



**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI TANILI
BİREYLERDE KORONAVİRÜS KORKUSUNUN
TEDAVİYE UYUMUNA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Özlem AKYÜZ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Medet KORKMAZ**

Yüksek Lisans Tezi-2024

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI TANILI BİREYLERDE
KORONAVİRÜS KORKUSUNUN TEDAVİYE UYUMUNA ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

Özlem AKYÜZ

**Hemşirelik Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Medet KORKMAZ**

**Tez Jüri Üyeleri
Prof. Dr. Medet KORKMAZ
Prof. Dr. Serap PARLAR KILIÇ
Doç. Dr. Tuğba MENEKLİ**

**MALATYA
2024**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Prof. Dr. Medet Korkmaz” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanılı Bireylerde Koronavirüs Korkusunun Tedaviye Uyumuna Etkisinin İncelenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 07/08/2024

Öğrencinin; Özlem AKYÜZ

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	5
2.1.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	5
2.1.2. Risk Faktörleri	6
2.1.3. Patofizyolojisi	6
2.1.4. Belirti ve Bulgular	7
2.1.5. Tanı Yöntemleri ve Evreleme.....	9
2.1.6. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri.....	9
2.1.7. Non-Farmakolojik Tedavi Yöntemleri	10
2.1.8. KOAH Hemşirelik Yönetimi ve Rehabilitasyonu	11
2.2. Covid-19 (Koronavirüs Hastalığı-2019).....	14
2.2.1. Covid-19'un Psikolojik ve Toplumsal Etkileri.....	14
2.2.2. Covid-19 Korkusu ve Hemşirelik Yönetimi	15
2.3. KOAH, Covid-19 Korkusu ve Tedaviye Uyum	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Tipi.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	19
3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	19
3.5.1. Araştırmayı Sonlandırma Ölçütleri.....	20
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	20
3.6.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	20
3.6.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	20
3.7. Verilerin Toplanması	20
3.8. Veri Toplama Araçları	21
3.8.1. Hasta Tanıtım Formu	21

3.8.2. Saint George Solunum Anketi (SGRQ).....	21
3.8.3. Covid -19 Korkusu Ölçeği (FCV-19S).....	22
3.8.4. Morisky 8-Maddeli İlaça Uyum Ölçeği (MMAS-8).....	22
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.10. Etik Açıklamalar	24
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA	54
5.1. Covid-19 Korkusu Ölçeğinden Elde Edilen Bulguların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımlarının Tartışılması	54
5.2. Morisky 8-Maddeli İlaça Uyum Ölçeğinden Elde Edilen Bulguların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımlarının Tartışılması.....	56
5.3. SGRQ Ölçeğinden Elde Edilen Bulguların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımlarının Tartışılması.....	57
5.4. Ölçeklerin İlişkilerinin Tartışılması.....	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
KAYNAKLAR	62
EKLER.....	71
EK-1. Özgeçmiş.....	71
EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	72
EK-3. Saint George Solunum Anketi	74
EK-4. Covid-19 Korkusu Ölçeği	79
EK-5. Morisky 8-Maddeli İlaça Uyum Ölçeği	80
EK-6. Etik Kurul Karar Formu	81
EK-7. Çalışma İzin Formu.....	82
EK-8. Ölçek Kullanım İzinleri.....	83

TEŐEKKÖR

Çalıőmamda bana yol gōsteren, daima teşvik eden, bilgi ve tecrübelerini her daim cōmertçe paylaőan, sabrı, anlayıőı ve sıcakkanlılığı ile her daim yanımda olan kıymetli danıőmanım Prof. Dr. Medet KORKMAZ'a,

Çalıőmamın her aőamasında ve her an bana maddi ve manevi desteklerini sunan, sevgisini, ilgisini her daim hissettiren, hayat arkadaőım, kıymetli eşim Musap AKYÖZ'e,

Maddi ve manevi desteklerinden ötürü sevgili anne, baba ve ablama,

En içten duygularımla sonsuz teőekkürlerimi sunarım...

Özlem AKYÖZ

ÖZET

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanılı Bireylerde Koronavirüs Korkusunun Tedaviye Uyumuna Etkisinin İncelenmesi

Amaç: Araştırma KOAH tanılı bireylerin koronavirüs korkusunun tedaviye uyum düzeyine etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Kasım 2022- Haziran 2023 tarihleri arasında Malatya Turgut Özal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları servisinde yatan 262 KOAH tanılı hasta ile yürütülmüştür. Çalışmanın yapılabilmesi için ilgili kurumlardan gerekli izinler, etik kurul onayı ve çalışmaya katılan bireylerden yazılı bilgilendirilmiş gönüllü onam alınmıştır. Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Özellikler Formu, Saint George Solunum Anketi, Covid-19 Korkusu Ölçeği, Morisky 8-Maddeli İlaça Uyum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 67.95 ± 14.35 olup, hastaların %56.9'u erkektir. Hastaların ilaca uyum ortalama puanı 2.58 ± 1.41 , Covid-19 Korkusu ortalama puanı 16.74 ± 7.41 olarak bulunmuştur. SGRQ ölçeğinin semptom alt boyut puan ortalaması 49.88 ± 23.74 , hastalık etkileri alt boyut puan ortalaması 44.18 ± 16.18 , aktivite kısıtlılığı alt boyut puan ortalaması 64.15 ± 22.75 ve SGRQ ölçek toplamı puan ortalaması 51.89 ± 9.093 olarak bulunmuştur.

KOAH tanılı hastalarda koronavirüs korkusunun tedavi uyumuna negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir etkisi bulunmuştur ($p=0.104$, $r=0.101$). KOAH tanılı bireylerin koronavirüs korkusu düzeyi ile SGRQ toplam puan arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p=0.333$, $r=0.199$). Hastaların tedaviye uyumu ile SGRQ toplam puanı arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p=0.104$, $r=-0.101$)

Sonuç: KOAH tanılı bireylerde koronavirüs korkusu arttıkça tedaviye uyum düzeyi azalmıştır. KOAH tanılı bireylerde koronavirüs korkusu arttıkça SGRQ toplam puan artmıştır. Aynı zamanda SGRQ toplam puan arttıkça tedaviye uyum düzeyi artmıştır. Hasta ve yakınlarının tedavi süreci, eğitimi ve Covid-19 hakkında bilgilendirilmeleri önerildi. Hastaların pandemi ve sonrasındaki süreçte kaygılarını hafifletmek için psikolojik durumu desteklenmeli, kontrollerin önemi vurgulanmalı, tedavi uyumları için bilgi düzeyleri artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Koronavirüs Korkusu, Tedaviye Uyum

ABSTRACT

Examining the Effect of Fear of Coronavirus on Compliance with Treatment in Individuals Diagnosed with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Aim: The research was conducted descriptively to determine the effect of coronavirus fear on the treatment compliance level of individuals diagnosed with COPD.

Material and Method: The study was conducted with 262 patients diagnosed with COPD hospitalized in the Chest Diseases Department of Malatya Turgut Ozal University Training and Research Hospital between November 2022 and June 2023. In order to conduct the study, the necessary permissions from the relevant institutions, ethics committee approval, and written informed consent from the individuals participating in the study were obtained. The data of the study were collected using the Identifier Characteristics Form, Saint George Respiratory Questionnaire, Covid-19 Fear Scale, and Morisky 8-Item Medication Adherence Scale.

Results: The mean age of the patients participating in the study was 67.95 ± 14.35 , and 56.9% of the patients were male. The mean score of the patients' medication compliance was 2.58 ± 1.41 , and the mean score of Covid-19 Fear was 16.74 ± 7.41 . The mean score of the symptom sub-dimension of the SGRQ scale was 49.88 ± 23.74 , the mean score of the disease effects sub-dimension was 44.18 ± 16.18 , the mean score of the activity limitation sub-dimension was 64.15 ± 22.75 , and the mean score of the SGRQ scale was 51.89 ± 9.093 .

In patients with COPD, a negative, statistically insignificant effect of the fear of coronavirus on treatment compliance was found ($p=0.104$, $r=0.101$). A positive correlation was found between the level of fear of coronavirus in individuals with COPD and the total score of the SGRQ ($p=0.333$, $r=0.199$). A positive correlation was found between patients' compliance with treatment and SGRQ total score ($p=0.104$, $r=-0.101$).

Conclusion: As the fear of coronavirus increased in individuals diagnosed with COPD, the level of compliance with treatment decreased. As the fear of coronavirus increased in individuals diagnosed with COPD, the SGRQ total score increased. At the same time, the level of compliance with treatment increased as the SGRQ total score increased. It was recommended that patients and their relatives be informed about the treatment process, education, and Covid-19. In order to alleviate the anxiety of patients during the pandemic and the following period, their psychological state should be supported, the importance of check-ups should be emphasized, and their level of knowledge should be increased for their compliance with treatment.

Keywords: COPD, Fear of Coronavirus, Treatment Adherence

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ARDS	: Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu
BKİ	: Beden Kitle Endeksi
COVID-19	: Koronavirüs Hastalığı-2019
DALY	: Sakatlığa Uyarlanmış Yaşam Yılları
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EFGR	: Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü
FCV-19S	: Covid-19 Korkusu Ölçeği
FEV1	: Zorlu Ekspiratuar Volüm-Birinci Saniye
FVC	: Zorlu Vital Kapasite
GBD	: Global Hastalık Yüğü
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MERS-COV	: Orta Doğu Solunum Sendromu Koronavirüsü
MMAS-8	: Morisky 8-Maddeli İlaça Uyum Ölçeği
MMRC	: Modified Medical Research Council
NPPV	: Noninvaziv Pozitif Basıncılı Ventilasyon
PaO2	: Parsiyel Arteriyel Oksijen Basıncı
RT-PCR	: Reverse Transkriptaz Polimeraz Reaksiyonu
SARS-COV	: Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu Koronavirüsü
SFT	: Solunum Fonksiyon Testi
SGRQ	: Saint George Solunum Anketi

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. MMRC Dispne Skalası	8
Tablo 3.1. Güvenirlik Analizi	23
Tablo 3.2. Normallik Analizi	24
Tablo 3.3. Araştırma Süreci	25
Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 4.2. Hastaların Boy, Kilo BKİ Dağılımı	27
Tablo 4.3. Hastaların Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarının Dağılımı	27
Tablo 4.4. Hastaların Hastalık Geçmişi ile İlgili Bilgilerin Dağılımı	28
Tablo 4.5. Hastaların Tedavi ve Tedaviye Uyum ile İlgili Bilgilerinin Dağılımı	29
Tablo 4.6. FCV-19S, MMAS-8 ve SGRQ Ölçeğinin Puan Ortalamaları	29
Tablo 4.7. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre FCV-19S, MMAS-8 ve SGRQ Puan Ortalamaları	31
Tablo 4.8. Hastaların Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre FCV-19S, MMAS-8 ve SGRQ Puan Ortalamaları	39
Tablo 4.9. Hastaların Hastalık Geçmişi ile İlgili Bilgilerine Göre FCV-19S, MMAS-8 ve SGRQ Puan Ortalamaları	43
Tablo 4.10. Hastaların Tedavi ve Tedaviye Uyum ile İlgili Bilgilerine Göre FCV-19S, MMAS-8 ve SGRQ Puan Ortalamaları	48
Tablo 4.11. FCV-19S, MMAS-8 ve SGRQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
Tablo 4.12. Covid-19 Korkusunun SGRQ Toplam Puanı Üzerine Etkisi	52
Tablo 4.13. İlaça Uyum Ölçeğinin SGRQ Toplam Puanı Üzerine Etkisi	52
Tablo 4.14. İlaça Uyumun Covid-19 Korkusu Üzerine Etkisi	53

1. GİRİŞ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), zararlı partiküller ve kimyasal gazlara maruziyete bağlı anormal akciğer tutulumuna neden olan, hava akımı kısıtlaması, anormal solunumsal bulgular ile karakterize, önlenebilen, tedavisi geliştirilmiş ve uygulanabilirliği yüksek bir hastalıktır (1). KOAH, hava akımında kısıtlamaya sebep olan bütün hastalıkları içermektedir (2). Hava akımı kısıtlanmasının ilerlemesinin temel sebebi sigara içilmesinden, virülansı yüksek olan patojenlere uzun süre maruz kalınmasından ve genetik faktörlerden kaynaklanabilmektedir (3). Diğer nedenler ise, alkol ve tütün kullanımı, biomass'a (bitkisel ya da hayvansal atıkların yakılmasıyla ortaya çıkan gazların solunması) maruziyet aile öyküsü, hava yolları hassasiyeti, çeşitli enfeksiyonlar ve hava kirliliği olarak sıralanabilmektedir (4).

