn. bu paragraf, metindeki noktalı kısımlar ve parantezler çıkarılmalı ve uygun şekilde düzenlenmelidir). Gönüllünün beyan ve imzası, bilgilendirme metninin devamı şeklinde olmalıdır; kesinlikle ayrı sayfalarda olmamalıdır.
Güncelleme tarihi 28.11.2013