Dünya'da ve Türkiye'de önemli mortalite nedenleri arasında yer alan KOAH, dünyada ölümlerin %6'sının nedenini oluşturmakla birlikte ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır. Sürekli artarak ilerleyen yaygınlığı, hastalığı kritik hale getirmekte ve acil müdahale gerektirmektedir. İnsan ömrünün uzaması ve ileri yaşla birlikte prevalansın artacağı düşünülmektedir (5). Dünyada 300 milyon KOAH hastası birey bulunurken, ülkemizde ise bu sayının 5 milyonun üzerinde olduğu bildirilmiştir (6).

KOAH önemli mortalite nedeni olduğu gibi önemli morbidite nedenleri arasında da yer almaktadır. Morbidite; yaş, sigara kullanımı, erkek cinsiyet ve ek kronik hastalıklara sahip olmayla artmaktadır (7). KOAH, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre en sık sakat bırakan on üçüncü hastalık iken, Türkiye'de en sık sakat bırakan on birinci hastalıktır (1).

KOAH'ın en yaygın belirtileri ise, hava akımı kısıtlanmasının beraberinde getirdiği dispne, kronik öksürük ve balgamdır (5). İlk semptom genellikle kuru öksürüktür. Daha sonra bronşiyal hiperaktiviteye bağlı mukus salgısı artar ve produktif öksürüğe dönüşür (8). Dispne, zamanla anksiyete ve yorgunluğa da neden olmaktadır (9). Diğer semptomlar ise kilo kaybı, uyumada güçlük çekme, kemik erimeleri, kardiyovasküler semptomlar ve güçsüzlük olarak sıralanmaktadır (10).

KOAH tedavisinde farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi şekilleri uygulanmaktadır. Farmakolojik tedaviler arasında; bronkodilatörler, inhale kortikosteroidler, sistemik glukokortikoidler ve antibiyotikler kullanılır. Non-farmakolojik tedaviler ise,

oksijen kullanımı, sigaranın bırakılması, pulmoner rehabilitasyon, fiziksel aktivite ve beslenme desteğinin sağlanmasıdır (11).

Farmakolojik tedavinin doğru ve uyumlu kullanılması hastalığı yönetmede önem taşır (12). Ancak KOAH tanılı bireylerin tedavi uyumsuzluğu sıkça karşılaşılan problemler arasındadır. DSÖ, kronik rahatsızlıkların uzun süren tedavi gerektirdikleri için kronik hastalıklara sahip kişilerin tedavilere uyum oranının %50 olduğunu bildirmiştir. KOAH tanılı bireylerde ise bu oran açık aralıklı olup %10-40 olarak bildirilmiştir. Tedavi uyumsuzluğunun nedenleri inhaler ilaç ve cihaz kullanımı, sık aralıklarla ilaç dozu alımı, uzun tedavi yılları, polifarmasi, ek kronik rahatsızlıklar, ileri yaş, bilgi yetersizliği ve eğitim düzeyi olarak sıralanabilir. İnhalasyon yoluyla ve oral alınan ilaçlara uyum oranının %41.3 ile %57.0 aralığında olduğu vurgulanmaktadır (13). KOAH hastalarında tedaviye uyumsuzluk semptomları, alevlenmeleri, hastaneye yatış oranlarını ve sağlık harcamalarını artırmaktadır. Yaşam kalitesinde azalmaya ve erken ölüme de neden olmaktadır (14).

KOAH'da hava akımı kısıtlanmasının ilerleyici olmasından dolayı tedavide amaç; atakları önlemek ve semptomların etkisini azaltmaktır. Dolayısıyla KOAH tanılı bireylerin iyi oluş hallerinin sağlanması ve diğer bir deyişle yaşam kalitesinin artırılması, yaşam süresinin uzatılmasından daha önemli olduğu bilinmektedir. KOAH tanılı bireyler, hastalığın, günlük yaşam aktivitelerini kısıtladığını belirtirler. Hastalığın günlük aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisi, tedavi sonuçlarını değerlendirmede kullanılan parametrelerdir. Yaşam kalitesi, KOAH tanılı bireylerin hastalığını ve tedavinin etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (15) Dolayısıyla yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi arasında, etkileri göz ardı edilemeyecek bir bağlantı vardır. Kronik hastalıklarda semptom yönetimi ve tedavinin başarılı bir şekilde yürütülebilmesi için hastalık uyumunun önemli olduğu, hastalık uyumu arttıkça yaşam kalitesinin de olumlu etkilendiği bildirilmiştir (16).

2019 yılının Aralık ayında Çin'in Wuhan şehrinde daha önce insanda rastlanmamış bir virüs bulunmuştur. 2020 Şubat ayında DSÖ virüsü 'Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19)' olarak adlandırmıştır. Yine DSÖ tarafından 11 Mart 2020'de pandemi olarak duyurulmuş ve ülkemizde de ilk vaka aynı tarihte görülmüştür. Koronavirüsün neden olduğu ilk ölüm ülkemizde 15 Mart 2020'de bildirilmiştir. (17). Koronavirüs, akut solunum yolu enfeksiyonuna neden olarak solunum sistemini deprese eden öldürücü bir bulaşıcı hastalık olarak tanımlanmıştır (7). Türkiye son vaka bildirimini Mart 2023'te yapmıştır. Mart 2023'e kadar görülen toplam vaka sayısı 17.232.066

olmuştur. Ülkemizde ölen kişi sayısı ise 102.174 kişi olmuştur. Dünya genelinde ise 6.839.960 kişi yaşamını yitirmiştir (18).

Türkiye’de pandemi yönetiminin temel stratejisi; halk sağlığı önlemlerini artırmak, vaka sayısını kontrol altına almak ve hastane yoğunluğunu önlemektir. İl Sağlık Müdürlükleri izolasyonda olan bireyleri tespit etmiş ve telefonla iletişime geçerek semptom ve tedavi takibini yapmış, bireylerin evlerine ilaç temini sağlamıştır (19).

ABD’de 775 yetişkin ile yapılan bir çalışmada koronavirüs korkusu yaşayan bireylerin sosyal tutumlarının değişiklik gösterdiği gözlemlenmiştir (20). Pandemi söz konusu iken bireylerin daha ağır kaygı ve korku yaşamaları normaldir. Bu koşullarda, KOAH hastası bireylerin de korku ve depresyon yaşamaları muhtemeldir. Pandemi olmadan önce yapılan çalışmalar KOAH tanılı bireylerin %40’ının depresif olduğunu göstermiştir (21). Kıbrıs’ta yapılan bir çalışmada 18-88 yaş aralığında KOAH da dahil olmak üzere fiziksel bir kronik rahatsızlığa sahip olmak, post-travmatik stres bozukluğu açısından ciddi bir risk faktörü olarak değerlendirilmiştir (22). KOAH tanılı bireylerin mental sağlık problemlerinin daha fazla olmasına karşın, bazılarının daha güçlü baş etme stratejisi geliştirdiği ve psikolojik olarak sağlamlıklarının arttığı bildirilmiştir (21).

Bireylerin bir hastalık tanısını algılama biçimi ile hastalığa dair verdiği tepkilerin hastalığa uyum üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir. Pandemi belirsizliklerle başlamıştır. Bu da insanlarda korku, panik ve endişe duygularını artırmıştır. Ölüm, yoğun bakım hasta ve entübe sayıları, yoğun bakımların doluluk oranları, medyadaki haberler ve yorumlar sebebiyle korku daha da artmıştır (7). Bu gibi durumlar pandeminin bireyler ve özellikle zaten mevcut bir akciğer hastalığı tanısına sahip KOAH’lı bireyler üzerindeki etkisinin görmezden gelinmemesi gerektiğini göstermektedir. KOAH’lı bireylerde Covid-19 bulaşma riskine ek olarak tedaviye uyumsuzluk da önemli bir sorun olarak belirtilmektedir. Tedaviye uyumsuzluk alevlenmeler, artan bakım yükü ve sağlık ekonomisine verdiği zararlar ile istenmeyen bir durumdur (16).

KOAH hastaları ile en yakın temasta bulunan meslek grubu hemşirelerdir ve bu hasta grubunda önemli yere sahiptirler. Kronik solunum sistemi hastalıklarına sahip bireylerle yapılan bir çalışmada KOAH ve astım gibi solunum sistemi hastalıklarının yönetiminde %68 oranında hemşirelerin aktif rol üstlendikleri belirtilmiştir (23). Hemşirelik yönetiminin etkin kullanılmasıyla hastalığa ve tedaviye uyum düzeyinin artması, atakların azalması öngörülmektedir (11). Yapılan başka bir araştırmada ise KOAH’da yönetimin artmasında, hastane yatışlarının azalmasında, yaşam kalitesinin artırılmasında hemşirelik bakımının önemli olduğu belirtilmiştir (24).

KOAH'lı bireylerde komorbid durumların, beslenme durumunun, semptomların şiddetinin, artmış ilaç kullanımının, tedavi uyumunun, hastalık algısının ve hastalık uyumunun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir(16). Ataman Bor'un kronik hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada ise Covid-19 korkusu arttıkça tedaviye uyum düzeyi artmıştır (25). Zhang ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise, KOAH hastalarının tedavi uyum durumlarının Covid-19 öncesi dönemle benzer olduğu bulunmuştur (26). Sungur ve arkadaşlarının ise epilepsi hastaları ile yaptıkları bir çalışmada Covid-19 korkusu arttıkça tedaviye uyumun azaldığı belirlenmiştir (27).

Ancak literatür incelendiğinde KOAH tanılı bireylerde koronavirüs korkusunun tedavi uyumuna etkisine dair yeterli çalışmaya rastlanamamıştır. Bu çalışma KOAH tanılı bireylerde koronavirüs korkusunun tedavi uyumuna etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın hipotezleri:

H0₁: KOAH tanılı bireylerde koronavirüs korkusu tedaviye uyumu etkilemez.

H0₂: KOAH tanılı bireylerde koronavirüs korkusu SGRQ skorlarını etkilemez.

H1₁: KOAH tanılı bireylerde koronavirüs korkusu tedaviye uyumu etkiler.

H1₂: KOAH tanılı bireylerde koronavirüs korkusu SGRQ skorlarını etkiler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

2.1.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); genellikle zararlı parçacık veya kimyasal gazlara yüksek oranda maruziyet sebebiyle anormal akciğer tutulumuna neden olan, hava akımı kısıtlaması, anormal solunumsal bulgular ile karakterize, önlenebilen, tedavisi geliştirilmiş ve uygulanabilirliği yüksek bir hastalıktır (1). Hava akımının ilerlemesinin sebebi; genel olarak sigara içilmesiyle zararlı parçacıklara karşı akciğerlerin inflamatuvar cevap oluşturmamasından kaynaklanır (3). KOAH her bireyde farklılık gösterebilir ve aynı zamanda hastaların genel durumlarında da zamanla önemli değişiklikler görülebilir (28).

Hastalık yapan faktörlere maruz kalmanın çoğalması ve insan ömrünün uzaması ile birlikte KOAH prevalansı sürekli artmaktadır (11). 2019 yılında dünyada 212 milyon KOAH hastası birey bulunmakta iken, 2023 yılında en az 300 milyon KOAH hastası birey bulunmaktadır. Türkiye’de ise bu sayının 5 milyon olduğu öngörülmektedir (6). Literatür KOAH prevalansının gelişmiş ülkelerde 40 yaş üzeri bireylerde %10-12 oranında bulunduğunu söylemektedir. Bu oran dünyada ülkeler ve bulunan coğrafyaya göre yüksek oranda değişiklikler göstermekte ve %3-21 aralığında değişkenlik göstermektedir (29). Hiç sigara kullanmayan bireylerin KOAH prevalansının ise %3-11 arasında olduğu belirtilmiştir (30).

KOAH, dünya genelinde ve Türkiye’de mortaliteye ve morbiditeye neden olan en önemli hastalıklar arasında yer almaktadır (31). KOAH morbiditesi yaşın artmasına bağlı arttığı gibi sigara kullanma durumuna göre de artmaktadır. Erkek cinsiyette kadın cinsiyete göre daha fazla morbidite etkenidir. Ek kronik hastalıklara da sahip olmak morbiditeyi etkilemektedir (7). KOAH morbiditesi nüfusun artması, yaşam süresinin uzaması, kentli nüfus oranının artması, hava kirliliğinin önlenememesi gibi sebeplerle giderek artmaktadır (7). Morbiditenin artması sosyal ve ekonomik yükü de artırmıştır. Sosyal ve ekonomik yükün artmasına alevlenmeler neden olmaktadır (1).

Global Hastalık Yüğü (GBD) çalışmasında geliştirilen ölçütü tüm hastalıkların tek birim üzerinden konuşulması hedeflenmiştir. Ölçütün ismi DALY’ dir. Bir DALY, kaybedilen sağlıklı bir yaşam yılını ifade etmektedir. KOAH, DALY sıralama ölçütüne

göre 2005 yılında sekizinci sırada yer almıştır. 2013 yılındaki sonuçlara göre beşinci DALY nedeni olmuştur. KOAH, DSÖ' ye göre en sık sakat bırakan on üçüncü hastalıktır. Türkiye'de ise en sık sakat bırakan on birinci hastalıktır (1).

Günen ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada Malatya'da KOAH prevalansı %6.9 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, KOAH prevalansının halihazırda sigara içen bireylerde %18.1 ve genç sigara içen bireylerde %4.5 olduğu belirtilmiştir (32).

2.1.2. Risk Faktörleri

KOAH gelişimini ve ilerlemesini genetik, çevresel ve bireysel risk faktörleri kolaylaştırmaktadır. KOAH gelişiminde en yaygın bilinen genetik risk faktörü; alfa-1 antitripsin adlı bir vücut proteini eksikliğidir. Hastaların %1'inden daha az bir kısmında alfa-1 antitripsin eksikliği sebebiyle genetik olarak KOAH gelişmektedir. KOAH için en büyük çevresel risk faktörü sigaradır. Hastalığın ortaya çıkmasında sigaraya başlangıç yaşı ve günlük içilen sigara sayısı da önem arz etmektedir (33).

Diğer çevresel risk faktörleri ise mesleki maruziyet, asbestli toprak, kimyasal maddeler, hava kirliliği, zararlı gaz, duman ve tozlara maruziyettir (34, 35).

KOAH için gösterilen bireysel risk faktörleri arasında ileri yaş yer almaktadır. Ancak bu riskin ilerleyen yaşa mı bağlı olarak yoksa patojenlere daha uzun süre maruziyetten dolayı mı olduğu hâlâ bilinmemektedir (19).

Geçmişte yapılan çalışmalarda erkek cinsiyette mortalite ve prevalansın daha yüksek olduğu bildirilmiştir ancak gelişmiş ülkelerde yakın zamanda yapılan araştırmalarda kadınlarda tütün kullanmanın yaygınlaşması ve biomass'a maruz kalmanın sonucunda her iki cinsiyet için eşit hale gelmiştir (4). Diğer faktörler ise alkol kullanımı, sosyoekonomik durum, aile öyküsü, etnik faktörler, hava yolu aşırı duyarlılığı, hava kirliliği ve enfeksiyonlar olarak sıralanmıştır (5).

2.1.3. Patofizyolojisi

KOAH 'da kronik inflamatuvar yanıt sonucu fizyolojik değişiklikler olur ve bu da hava akımını kısıtlar. Özellikle hava akımı kısıtlılığı sonucu alınan hava ekspiryumla dışarı atılamaz ve hiperinflasyon gelişir. Bu KOAH tanılı bireylerde en sık karşılaşılan patolojik durumdur. Hava yolu kısıtlanması FEV1/FVC oranında düşüşe neden olur. Havanın dışarı atılamaması sonucu gaz değişimi bozulur ve solunum yetmezliği gelişir. Rezidüel kapasite artarken ekspiratuvar kapasite azalır ve bu bulgular ile klinikte 'efor dispne'si olarak karşılaşılr. Diğer fizyopatolojik değişiklikler; gaz değişimi

anormallikleri, mukus hipersekresyonu, pulmoner hipertansiyon, sistemik özellikler ve alevlenmelere bağlı olarak gelişebilir (36).

Gaz değişim anomalileri; ventilasyon/perfüzyon (V/Q) dengesizliğinden kaynaklanır. Sonuç olarak solunum yetmezliği ve daha da ilerlemesi ile hiperkapni ve hipoksemi gelişir. Hipoksemi gelişimini pulmoner vasküler yatağın bozulması takip eder ve V/Q dengesizliği artarak ilerler (37)

Hava yolundaki kronik iritasyon, goblet hücre sayısını artırır ve submukozal bezlerin genişlemesine sebebiyet verir. Bazı proteazlar EFGR (Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü) reseptörlerini aktive eder ve mukus hipersekresyonu gelişir (37).

Pulmoner arterlerin hipoksemiye bağlı daralması ve düz kas hipertrofisi nedeniyle genellikle ileri evre KOAH olgularında pulmoner hipertansiyona rastlanır (37).

Yaş, immobil yaşam, sigara kullanımı ve benzeri risk faktörleri nedeniyle KOAH'a ek olarak kalp hastalıkları, metabolik sendrom, diyabet, osteoporoz, kaşeksi ve anksiyete gibi ek hastalıklar da görülebilir ve prognozu kötüleştirir. Genellikle viral enfeksiyonlar ve çevresel maruziyetlerden kaynaklı hava yolu dokularında hasarlar oluşur. Bazen bilinmeyen nedenlerden ötürü de hava yolu dokularında hasarlar oluşabilmektedir (37).

Sitokinler, mediatörler ve kemokinlerin salınımı ile hava yolu enfeksiyonu artar. Bağışıklık sistemi hücrelerinin infiltrasyonu ile immün yanıt başlar, mukus hipersekresyonu ve bronkokonstrüksiyon gelişir. Alevlenmeler bireylerin akciğer fonksiyonlarını zayıflatır, yaşam kalitesini azaltır ve mortaliteyi artırır (37).

2.1.4. Belirti ve Bulgular

KOAH'ta en sık görülen semptomlar dispne, öksürük, balgam ve wheezingdir. En yaygın görülen diğer semptomlar ise dehidratasyon, yorgunluk, kabızlık, anksiyöz ve depresif olma durumu ve beslenme bozukluklarıdır (5).

Dispne

KOAH hastası bireylerde en çok görülen semptom dispnedir. Amerikan Toraks Derneği'ne göre dispne tanımı 'çeşitli evrelerde duyuların oluşturduğu, bireylere özgü solunum rahatsızlığı yakınması' şeklindedir (38). KOAH başlangıcından itibaren şiddetini artırarak ilerleyen dispne günlük yaşamda önemli kısıtlamalara sebep olduğundan bireyleri olumsuz olarak etkilemektedir. Dispneye zamanla anksiyete de eşlik etmektedir (9). Literatür dispnenin ölçümünü yapmanın zorunlu ve önemli olduğu vurgulanmaktadır (39). Subjektif bir veri olan dispneyi değerlendirmek ve standardize

edebilmek için MMRC (Modified Medical Research Council)(Değiştirilmiş Tıbbi Araştırma Konseyi) başta kullanılmak üzere farklı dispne ölçekleri kullanılmaktadır (9).

Tablo 2.1. MMRC Dispne Skalası(9)

Derece	MMRC
Derece 0	Yalnızca ağır egzersiz sırasında nefes darlığı yaşıyorum.
Derece 1	Yalnızca düz yolda hızlı yürüdüğümde ya da hafif yokuş çıkarken nefes darlığı yaşıyorum.
Derece 2	Nefes darlığım nedeniyle düz yolda kendi yaşitlarım göre daha yavaş yürümek ya da ara ara durup dinlenmek zorunda kalıyorum.
Derece 3	Düz yolda 100 m veya birkaç dakika yürüyüşten sonra nefes darlığı yaşıyorum.
Derece 4	Nefes darlığım yüzünden evden çıkamıyorum veya giyinip soyunurken nefes darlığım oluyor.

Öksürük

Öksürük, başta görülen semptomlar arasındadır. Ancak bireyler öksürüğü çevresel etmenler, sigara kullanımı vb. sebeplere bağlı düşündüklerinden hastalığın semptomu olarak algılamazlar. Öksürük aralıklı olarak başlar ve daha sonra gün boyu devam eden ve sabah uyanırken yoğunlaşan tarzda ilerler (40, 41). Öksürük en başta kuru iken daha sonra mukus salgısı artar ve produktif hale gelir (8).

Balgam

İrritan partiküllerin inhale edilmesinin mukus bezlerindeki uyarıcı etkisine bağlı olarak KOAH hastalarında beyaz, gri, koyu kıvamlı ve yapışkan balgam görülmektedir. Solunum yolu enfeksiyonunda balgam miktarı artar ve balgam rengi sarı veya yeşil olur. Bakteriyel enfeksiyonlarda ise balgam pürülan olur (9, 10, 42).

Wheezing

KOAH'lı bireylerdeki 'hırıltılı solunum' olarak bilinen ve ekspiryumda duyulan solunum sesidir. Hava yolundaki daralma veya aşırı mukus nedeniyle hava yollarından geçiş anında türbülant hava akımı sebebiyle oluşmaktadır. Erken dönem belirtilerden olup egzersizle ortaya çıkmaktadır (10, 32).

Diğer Belirtiler

KOAH hastası bireylerde hastalığın ilerlemesi ile yorgunluk, iştahsızlık, anksiyöz ve depresif olma durumu, kilo kaybetme, uyumada güçlük, kardiyovasküler semptomlar,

kas güçsüzlükleri ve kemik erimeleri görülebilmektedir (10). Güçsüzlük, kilo kaybı, anoreksi daha ağır KOAH vakalarında karşılaşılan sorunlardır (43).

2.1.5. Tanı Yöntemleri ve Evreleme

KOAH tanılmasında subjektif ve objektif veriler kullanılmaktadır. Subjektif veriler; dispne, öksürük, balgam, tütün ve tütün ürünleri kullanımı, kimyasal gazlara ve biomass'a maruz kalma, genetik faktörler, hastaneye geliş ve atak şekli gibi başlıklardır (44).

Objektif veriler ise; solunum fonksiyon testi (SFT), akciğer röntgeni ve arteriyel kan gazlarıdır. Bununla birlikte kesin tanı yöntemi ise John Hutchinson tarafından geliştirilen spirometre aracılığıyla koyulmaktadır. KOAH'ın şiddetini tanılamada önemli yere sahip olan spirometrik ölçüm, bireyin yaş, cinsiyet, boy ve kilosuna bağlı olarak farklılık göstermektedir (45).

KOAH'ın evrelendirilmesinde ise FEV1 (Zorlu Ekspiratuar Volüm-Birinci Saniye) ve FVC (Zorlu Vital Kapasite) değerleri kullanılmaktadır. KOAH tanısı düşünülen bireyde postbronkodilatör FEV1 / FVC oranı <0.70 ise birey KOAH olarak değerlendirilir (44).

2.1.6. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

İlaç Tedavisi

KOAH tanılı bireylerde farmakolojik tedavideki amaç; alevlenmelerin şiddetini azaltmak, semptomları yönetilebilir hale getirmek ve sağlık durumunu iyiye götürmektir (46). KOAH'da tedavinin başlangıcını bronkodilatörler oluşturur (47). Bronkodilatör ilaçlar solunum yollarındaki düz kasları etkileyerek hava akımının artmasını ve bronşların dilate olmasını sağlar. Bronkodilatör ilaçlar uzun etkili (12 saat) ve kısa etkili (6 saat) olmak üzere iki gruptur. Kısa etkili bronkodilatörler akut ihtiyaçlarda ve hafif semptomlarda kullanılmaktadır. Uzun etkili bronkodilatörlerin ise tedavide düzenli kullanımı önerilmektedir (48).

Diğer tedavi şekli olan antibiyotik kullanımına ise alevlenme döneminde başvurulur (48). Alevlenmeye sebep olan bakteriyolojik etken belirlenip ona özgü etkili antibiyotikler kullanılmalıdır ancak hafif veya orta alevlenmelerde tedaviye genel olarak ampisilin ve amoksisilin ile başlanır (10).

2.1.7. Non-Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

Sigaranın Bırakılması

Ekspiryum manevrasının birinci saniyesinde akciğerlerden atılan hava miktarını gösteren FEV1 değerinin kaybını engelleyen en etkili tedavi yönteminin sigarayı bırakmak olduğu vurgulanmaktadır. Sigaranın bırakılması semptomların azaltılması nedeniyle tedavide oldukça önemlidir. Aynı zamanda maliyet düşürücü ve en etkili yöntemdir (32).

Fiziksel Aktivite

KOAH tanılı bireylerde morbidite ve mortaliteyi azaltmak için sigara bırakmak kadar etkili olan diğer yöntem fiziksel aktivitenin artırılmasıdır. KOAH hastalarının hastaneye yatış riskini günde 15 dakikalık yürüyüşler ve artan aktiviteler azaltmaktadır ve aynı zamanda hastaların yaşam kalitelerini artırmalarına da fayda sağlamaktadır (49).

Oksijen Tedavisi ve Solunum Desteği

Oksijen tedavisi, özellikle dördüncü evre KOAH tanılı bireylerde önemli bir nonfarmakolojik tedavi yöntemidir. Hastaneye alevlenme ile başvuran KOAH tanılı bireylerin tedavisinde temel hedef; doku hipoksisini engelleyerek PaO₂ bazal düzeyinin 60 mmHg ve üzeri oksijen saturasyonunun ise %90 ve üzerinde olmasıdır (50).

Oksijen tedavisini uygulamak için nazal oksijen kanül, basit maske, rezervuarlı maske, geri dönüşsüz maske, venturi maske ve noninvaziv pozitif basınçlı ventilasyon (NPPV) kullanılmaktadır (50). NPPV çok etkili ve güvenli olmasıyla birlikte hafif asidozda olan ve hiperkapnik hastalarda entübasyondan kurtarıcı bir tedavi şekli olduğu bilinmektedir. Tüm bu yöntemlerle cevap alınamayan KOAH atak olgularında endotrakeal entübasyon ile mekanik ventilasyon gereklidir. Endotrakeal entübasyon ile mekanik ventilatöre bağlanan hastaların %76'sında hızlıca mekanik ventilasyon sonlandırılıp spontan solunuma geçilebilir. Spontan solunumu devam ettirmede, solunum kaslarında güçsüzlük ve akciğer mekaniklerinde bozulmaları olan hastalar zorluk yaşayabilir (51).

Pulmoner Rehabilitasyon (PR)

PR, KOAH ve astım gibi kronik solunum yolları hastalık tanılarına sahip bireylerin başarılı hastalık yönetimine sahip olması için önem arz etmektedir (52). Pulmoner rehabilitasyon, hastaların fiziksel, duygusal iyi oluş hallerini sağlamayı ve kalıcı sağlık davranışlarını kazandırmayı hedefleyen bireye özgü egzersiz ve beslenme

eğitimi, sigaranın bırakılması, özyönetim, beden bütünlüğünün değeriendirilmesi ve büyük dudak solunumu egzersizini de içeren kapsamlı bir uygulamadır (9, 10).

Beslenme Desteği

Beslenme yetersizliği olan KOAH hastalarında, egzersiz eğitime ek olarak beslenme desteğinin sağlanmasının beden kütle indeksine olumlu etkilerinin varlığı gözlemlenmiştir (9). Beslenme desteği verilen hastaların beslenme desteği verilmeyen hastalar ile bazal değerieleri kıyaslanmış ve 6 dakikalık efor testinde solunum kaslarının gücü ve genel sağlık durumlarında belirgin iyileşmeler olduğu görülmüştür (53).

Proteinlerin ve somatik kas kütesinin korunması için diyetle pozitif azot dengesine dikkat edilmelidir. Karbonhidrat tüketimi %40-45'i geçmemelidir çünkü karbonhidratların katabolizması sonucu açığa çıkan ve vücutta biriken karbondioksit solunumu kısıtlar. Doymuş yağlardan kaçınılmalı ve kaliteli protein kaynakları tüketilmelidir. KOAH hastalarının kemik mineral yoğunluğu azalma eğiliminde olduğundan D ve K vitamininin diyetle alımı artırılmalıdır. Sigarayı bırakamayan KOAH hastası bireylerde C vitamini alımı artırılmalıdır (54).

Aşı Uygulaması

KOAH hastalarının büyük çoğunluğunda mortalite ve hospitalizasyonun sebebini pnömokokların sebep olduğu enfeksiyon ve influenza oluşturmaktadır (55). KOAH ataklarının önlenmesinde etkin bir yol olarak görülen grip ve pnömokok aşılmasının hospitalizasyonu ve mortaliteyi azalttığı bilinmektedir (56-58).

Öz Yönetim

Sağlıkta özyönetim; hastaların pozitif sağlık alışkanlıkları edinmesi ve sahip olduğu hastalık tanısı ile baş etme becerisi kazanmaları için motivasyon, teşvik ve rehberliği içerir. Sağlık çalışanları yalnızca eğitim vermeyi değil sürdürülebilir öz yönetim becerisini kazandırmayı amaçlamaktadır.

2.1.8. KOAH Hemşirelik Yönetimi ve Rehabilitasyonu

Tedaviye Uyum

Sağlık sektöründe tedaviye uyum kavramı ilk olarak 1976 yılında kullanılmaya başlanmıştır (59). Tedaviye uyum kavramı Cramer ve arkadaşları tarafından 'doktor tarafından uygun görülen ilacın uygun ölçüde, uygun zamanda, uygun dozda ve sıklıkta alınması' veya 'hastanın alması gerekli olan ilaç dozunu uygun aralıklara göre alması' şeklinde tanımlanmaktadır (60). Hekimin verdiği ilaçları doğru zamanda doğru dozda almak da tedaviye uyumu gösterir (61).

DSÖ'den edinilen bilgilere göre kronik hastalıkların beraberinde getirdiği uzun süreli tedaviye uyum oranı gelişmiş ülkelerde %50'dir. Bu oran gelişmekte ve gelişmemiş ülkelerde ise daha düşüktür (62). KOAH'da uygun hastalarda, doğru kullanılan farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi yöntemlerinin hastaların şikâyetlerini, solunum fonksiyon kapasitelerini, alevlenme sürecini iyileştirdiği görülmüştür. Aynı zamanda ekonomik yükünü azaltarak yaşam kalitesini de olumlu etkilediği görülmüştür. Kronik hastalıkların yönetimi sürecinde çok yönlü ve oldukça önemli olan tedavi uyumu, KOAH tanılı bireylerde de sıkça bir sorun olarak görülmektedir (16). KOAH tanılı bireylerde yapılan araştırmalar tedavi uyumsuzluk oranının %40-60 olduğunu göstermiştir. İnhaler tedavilerin ise yanlış kullanım oranının %4-95 arasında değişkenlik gösterdiği bildirilmiştir (62).

DSÖ tedavi uyumsuzluk etkenlerini; tedavi, hasta, hastalık, sosyoekonomik ve sağlık sistemi ile ilgili olarak beş başlık altında ele almıştır. Tedaviye uyumsuzluk kasıtlı ve kasıtsız olmak üzere iki başlıkta ele alınmaktadır.

Kasıtlı uyumsuzluk; hastalığın prognozunun ve tedavilerinin amacının eksik ve yanlış anlaşılmasından dolayı semptomların azalmasıyla ilacı kesmektir. Kasıtsız uyumsuzluk ise karmaşık ilaçlar, çoklu cihaz kullanımı, kafa karışıklığı ve bilişsel bozukluklar sebebiyle tedaviyi bırakmasıdır (12).

Tedavi uyumsuzluk nedenleri, ileri yaşa sahip olmak, sigarayı bırakamamak, çoklu tedaviler almak, yalnız yaşamak, düşük gelir düzeyine sahip olmak, depresyon, semptomlarını fark etmemek, bilişsel sınırlılıklara sahip olmak, unutkanlık ve hekime güvensizliktir.

KOAH tedavi uyumsuzluğunun hasta ve ailesi, sağlık ekibi ve sağlık ekonomisine olumsuz etkileri bulunur. Atakların artması ve buna bağlı yatışların uzaması, alevlenmeler, bağımlılığın artması ve buna paralel artan bakım yükü, bunlara bağlı maliyet artması ve yaşam kalitesinin azalması gibi olumsuz etkileri bulunur (16).

KOAH'ta Hemşirelik Yönetimi

Hasta eğitimi ve rehabilitasyon programları hastaları kendi hastalık süreçlerini yönetmede daha etkin kılmış ve olumlu sonuçlar vermiştir. Tüm kronik hastalıklardaki gibi KOAH'ta da hemşirelik yönetimi önemli bir yere sahiptir. KOAH'da hemşirelik bakımının temel amacı; ventilasyonu artırmak, hava yolu temizliğini ve açıklığını sürdürmek, enfeksiyöz etkenleri ortadan kaldırmak, hastalıkla baş edebilme gücü kazandırmak, öz bakım becerilerini artırmak, konfor düzeyini ve yaşam kalitesini artırmak ve hasta ve ailesini eğitmektir (12).

Wood-Baker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada KOAH tanılı bireylerde hemşirelik bakımının etkinliği ve özyönetimin gelişmesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmada KOAH'ın yönetiminde hemşirelik bakımının etkisi ile hastane yatışlarının azalması ve bireylerin yaşam kalitesinin artması ilişki bulunmuştur (63). Diğer bir araştırma sonucuna göre sağlık profesyonellerince hasta bireye ve ailesine verilen eğitim, hastaların bilgi düzeylerini ve öz yönetim becerilerini artırmıştır. Ek olarak tıbbi yardım arayışlarını ise anlamlı şekilde azaltmıştır (64).

Hemşirelerin KOAH hastalarında eğitici rolü; ilaç hazırlama, uygulama ve ilaçları öğrenme, pulmoner rehabilitasyon, öksürme egzersizleri, alevlenmeyi tetikleyecek durumları tespit edip kaçınmasını önerme, cihazların kullanımı ve bireyin güvenliğini sağlama gibi konuları içerir. Hemşireler bireye özgü bakım planı uygulamalı ve hastalığı bütüncül bir şekilde ele almalıdır (12).

KOAH tanılı bireylere başlıca “gaz değişiminin bozulması, hava yolları açıklığının yetersiz olması, etkisiz solunum yolu temizliği, aktivite intoleransı, beslenmede değişiklik, anksiyete, uyku düzeninde bozukluk, enfeksiyon riski, öz bakım yetersizliği” gibi hemşirelik tanıları koyulabilir ve bu tanımlara yönelik hemşirelik girişimleri uygulanabilir (65).

KOAH'ta Tedavi Uyum ve Hemşirelik Yönetimi

KOAH'ta semptom kontrolü yetersiz olduğunda, ilaç tedavisinin karışıklığı ve çokluğu bireylerin uyum sağlayamamasına neden olmaktadır. Hemşirelik yönetiminin etkin kullanılmasıyla hastalığa ve tedaviye uyum düzeyinin artması, atakların azalması öngörülmektedir. Hemşire her birey için ayrı olarak tedavi uyumunu güçleştiren faktörleri ayırt edip bu ayrıma göre bireylere eğitim ve danışmanlık yapmalıdır (13). Hemşireler tedavide uyuma ulaşabilmek için kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirerek tedaviye ve yeni yaşam şekline uyum göstermesi için destek sağlamalıdır. Aileyi de dahil ederek eğitimler vermelidir (66). KOAH hastalarına hemşirelerin uyguladığı özyönetim programlarının, plansız hekim ziyaretlerinden daha etkili olduğu, öz yeterliliği artırarak hastaların anksiyetelerini azalttığı belirtilmiştir (67). KOAH'lı hastalar ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin uyguladığı stres azaltma, dispne yönetimi ve etkin öksürme eğitimlerinin öz etkililiği artırdığı belirtilmiştir (68). KOAH'lı hastalarla yapılan bir çalışmada planlı hemşirelik eğitiminin yaşam kalitesini iyileştirdiği görülmüştür (69).

2.2. Covid-19 (Koronavirüs Hastalığı-2019)

2019 Aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde arka arkaya görülmeye başlayan pnömoni vakaları üzerine çalışılmış ve daha önce insanda rastlanmamış bir virüs tespit edilmiştir. 12 Ocak 2020'de etyolojisi bilinmeyen bu virüsü Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) '2019-nCoV' olarak tanımlamıştır. 30 Ocak 2020'de ise DSÖ uluslararası halk sağlığı problemi olarak bildirmiştir. 11 Şubat'ta DSÖ virüsü yeniden adlandırıp, 'Koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19)' olarak ilan etmiştir. COVID-19 Beta koronavirüs (betakoronavirüs) grubunda yer alan, içerisinde SARS-COV ve MERS-COV'u da barındıran virüstür (17). Çin'den sonra 113 ülkenin daha vaka bildirimini yapması ile de 11 Mart 2020'de pandemi ilan edilmiştir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre ise ülkemizde ilk Covid-19 vakası 11 Mart 2020 tarihinde bildirilmiştir. 15 Mart 2020 tarihinde ise koronavirüse bağlı ilk ölüm kaydedilmiştir (17).

2.2.1. Covid-19'un Psikolojik ve Toplumsal Etkileri

Psikolojik etkileri; salgın süreci birey ve toplumlarda farklı boyut ve türlerde psikolojik etkiler meydana getirmiştir. Salgının başlamasını takiben market raflarının boşalması, farklı semptomların da Covid-19 sanılması, asılsız iddialar ve komplo teorileri ile ortaya çıkan bilgi kirliliği kişiler üzerinde korku ve endişeyi artırmıştır. Pandemi döneminde insanlar ölmekten, işten çıkarılmaktan, dışlanmaktan ve sevdiklerinden ayrı kalmaktan korku duymuştur. Özellikle riskli grupta yer alan bireyler kendilerinin enfekte olma veya salgın hastalıktan dolayı ölme ihtimalini düşünerek yüksek oranda kaygı yaşamışlardır. Enfekte olan kişiler ölümden korkma ve sevdiklerinden uzak kalma korkusu yaşarlar. Bunlara ek olarak sosyal izolasyon, damgalanma, başkasını enfekte ettiği düşüncesi ve kendi sağlık durumuna ilişkin kaygılar gibi birçok faktörden korkup, ruh sağlığı etkilenmektedir (70).

İnsan sağlığını ciddi oranda etkileyen ve ölüme sebebiyet veren bu hastalığın bulaşını azaltmak için uygulanan izolasyon yöntemleri, iş, okul, hastane ve ev ortamlarında yapılan sınırlamalar bireyin korku ve kaygı düzeyini artırmıştır. Pandemi boyunca, psikolojik rahatsızlığa sahip olmayan bireylerin de semptomlar gösterdiği veya geçmişte var olan psikolojik sorunların tekrar yenilendiği gözlemlenmiştir. Gündelik yaşam rutininin değişmesine neden olan pandemi dönemi aile içi ilişkilerde zorluk yaşayan ailelerde sorunların artmasına, sigara ve madde kullanımının artmasına, stres ve korku seviyesinin artmasına, sosyal ilişkilerin azalması, aile içi geçimsizlik ve şiddetin artmasına neden olmuştur (17).

Salgınlar boyunca, psikolojik sağlık durumu etkilenen bireylerin sayısının, mevcut enfeksiyondan etkilenen bireylerin sayısından fazla olması muhtemeldir. Mental sağlığın bozulması depresyon, kaygı bozuklukları ve psikotik hastalıklara dönüşüp intihara kadar götürebilmektedir. Pandemi döneminde ilk intihar vakası Hindistan’da 50 yaşında bir erkek Covid-19 hastası olmuştur. Zorunlu karantina uygulamaları videoları ve haberlerden etkilenerек hayatına son vermiştir (70).

Ek olarak pandemi sürecinde tek veya çoklu can kayıpları yaşayan bireyler, süreç gereği yas dönemini yaşayamamış, acılarını paylaşamamış ve sosyal destek alamamıştır. Hissedildiğinde yaşanamayan duygular ise bireylerde depresyon ve öfke nöbetlerine neden olduğu gibi ölüm korkusu ve intihar gibi olumsuz psikolojik sorunlara da yol açmıştır (17).

Toplumsal etkileri; Covid-19 salgını yalnızca bireyleri değil toplumları da olumsuz yönde etkilemiştir. Covid-19’un beraberinde getirdiği kurallardan olan sosyal izolasyon ve karantina uygulaması birey ve toplum arasında temas yoksunluğuna neden olmuştur. Devletlerin aldığı diğer önlem uygulamalar ise; sokağa çıkma yasağı, maske kullanım zorunluluğu, izolasyon, seyahat kısıtlılıkları, sosyal mesafe kuralları ve okulların online eğitime geçilip kapatılmasıdır. Pandemi dönemi önlemleri birçok sektörde işsizlik, gerileme ve maddi sorunlara sebep olmuştur. Örneğin turizm ve seyahat sektöründe ciddi oranda azalmanın sebebi; ülkelerin sınırlarının diğer ülkelere kapatılması ve seyahatlerin yasaklanmasıdır (17).

Genel olarak bakıldığında, pandemi boyunca bireyler, sahip oldukları normların dışına çıkmışlardır ve buna bağlı yaşam memnuniyeti gerilemiştir. Bireyler yorulmuşlardır, bıkkınlık ve umursamazlık düzeyleri artmıştır. Varoluşsal kaygıları artmıştır. Varoluşsal kaygıların ise kadınlarda erkeklere göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirtilmiştir (71).

2.2.2. Covid-19 Korkusu ve Hemşirelik Yönetimi

Dünya çapında büyük bir etki uyandıran koronavirüs pandemisinin yönetiminde hemşirelerin rolü büyüktür. Hemşireler Covid-19 pandemisi boyunca topluma ve hastalara verdikleri çok sayıda hizmetlerle en ön safta yer almışlar ve çokça rol ve sorumluluk üstlenmişlerdir. Örneğin; PCR testi numune örneği alma ve şüpheli hastaları takip etme, enfeksiyon kontrolü ve personel eğitimi verme, hasta ve risk altındaki bireyleri koruma, destekleme ve eğitme, yaşam bulgularını ölçme ve kaydetme, karantina uygulamalarını öğretme, baş etme yöntemleri geliştirme, beslenme eğitimi, tedavi

düzenlemesi, triyaj yönetimi, toplum sağlığını koruma, koruyucu ekipman kullanımı ve tedariki gibi sorumlulukları bulunmaktadır (72).

Korku ‘mevcut tehlikeye karşın duygusal yönde bir tepki’ olarak tanımlanmaktadır. Korku ‘şu an’ için, kaygı ise ‘beklenen’ bir durum için kullanılmaktadır (73). Covid-19 pandemisi bireylerde korku duygusuna sebep olmaktadır. Korku düzeyini ise sosyal medya, haberler, bulaşma ve yayılma hızı ile ilişkili açıklanan bilgiler ve ölüm sayısı artırmaktadır (74). Virüsün insandan insana bulaşmasıyla, bireylerin birbirlerine yakınlaşmaktan duyduğu korku ve kaygı düzeyleri artmıştır (75). Korku düzeyini, virüsün henüz ortaya çıkması ve tedavi şeklinin belirsizlik göstermesi artıran faktörler arasındadır (76).

Bireylerin kendisine bulaşma ve yakınlarını kaybetme korkusuna ek olarak, sağlık kurumlarına erişimde zorluk çekme, dışlanma, gıda yokluğu ve enfekte olma korkusu yaşamaktadırlar. Bireyler enfekte olmasıyla birlikte işsiz kalma ve başkalarına Covid-19 bulaştırma korkusu da yaşamaktadırlar (77).

Sosyal mesafe kuralları ve karantina gibi önlemler bireylerde üzüntü, endişe ve korkuya neden olabildiği gibi öfke, kızgınlık, çaresizlik, yalnızlık ve gerginlik duygularını da tetikleyebilmektedir. Birçok insan koronavirüs testi pozitif kişilerle bilmeyerek veya bilerek temas etme ve hastalığın bulaşması korkusu yaşayabilmektedirler (77). Düşük gelir düzeyine sahip ve işini kaybetmiş ailelerde, bireyler pandemiye dair duyduğu korku ve stres duygusunun aile içi şiddet ve baskıya da neden olduğu vurgulanmaktadır (17).

2.3. KOAH, Covid-19 Korkusu ve Tedaviye Uyum

KOAH tanılı bireylerin solunum sistemini baskılayan ve hayati sonuçları olan Covid-19’dan korkmaları ve depresyon yaşamaları muhtemeldir. Pandemi öncesi çalışmalarda bile KOAH hastası bireylerin %40’ının depresif olma durumunun baskın olduğu vurgulanmıştır (21).

KOAH’lı hasta bireylerde Covid-19 görülme oranının daha düşük olduğu vurgulanmaktadır. Nedeninin hastaların Covid-19 korkusuyla daha tedbirli davranması ve kendilerini izole etmeleriyle beraber patojenlere daha az maruz kalınmasından kaynaklı olduğu söylenebilir. Enfekte olan KOAH hastası bireylerin ise prognozunun diğer KOAH hastası bireylerle karşılaştırıldığında daha kötü prognoza sahip olduğu belirtilmiştir (19).

KOAH hastalarında Covid-19 bulaş durumlarında yüksek ateş, balgam çıkarmada artış, dispne ve bilinç bulanıklığı semptomlarının daha yoğun yaşandığı görülmüştür. Ek

olarak üçüncü basamak yoğun bakım hizmeti ve mekanik ventilasyon ihtiyacı, oksijen desatürasyonu ve mortalite oranlarının KOAH hastası bireylerde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Covid-19'un tipik KOAH alevlenmelerini tetiklediği belirtilmiştir. Covid-19'un akciğer fonksiyonları üzerindeki etkileri sebebiyle alevlenmeler durdurulamamaktadır (78). Bu koşullarda, KOAH hastası bireylerin de korku ve depresyon yaşamaları muhtemeldir. Pandemi olmadan önce yapılan çalışmalar KOAH tanılı bireylerin %40'ının depresif olduğunu göstermiştir (21).

Pandemi belirsizliklerle başlamış ve ilerlemiştir. Bu da insanlarda korku, panik ve endişe duygularını artırmıştır. Ölüm, yoğun bakım hasta ve entübe sayıları, yoğun bakımların doluluk oranları, medyadaki haberler ve yorumlar sebebiyle korku daha da artmıştır (7). Bu gibi durumlar pandeminin bireyler ve özellikle zaten mevcut bir obstrüktif akciğer hastalığı tanısına sahip KOAH'lı bireyler üzerindeki etkisinin görmezden gelinmemesi gerektiğini göstermektedir.

KOAH'lı bireylerde Covid-19 bulaşma riskine ek olarak tedaviye uyumsuzluk da önemli bir sorun olarak belirtilmektedir. Tedaviye uyumsuzluk alevlenmeler, artan bakım yükü ve sağlık ekonomisine verdiği zararlar ile istenmeyen bir durumdur (16).

Hastalığın günlük aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisi, tedavi sonuçlarını değerlendirmede kullanılan parametrelerdir. Yaşam kalitesi, KOAH tanılı bireylerin hastalığını ve tedavinin etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (15). Dolayısıyla yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi arasında, etkileri göz ardı edilemeyecek bir bağlantı vardır. Kronik hastalıklarda semptom yönetimi ve tedavinin başarılı bir şekilde yürütülebilmesi için hastalık uyumunun önemli olduğu, hastalık uyumu arttıkça yaşam kalitesinin de olumlu etkilendiği bildirilmiştir (16).

KOAH hastaları ile en yakın temasta bulunan meslek grubu hemşirelerdir ve bu hasta grubunda önemli yere sahiptirler. Etkili bir hemşirelik eğitimi ile, semptom kontrolü sağlanarak hastalık ve tedaviye uyumun artması, alevlenmelerin azaltılması hastalığa uyuma olumlu yönde katkı sağlayacak bir yaklaşımdır (13). Kronik solunum sistemi hastalıklarına sahip bireylerle yapılan bir çalışmada KOAH ve astım gibi solunum sistemi hastalıklarının yönetiminde %68 oranında hemşirelerin aktif rol üstlendikleri belirtilmiştir (23).

Hemşireler yalnızca farmakolojik değil nonfarmakolojik tedavi uygulamalarında da önemli yere sahiptir. Zakrisson ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada hemşire liderliğinde gerçekleştirilen PR uygulamalarının olumlu sonuçlar doğurduğu bildirilmiştir (79). Wood-Baker ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmada ise

KOAH’da etkili yönetimin artmasında, hastane yatışlarının azalmasında, yaşam kalitesinin artırılmasında hemşirelik bakımının önemli olduğu belirtilmiştir (24).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma KOAH tanılı bireylerin koronavirüs korkusunun tedaviye uyum düzeyine etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Malatya Turgut Özal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde yatan KOAH tanılı 262 hasta ile yapılmıştır. Malatya Turgut Özal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi 1206 yatak kapasitesine sahip olup, hastanede 4 tane Göğüs Hastalıkları servisi bulunmaktadır. Göğüs Hastalıkları servisi, her biri 14 yataklı olmak üzere toplam 56 yatak kapasitesine sahiptir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kasım 2022- Haziran 2023 tarihleri arasında Malatya Turgut Özal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları servisinde yatan hastalar, örneklemi ise araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 262 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü güç analizi yapılarak belirlenmiştir. Bu çalışmadaki etki büyüklüğü Cohen'in (2013) kriterleri kullanıldığında orta olduğu düşünülmüştür. En basit guruplar içi ve guruplar arası karşılaştırma için etki düzeyi 0.2 istatistik gücü 0.95 ve anlamlılık düzeyi (α , alfa) 0.05 alındığında örneklem büyüklüğü 262 olarak belirlenmiştir. (N=262) Örneklem büyüklüğü hesabı için Gpower 3.1.9.7 programı kullanılmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- ✓ En az 6 ay önce KOAH tanısı almış olan
- ✓ En az 3 aydır KOAH tedavisi gören
- ✓ 18 yaş ve üzerinde olan
- ✓ Soruları anlayabilecek bilişsel yeterlilikte olan
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar örnekleme dâhil edilmiştir.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- ✓ İletişim sorunu olan
- ✓ Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan

- ✓ Çalışmaya katılmayı reddeden
- ✓ Ciddi pulmoner veya kardiyolojik ek hastalığı olan hastalar örnekleme dâhil edilmemiştir.

3.5.1. Araştırmayı Sonlandırma Ölçütleri

Çalışmadan ayrılmak isteme bağlı olarak belirlenmiştir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

- ✓ Tek merkezde yapılmış olması
- ✓ Görüşmelerin 20-30 dk ile sınırlı olması
- ✓ Malatya Turgut Özal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi göğüs hastalıkları servisine yatışı yapılan KOAH hastaları ile sınırlı olması sonuçların genellenebilirliği açısından sınırlılık oluşturmaktadır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri Covid-19 korkusu düzeyi, hastaların sosyo-demografik ve bazı tıbbi özellikleridir.

3.6.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri KOAH'lı bireylerde tedaviye uyum düzeyi ve SGRQ ölçeğinden elde edilen puanlarıdır.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri; araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (EK-6) ve Malatya İl Sağlık Müdürlüğü'nden (EK-7) gerekli izinler alındıktan sonra araştırmacı tarafından gündüz mesai saatleri içerisinde yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Görüşmeler her bireyde yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

Araştırmada veri toplama aşamasının başlangıcında çalışma kriterlerine uyan hastalar belirlenmiştir. Birim rutin işleyişinde iken çalışma kriterlerine uyan hastalar ile ilk değerlendirmesi yapıldıktan sonra ve tedavi saatleri dışında görüşme sağlanmıştır. Anket formları çalışmaya katılacak hastalardan, hastanın odasında görüşülerek toplanmıştır. Odanın havalandırması pencereleri açılarak sağlanmıştır. Düşme riski olan hastaların düşmesini engellemeye yönelik tedbirler alınmıştır. Hastalar araştırma

hakkında bilgilendirilmiştir. Sonrasında sözlü ve yazılı onam alınarak araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2), Saint George Solunum Anketi (SGRQ) (EK-3), Covid -19 Korkusu Ölçeği (FCV-19S) (EK-4), Morisky 8-Maddeli İlaça Uyum Ölçeği (MMAS-8) (EK-5) kullanılarak toplanmıştır.

3.8.1. Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulan hasta tanıtım formunda; bireylerin sosyo-demografik özellikleri, hastalığa ilişkin özellikleri, tedavi şekli ve tedavi uyumuna yönelik toplam 22 soru yer almaktadır (7, 12).

3.8.2. Saint George Solunum Anketi (SGRQ)

St. George Solunum Anketi KOAH ve astımda kullanılan yaşam kalitesini ölçen ölçeklerden biridir. P.W Jones ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (80). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Polatlı ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmıştır. Anket semptom, aktivite ve etki olmak üzere üç kısımdan ve toplam 50 maddeden oluşmaktadır. Semptom kısmı 8 madde, semptomların sıklık ve ciddiyetini; aktivite kısmı 16 madde, nefes darlığına neden olan aktiviteleri; etki kısmı 26 madde ise hastalık kaynaklı sosyal fonksiyon yetersizliklerini ve psikolojik rahatsızlıkları içermektedir. Ankete verilen cevaplar 5’li likert ve evet/hayır bölümlerinden oluşmaktadır (81).

Anketin puanlaması; her soru için belirtilen ağırlıklı puanları kullanılarak yapılmaktadır. Semptom kısmı, 1-8 arasındaki soruların puan ağırlıkları toplanarak puanlama yapılmaktadır. Aktivite kısmı, Bölüm 2’deki 2. ve 6. kısımlara olan olumlu yanıtların puan ağırlıkları toplanarak hesaplanır. Etki kısmı, bölüm 2’deki 1.3.4.5. ve 7. kısımların olumlu yanıtların puan ağırlıkları toplanarak hesaplanır. Böylece her bir alt boyut için ayrı puan ve anket için toplam yani yaşam kalitesi puanı elde edilir. Bu puanların elde edilmesi için aşağıdaki formüller kullanılır.

Alt Boyut Puanı=100 x alt boyuta ait pozitif cevap verilmiş maddelerin toplamı/alt boyutun toplam ağırlıklı puanı

Toplam anket puanı=100x tüm ölçekteki tüm pozitif maddelerin toplamı/toplam ağırlıklı puanı

Anketin puanlaması bilgisayar ortamında oluşturulan otomatik puanlama kılavuzu kullanılarak yapılabilmektedir. Bilgisayara indirilen Excel hesaplama tablosundaki sayfalara ilgili veri girişleri sağlanarak ölçeğin alt boyutları ve toplam puan hesaplaması yapılabilmektedir. Bu çalışmanın anket puanı hesaplanması, Excel uygulaması kullanılarak yapılmıştır. SGRQ puanlaması skor hesaplama algoritması kullanılarak hesaplanmaktadır. Her bir yanıtın belirlenmiş olan ağırlıklı puanı toplanarak skora yapılmaktadır. SGRQ skorları 0 (maksimum iyilik) ile 100 (en düşük sağlık seviyesi) aralığındadır. Skorun yüksek olması değerlendirilen alanlarda yaşam kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı tüm ölçek için 0.88 olarak bulunmuştur (81). Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0.82 olarak hesaplanmıştır.

3.8.3. Covid -19 Korkusu Ölçeği (FCV-19S)

Covid-19 Korkusu Ölçeği, Ahorsu ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (82). Yedi maddeli ve tek boyutlu olan ölçek 5 puanlık Likert tipi derecelendirme sistemine sahiptir (1: Kesinlikle katılmıyorum ve 5: Kesinlikle katılıyorum). Covid-19 Korkusu Ölçeğinin Türkçe uyarlama çalışması ise Satıcı ve arkadaşları tarafından 2020 yılında yapılmıştır.

Ölçeğin tüm maddelerinden alınan toplam puan bireyin yaşadığı Koronavirüs korkusu düzeyini yansıtmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 7 ile 35 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan yüksek düzeyde koronavirüs korkusu yaşamak anlamına gelmektedir. Cronbach alfa toplam ölçek güvenirlik katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur (83). Bu araştırmada Covid-19 Korkusu Ölçeği Cronbach Alfa değeri 0.87 olarak hesaplanmıştır.

3.8.4. Morisky 8-Maddeli İlaç Uyum Ölçeği (MMAS-8)

Hastanın kendi bildirimine dayalı ilaç kullanım davranışlarını değerlendiren ve tedavi uyumsuzluğuna neden olabilecek engellerin daha iyi şekilde değerlendirilebilmesine olanak sağlayacak sorular içeren bir ölçektir (84). Sekiz sorudan oluşmaktadır. Türkçe'ye geçerlik çalışması 2014 yılında Oğuzülgen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (85).

İlk yedi soruya “evet/hayır” şeklinde cevap verilirken, sekizinci soru beşli likert “hiç/nadiren”, “arada bir”, “bazen”, “genellikle” ve “her zaman” cevapları verilmektedir. Morisky 8- maddeli ilaç uyum ölçeği 0-8 puan arasında hesaplanmaktadır. Sekiz tam

puan tam uyumu, 6-7 puanları orta uyumu ve 5 ve aşağısındaki puanlar düşük uyumu göstermektedir (86). Bu çalışmada Morisky 8-Maddeli İlaça Uyum Ölçeğinin Cronbach Alfa değeri 0.60 olarak hesaplanmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizinde SPSS 24.0 (Statistical Package for the Social Sciences) istatistiksel veri analiz programı ve Microsoft Excel programları kullanılmıştır. Araştırma verilerinin güvenilirlik düzeyinin belirlenmesi amacıyla Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Araştırma verilerinin normallik durumunun belirlenmesi amacıyla Çarpıklık (Skewness) ve Basıklık (Kurtosis) katsayıları belirlenmiştir. Çarpıklık ve basıklık analizine göre araştırma verilerinin normal dağılımda olması sebebiyle bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki anlamlılık analizlerinde parametrik testler (t Tesi ve ANOVA Testi) uygulanmıştır. Araştırmaya katılan hastalarının kişisel bilgilerinin dağılımının belirlenmesinde frekans (n) ve yüzde (%) analizi yapılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla korelasyon, değişkenlerin birbiri üzerine olan etkisinin tespit edilmesinde ise regresyon analizi uygulanmıştır. Anlamlılık analizlerinde $p=0.05$ olarak alınmıştır.

Tablo 3.1. Güvenirlik Analizi

Ölçek	Alt Boyutlar	Cronbach Alfa
Covid-19 Korkusu Ölçeği		0.870
İlaça Uyum Ölçeği		0.604
Saint George Solunum Anketi	Semptom	0.891
	Hastalığın Etkileri	0.784
	Aktivite Kısıtlılığı	0.893
	Ölçek Toplamı	0.825

Tablo 3.1.'de yer alan verilere göre Covid-19 Korkusu Ölçeği Cronbach Alfa katsayısı 0.87 olurken, İlaça Uyum Ölçeğinin 0.60. Saint George Solunum Anketi alt boyutlarından semptom alt boyutunun 0.89, hastalığın etkileri alt boyutunun 0.79, aktivite kısıtlılığı alt boyutunun 0.90, ölçek toplamının ise 0.91 olduğu görülmektedir.

Tablo 3.2. Normallik Analizi

Ölçek	Alt Boyutlar	n	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
Covid-19 Korkusu Ölçeği		262	0.069	-1.046
İlaça Uyum Ölçeği		262	1.369	0.915
Saint George Solunum Anketi	Semptom	262	-0.229	-1.304
	Hastalığın Etkileri	262	0.050	-0.579
	Aktivite Kısıtlılığı	262	-0.449	-0.482
	Ölçek Toplamı	262	0.190	0.226

Tablo 3.2.'ye göre Covid-19 Korkusu Ölçeği çarpıklık katsayısı 0.069, basıklık katsayısı -1.046, İlaça Uyum Ölçeğinin çarpıklık katsayısı 1.369, basıklık katsayısı 0.915; Saint George Solunum Anketi alt boyutlarından semptom çarpıklık katsayısı -0.229, basıklık katsayısı -1.304, hastalığın etkileri alt boyutunun çarpıklık katsayısı 0.050, basıklık katsayısı -0.579; aktivite kısıtlılığı alt boyutunun çarpıklık katsayısı -0.449, basıklık katsayısı -0.48, ölçek toplamının çarpıklık katsayısı 0.190, basıklık katsayısı 0.226 olarak belirlenmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1.500 ile +1.500 arasına olması sebebiyle araştırmanın veri setinin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir (87). Araştırma verilerinin normal dağılım göstermesinden dolayı ortalama puanlar arasındaki farkların anlamlılık düzeylerinin analizinde parametrik testlerden t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. Analizlerde anlamlılık seviyesi (p) < 0.05 olarak kabul edilmiştir.

3.10. Etik Açıklamalar

Araştırmanın yürütülmesi için; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Bkz. EK-6) ve Malatya İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin (Bkz. EK-7) alınmıştır. Veri toplama formları için ölçek sahiplerinden gerekli izinler alınmıştır (Bkz. EK-8). Veriler araştırmacı tarafından çalışmaya katılmayı kabul eden ve sözlü onamı alınan hastalarla yüz yüze doldurulmuştur.

Tablo 3.3. Araştırma Süreci

Yapılan Çalışmalar	Mayıs Haziran 2022	Haziran Ekim 2022	Ekim Kasım 2022	Aralık 2022- Şubat 2023	Şubat Mart 2023	Mart- Mayıs 2024	Haziran 2024	Temmuz 2024
Literatür inceleme	X							
Araştırma planı		X						
Kurum İzni			X					
Veri Toplama				X				
Verilerin Analizi					X			
Tez Yazımı						X		
Tez Savunma Sınavı							X	
Tez Teslimi								X

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Yaş Ort=67.95±14.35	55 ve altı	53	20.2
	56-65	52	19.8
	66-75	74	28.2
	76 ve üzeri	83	31.7
Cinsiyet	Erkek	149	56.9
	Kadın	113	43.1
Medeni Durum	Evli	205	78.2
	Bekâr	57	21.8
Eğitim Durumu	Okuryazar	35	13.4
	Okuryazar Değil	78	29.8
	İlkokul/Ortaokul Mezunu	93	35.5
	Lise	34	13.0
	Üniversite	22	8.4
Çalışma Durumu	Evet	59	22.5
	Hayır	203	77.5
Meslek	Ev Hanımı	71	27.1
	İşçi Memur	35	13.4
	Emekli	66	25.2
	Serbest Meslek	10	3.8
	Çiftçi	21	8.0
	Mesleği Yok	59	22.5
	Yalnız	35	13.4
Kiminle Yaşadığı	Eşim	49	18.7
	Eşim ve Çocuk	114	43.5
	Çocuklarını	56	21.4
	Diğer	8	3.1
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	70	26.7
	Gelir Gidere Denk	152	58.0
	Gelir Giderden Fazla	40	15.3
	Total	262	100.0

Tablo 4.1.'e göre araştırmaya katılan KOAH hastalarının %31.7'si 76 ve üzeri yaşlarındayken, %28.2'si 66-75. %20.2'si 55 ve altı, %19.8'i ise 56-65 yaşları arasındadır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 67.95'dir. Hastalardan %56.9'u erkek, %43.1'i kadındır. %78.2'si evli olan hastaların, %35.5'i ilkokul/ortaokul mezunu, %29.8'i okuryazar değil, %13'ü lise mezunudur. %77.5'i çalışmayan hastaların %27.1'i ev hanımıyken, %25.2'si emekli, %13.4'ü işçi veya memur olarak çalışmaya devam etmektedir. Hastaların %43.5'i eşi ve çocuğu ile yaşarken, %21.4'ü çocuklarıyla, %18.7'si eşiyle, %13.4'ü yalnız yaşamaktadır. Hastaların %58'inin geliri giderine denkken, %26.7'sinin geliri giderinden az, %15.3'ünün ise geliri giderinden fazladır.

Tablo 4.2. Hastaların Boy, Kilo BKİ Dağılımı

		N	%
Boy Ort=166.55 cm	1.55 ve altı	55	21.0
	1.56-1.65	68	26.0
	1.66-1.75	89	34.0
	1.76 ve üzeri	50	19.1
Kilo Ort=73.71 kg	60 ve altı	45	17.2
	61-70	85	32.4
	71-80	70	26.7
	81 ve üzeri	62	23.7
BKİ Ort=26.67	20.00 ve altı	16	6.1
	20.01-25.00	86	32.8
	25.01-30.00	108	41.2
	30.01-35.00	30	11.5
	35.01 ve üzeri	22	8.4
	Total	262	100.0
BKİ: Beden Kütle Endeksi	Ort: Ortalama	Kg: Kilogram	Cm: Santimetre

Tablo 4.2'e göre araştırmaya katılan hastaların %34'ünün boyu 1.66-1.75 cm, %26'sı 1.56-1.65 cm arasındayken boy ortalamaları 166.55 cm'tir. Araştırmaya katılan hastalardan %32.4'ü 61-40 kg, %26.7'si 71-80 kg arasındayken kilo ortalamaları 73.71 kg'dir. Hastaların %41.2'sinin BKİ 25.01-30.00, %32.8'inin 20.01-25.00 arasındayken, BKİ ortalaması 26.67'dir.

Tablo 4.3. Hastaların Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarının Dağılımı

		N	%
Sigara	Evet	39	14.9
	Hayır	114	43.5
	Bıraktım	109	41.6
Günlük Kullanılan Sigara Adedi Ort=16.97	10 ve daha az	18	6.9
	11-20 arası	15	5.7
	21 ve daha fazla	6	2.3
	İçmiyor	223	85.1
Sigara İçme Süresi Ort=34.46	20 yıl ve daha az	14	5.3
	21-40 yıl	10	3.8
	41 yıl daha fazla	15	5.7
	İçmiyor	223	85.1
Alkol	Evet	6	2.3
	Hayır	223	85.1
	Bıraktım	33	12.6
	Total	262	100.0
Ort: Ortalama			

Tablo 4.3'e göre araştırmaya katılan hastaların %14.9'u sigara kullanırken, %43.5'i sigara kullanmamakta, %41.6'sı sigarayı bırakmıştır. Sigara içen hastaların %6.9'u günde 10 ve daha az, %5.7'si 11-20 adet sigara içerken, günlük içilen sigara ortalaması 16.67'dir. Sigara içen KOAH hastaların %5.7'si 41 yıl ve daha fazla, %5.3'ü 20 yıl ve daha az süredir sigara içerken, sigara içme sürelerinin ortalaması 34.46 yıldır. Araştırmaya katılan hastalardan %85.1'i alkol kullanmazken, %12.6'sı bırakmış, %2.3'ü ise hala alkol kullanmaktadır.

Tablo 4.4. Hastaların Hastalık Geçmişi ile İlgili Bilgilerin Dağılımı

		n	%
KOAH Süresi Ort=11.52	5 yıl ve daha az	114	43.5
	6-15 yıl	77	29.4
	16-25 yıl	39	14.9
	26 yıl ve üzeri	32	12.2
Yılda Hastaneye Yatma Sayısı Ort=1.83	1 defa	161	61.5
	2 defa	55	21.0
	3 ve daha fazla	40	15.3
	Hastaneye yatmamış	6	2.3
İlaç Kullanma Süresi Ort=1.75	5 yıl ve daha az	124	47.3
	6-10 yıl	80	30.5
	11 yıl ve daha fazla	58	22.1
Aile Öyküsünde KOAH Olma Durumu	Evet	122	46.6
	Hayır	140	53.4
Hastalığı Şiddetlendiren Durum	Soba	70	26.7
	Sigara	57	21.8
	Nem	44	16.8
	Rutubet	37	14.1
	Bilmiyor	54	20.6
	Total	262	100.0
KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı		Ort: Ortalama	

Tablo 4.4'e göre KOAH hastalarından %43.5'inin KOAH tanısı aldığı yıl süresi 5 yıl ve daha az, %29.4'ünün 6-15 yılken, KOAH tanısı konma süre ortalaması 11.52'dir.

Araştırmaya katılan hastalardan %2.3'ü hastaneye yatmamışken, %61.5'i yılda 1, %21'i yılda 2, %15.3'ü yılda 3 ve daha fazla defa hastaneye yatmaktadırlar, yılda hastaneye yatma sayı ortalaması ise 1.83'tür.

Hastalardan %47.3'ü 5 yıl ve daha az süredir ilaç kullanırken, %3.5'i 6-10 yıl, %22.1'i 11 yıl ve daha uzun bir süredir ilaç kullanmaktadır, ilaç kullanma süre ortalaması ise 17.03 aydır.

Araştırmaya katılan hastalardan %53.4'ünün ailesinde KOAH öyküsü bulunmazken, %46.6'sında bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalardan %26.7'si hastalığının şiddetlenme sebebini soba olarak görürken, %21.8'i sigara, %16.87'i nem, %14.1'i ise rutubetten dolayı hastalığının şiddetlendiğini düşündüğünü belirtmişlerdir.

Tablo 4.5. Hastaların Tedavi ve Tedaviye Uyum ile İlgili Bilgilerinin Dağılımı

		N	%
Kontrolle Gitme	Evet	134	51.1
	Hayır	128	48.9
Uygulanan Tedavi	Damardan ilaç tedavisi	62	23.7
	Ağızdan ilaç tedavisi	47	17.9
	Maske ve solunum yolundan ilaç tedavisi	153	58.4
Tedaviye Uyum	Evet	215	82.1
	Hayır	47	17.9
	Total	262	100.0

Tablo 4.5'e göre araştırmaya katılan hastaların %51.1'i kontrole giderken, %48.9'u gitmemektedir.

Hastaların %58.4'üne maske ve solunum yoluyla ilaç tedavisi uygulanırken, %23.7'sine damardan ilaç tedavisi, %17.9'una ağızdan ilaç tedavisi uygulanmaktadır.

Hastaların %82.1'i doktorunun önerdiği şekilde tedaviye uyduğunu belirtirken, %17.9'u uymadığını belirtmiştir.

Tablo 4.6. FCV-19S, MMAS-8 ve SGRQ Ölçeğinin Puan Ortalamaları (n=262)

Ölçek	Alt Boyutlar	Ort±Ss	Min- Max
Covid-19 Korkusu Ölçeği		16.74±7.41	7- 35
İlaça Uyum Ölçeği		2.58±1.41	0 – 8
Saint George Solunum Anketi	Semptom	49.88±23.74	100
	Hastalığın Etkileri	44.18±16.18	100
	Aktivite Kısıtlılığı	64.15±22.75	100
	Ölçek Toplamı	51.89±9.093	100
FCV-19S: Covid-19 Korkusu Ölçeği	MMAS-8: İlaça Uyum Ölçeği	SGRQ: Saint George Solunum Anketi	

Tablo 4.6.'ya göre FCV-19S puan ortalaması 16.74 ± 7.41 , MMAS-8 puan ortalaması 2.58 ± 1.41 , SGRQ alt boyutlarından semptom ortalaması 49.88 ± 23.74 , hastalığın etkileri puan ortalaması 44.18 ± 16.18 , aktivite kısıtlılığı puan ortalaması 64.15 ± 22.75 ve ölçek toplamı puan ortalaması 51.89 ± 9.093 'tür.



Tablo 4.7. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre FCV-19S, MMAS-8 ve SGRQ Puan Ortalamaları

Sosyo-Demografik Özellikler		n	FCV-19S	MMAS-8	SGRQ-Semptom	SGRQ-Hastalığın Etkileri	SGRQ-Aktivite Kısıtlılığı	SGRQ Toplam Puanı
			Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Yaş	55 ve altı	53	16.83±7.51	2.34±1.32	65.09±16.78	30.25±12.06	39.51±18.38	46.49±7.17
	56-65	52	14.89±7.63	2.44±1.21	47.32±24.86	44.91±14.49	63.22±19.36	51.05±6.93
	66-75	74	17.82±7.40	2.41±1.13	50.53±22.62	44.86±16.15	68.84±19.37	53.44±9.26
	76 ve üzeri	83	16.87±7.13	2.98±1.70	41.18±23.34	52.00±13.79	76.28±17.45	54.47±9.79
	F	F	1.638	3.345	12.694	25.069	44.501	10.345
Cinsiyet	p	p	0.181	0.020	0.000	0.000	0.000	0.000
	Fark			4>1.2.3	1>2.3.4	4>1.2.3	4>1.2.3	4>1.2
	Erkek	149	16.37±7.46	2.58±1.45	52.47±23.84	41.94±16.32	60.19±23.16	51.09±9.24
	Kadın	113	17.22±7.35	2.58±1.35	46.46±23.297	47.13±15.59	69.36±21.19	52.94±8.81
	t	t	-0.921	0.049	2.041	-2.602	-3.290	-1.643
Medeni Durum	p	p	0.358	0.961	0.042	0.010	0.001	0.102
	Evli	205	17.25±7.30	2.49±1.34	53.66±22.62	43.38±15.56	63.14±22.32	52.76±9.23
	Bekâr	57	14.88±7.56	2.91±1.58	36.28±22.87	47.03±18.10	67.76±24.11	48.75±7.86
	t	t	2.156	-2.028	5.120	-1.508	-1.301	2.993
	p	p	0.032	0.044	0.000	0.133	0.175	0.003
Eğitim Durumu	Okuryazar	35	15.543±7.81	3.26±1.77	41.74±21.70	49.31±16.68	70.89±20.39	52.42±8.90
	Okuryazar Değil	78	16.37±6.92	2.82±1.52	36.81±22.14	52.19±13.47	78.85±15.38	53.47±8.62
	İlkokul/Ortaokul Mezunu	93	17.52±7.95	2.26±1.16	55.38±23.41	42.04±15.93	61.09±20.81	52.42±9.48
	Lise	34	18.00±6.16	2.59±1.35	61.66±16.22	36.34±13.25	48.35±20.02	49.69±9.16
	Üniversite	22	14.68±7.70	2.00±0.69	67.69±14.05	28.74±9.95	38.64±18.96	46.61±7.22
Çalışma Durumu	F	F	1.205	5.052	16.560	16.097	29.104	3.159
	p	p	0.309	0.001	0.000	0.000	0.000	0.015
	Fark			1>3.4	5>1.2.3	2>3.4.5	2>1.3.4.5	2>4.5
	Evet	59	16.54±7.28	2.44±1.34	60.47±18.63	33.02±12.07	45.87±19.48	47.32±7.96
	Hayır	203	16.79±7.47	2.62±1.42	46.80±24.22	47.42±15.80	69.46±20.83	53.22±8.98
Çalışma Durumu	t	t	-0.228	-0.865	4.005	-6.468	-7.766	-4.547
	p	p	0.820	0.388	0.000	0.000	0.000	0.000

Meslek	Ev Hanımı	71	17.13±7.43	2.75±1.50	53.12±23.74	46.75±15.88	70.07±20.43	55.44±9.03
	İşçi Memur	35	13.94±7.42	2.71±1.67	63.47±16.80	30.41±12.33	42.68±19.73	46.67±9.01
	Emekli	66	17.56±7.76	2.47±1.34	52.44±22.16	45.06±16.32	61.74±21.78	52.71±9.61
	Serbest Meslek	10	21.90±3.78	2.10±0.32	55.00±19.29	44.19±13.52	56.88±23.28	52.27±7.33
	Çiftçi	21	17.67±6.58	2.33±1.32	56.97±21.65	36.25±10.60	54.76±20.05	49.27±8.37
	Mesleği Yok	59	15.78±7.21	2.59±1.34	31.66±20.72	51.07±15.00	77.01±17.50	50.67±7.28
	F	2.507	0.704	12.326	10.113	15.340	5.603	
	p	0.031	0.621	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	Fark	4>2.5		2>1.3.5	1>2.5	1>2.3.5	1>2.5.6	
	Fark	4>1		3>1.2.4	4>1.3	4>1.5	4>1.2.3	
Kiminle Yaşadığı	Yalnız	35	12.71±6.46	2.91±1.63	44.29±25.11	42.58±18.63	63.57±23.41	49.03±8.22
	Eşim	49	17.67±7.97	2.41±1.22	40.60±23.92	48.65±14.14	72.70±18.07	52.11±7.04
	Eşim ve Çocuk	114	17.11±7.41	2.44±1.29	56.20±21.76	38.82±14.66	54.77±22.19	50.04±8.11
	Çocuklarım	56	18.21±6.66	2.68±1.43	47.77±23.20	52.54±14.40	76.90±16.21	57.29±11.15
	Diğer	8	12.88±7.28	3.50±2.33	55.80±25.89	41.53±20.58	58.59±33.23	51.67±6.44
	F	4.137	1.918	4.890	8.869	13.164	7.720	
	p	0.003	0.108	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000
	Fark	4>1		3>1.2.4	4>1.3	4>1.5	4>1.2.3	
	Fark	4>1		3>1.2.4	4>1.3	4>1.5	4>1.2.3	
	Fark	4>1		3>1.2.4	4>1.3	4>1.5	4>1.2.3	
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	70	16.81±7.59	2.89±1.72	45.72±23.42	48.62±14.36	72.95±18.76	54.04±8.90
	Gelir Gidere Denk	152	16.35±6.94	2.44±1.20	50.56±24.14	43.82±16.43	63.36±22.82	51.82±9.27
	Gelir Giderden Fazla	40	18.08±8.75	2.58±1.47	54.55±22.16	37.74±16.27	51.72±22.95	48.37±7.69
	F	0.863	2.427	1.929	6.062	12.268	5.125	
	p	0.423	0.090	0.147	0.003	0.000	0.007	
	Fark	0.423	0.090	0.147	0.003	0.000	0.007	
	Fark	0.423	0.090	0.147	0.003	0.000	0.007	
	Fark	0.423	0.090	0.147	0.003	0.000	0.007	
	Fark	0.423	0.090	0.147	0.003	0.000	0.007	
	Fark	0.423	0.090	0.147	0.003	0.000	0.007	
BKİ	20.00 ve altı		16.44±7.06	3.25±1.92	45.31±22.84	55.85±17.50	76.95±21.13	57.75±12.92
	20.01-25.00		15.97±7.16	2.40±1.28	59.80±19.12	38.45±15.63	56.40±24.70	51.57±9.66
	25.01-30.00		17.19±7.26	2.59±1.48	48.45±23.82	44.71±15.48	64.87±18.50	51.74±8.21
	30.01-35.00		18.00±8.36	2.67±1.37	40.24±25.06	49.46±14.85	73.13±22.09	52.40±8.58
	35.01 ve üzeri		16.00±8.26	2.64±1.05	34.58±24.23	48.24±15.01	69.32±26.65	48.91±6.93
	F	0.611	1.326	8.371	6.451	5.613	2.362	
	p	0.655	0.261	0.000	0.000	0.000	0.000	
	Fark	0.655	0.261	0.000	0.000	0.000	0.000	
	Fark	0.655	0.261	0.000	0.000	0.000	0.000	
	Fark	0.655	0.261	0.000	0.000	0.000	0.000	
FCV-19S: Covid-19 Korkusu Ölçeği	MMAS-8: İlaça Uyum Ölçeği	SGRQ: Saint George Solunum Anketi	BKİ: Beden Kütlesi Endeksi					

Tablo 4.7'ye göre hastaların sosyodemografik özelliklerine göre FCV-19S, MMAS-8 ve SGRQ puan ortalamaları yer almaktadır.

Hastaların yaş guruplarına göre Covid-19 korkusu puanlarının dağılımları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların yaş guruplarına göre ilaca uyum düzeyleri puanlarının dağılımları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Yaşı 76 ve üzeri olan hastaların (2.98 ± 1.70) ilaca uyum puan ortalaması, yaşı 55 ve altı (2.34 ± 1.32), 56-65 (2.44 ± 1.21) ve 66-75 olan hastalara (2.41 ± 1.13) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların yaş guruplarına göre KOAH semptomları puanlarının dağılımları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Yaşı 55 ve altı olan hastaların (65.09 ± 16.78) semptom puan ortalaması, yaşı 56-65 (47.32 ± 24.86), 66-75 (50.53 ± 22.62) ve 76 ve üzeri olan hastalara (41.18 ± 23.34) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların yaşı ile hastalığın etkileri arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Yaşı 76 ve üzeri olan hastaların (52.00 ± 13.79) hastalığın belirtileri puan ortalaması, yaşı 55 ve altı (30.25 ± 12.06), 56-65 (44.91 ± 14.49) ve 66-75 arası olan hastalara (44.86 ± 16.15) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların yaşı ile yaşadığı aktivite kısıtlılığı arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Yaşı 76 ve üzeri olan hastaların (76.28 ± 17.45) aktivite kısıtlılığı puan ortalaması, yaşı 55 ve altı (39.51 ± 18.38), 56-65 (63.22 ± 19.36) ve 66-75 arası olan hastalara (68.84 ± 19.37) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların yaşı ile SGRQ toplam puanı arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Yaşı 76 ve üzeri olan hastaların (54.47 ± 9.79) SGRQ toplam puan ortalaması, yaşı 55 ve altı (46.49 ± 7.17) ve 56-65 arası olan hastalara (51.05 ± 6.93) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların cinsiyeti ile Covid-19 korkusu puan ortalaması ve ilaca uyum puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların cinsiyeti ile KOAH semptomları ve SGRQ toplam puanı arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$).

Hastaların cinsiyeti ile hastalığın etkileri arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Kadın hastaların hastalığın etkileri (47.13 ± 15.59) puan ortalaması erkek hastalara (41.94 ± 16.32) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların cinsiyeti ile yaşanan aktivite kısıtlılığı arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Kadın hastaların aktivite kısıtlılığı (69.36 ± 21.19) puan ortalaması erkek hastalara (60.19 ± 23.16) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların medeni durumu ile Covid-19 korkusu puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Evli olan hastaların (17.25 ± 7.30) Covid-19 korkusu puan ortalaması, bekar olan hastalara (14.88 ± 7.56) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların medeni durumu ile ilaca uyum puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Bekar olan hastaların (2.91 ± 1.58) ilaca uyum puan ortalaması, evli olan hastalara (2.49 ± 1.34) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların medeni durumu ile KOAH semptomları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Evli olan hastaların (53.66 ± 22.62) semptom puan ortalaması, bekar olan hastalara (36.28 ± 22.87) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların medeni durumu ile hastalığın etkileri ve aktivite kısıtlılığı puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların medeni durumu ile SGRQ toplam puanı arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Evli olan hastaların (52.76 ± 9.23) SGRQ toplam puan ortalaması, bekâr olan hastalara (48.75 ± 7.86) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların eğitim durumlarına göre Covid-19 korkusu puanlarının dağılımları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların eğitim durumu ile ilaca uyum puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Okuryazar olan hastaların (3.26 ± 1.77) ilaca uyum puan ortalaması, ilkokul/ortaokul mezunu (2.26 ± 1.16) ve lise mezunu olan hastalara (2.59 ± 1.35) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların eğitim durumu ile KOAH semptomları puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Üniversite mezunu olan hastaların (67.69 ± 14.05) semptom puan ortalaması, okuryazar (41.74 ± 21.70), okuryazar değil (36.81 ± 22.14) ilkokul/ortaokul mezunu olan hastalara (55.38 ± 23.41) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların eğitim durumu ile KOAH hastalığının etkileri puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Okuryazar olmayan hastaların (52.19 ± 13.47) hastalığın etkileri puan ortalaması, ilkokul/ortaokul (42.04 ± 15.93), lise (36.34 ± 13.25) ve üniversite mezunu olan hastalara (28.74 ± 9.95) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların eğitim durumu ile aktivite kısıtlılığı puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Okuryazar olmayan hastaların (78.85 ± 15.38) aktivite kısıtlılığı puan ortalaması, okuryazar (70.89 ± 20.39), ilkokul/ortaokul (61.09 ± 20.81), lise

(48.35±20.02) ve üniversite mezunu olan hastalara (38.64±18.96) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların eğitim durumu ile SGRQ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Okuryazar olmayan hastaların (53.47±8.62) SGRQ toplam puan ortalaması, okuryazar (52.42±8.90), lise (49.69±9.16) ve üniversite mezunu olan hastalara (46.61±7.22) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların çalışma durumu ile Covid-19 korkusu puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların çalışma durumu ile ilaca uyum puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların çalışma durumu ile KOAH semptomları puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Çalışan hastaların (60.47±18.63) semptom puan ortalaması, çalışmayan hastalara (46.80±24.22) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların çalışma durumu ile hastalığın etkileri puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Çalışmayan hastaların (47.42±15.80) hastalığın etkileri puan ortalaması, çalışan hastalara (33.02±12.07) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların çalışma durumu ile yaşanan aktivite kısıtlılığı puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Çalışmayan hastaların (69.46±20.83) aktivite kısıtlılığı puan ortalaması, çalışan hastalara (45.87±19.48) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların çalışma durumu ile SGRQ toplam puanı arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Çalışmayan hastaların (53.22±8.98) SGRQ toplam puan ortalaması, çalışan hastalara (47.32±7.96) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların mesleği ile Covid-19 korkusu puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Serbest meslek erbabı olan hastaların (21.90±3.78) Covid-19 korkusu puan ortalaması, işçi/memur (13.94±7.42) ve çiftçi olan hastalara (17.67±6.58) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların mesleği ile ilaca uyum puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların mesleği ile KOAH semptomları puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). İşçi/memur olan hastaların (63.47±16.80) semptom puan ortalaması, ev hanımı (53.12±23.74), emekli (52.44±22.16) ve çiftçi olan hastalara (56.97±21.65) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların mesleği ile KOAH hastalığının etkileri puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Ev hanımı olan hastaların (46.75 ± 15.88) hastalığın etkileri puan ortalaması, işçi/memur (30.41 ± 12.33) ve çiftçi olan hastalara (36.25 ± 10.60) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların mesleği ile yaşanan aktivite kısıtlılığı puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Ev hanımı olan hastaların (70.07 ± 20.43) aktivite kısıtlılığı puan ortalaması, işçi/memur (42.68 ± 19.73), emekli (61.74 ± 21.78) ve çiftçi olan hastalara (54.76 ± 20.05) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların mesleği ile SGRQ toplam puanı arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Ev hanımı olan hastaların (55.44 ± 9.03) SGRQ toplam puan ortalaması, işçi/memur (46.67 ± 9.01), çiftçi (49.27 ± 8.37) ve mesleği olmayan hastalara (50.67 ± 7.28) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların kiminle yaşadığı ile Covid-19 korkusu puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Çocukları ile yaşayan hastaların (18.21 ± 6.66) Covid-19 korkusu puan ortalaması, yalnız yaşayan hastalara (12.71 ± 6.46) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların kiminle yaşadığı ile ilaca uyum puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların kiminle yaşadığı ile KOAH semptomları puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Eşi ve çocuğuyla yaşayan hastaların (56.20 ± 21.76) semptom puan ortalaması, yalnız (44.29 ± 25.11), eşiyle (40.60 ± 23.92) ve çocuklarıyla yaşayan hastalara (47.77 ± 23.20) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların kiminle yaşadığı ile hastalığının etkileri puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Çocukları ile yaşayan hastaların (52.54 ± 14.40) hastalığın etkileri puan ortalaması, yalnız (42.58 ± 18.63) ve eşi ve çocuklarıyla yaşayan hastalara (38.82 ± 14.66) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların kiminle yaşadığı ile yaşanan aktivite kısıtlılığı puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Çocukları ile yaşayan hastaların (76.90 ± 16.21) aktivite kısıtlılığı puan ortalaması, yalnız (63.57 ± 23.41) ve eş ve çocukları dışında başka birileriyle yaşayan hastalara (58.59 ± 33.23) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların kiminle yaşadığı ile SGRQ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Çocukları ile yaşayan hastaların (57.29 ± 11.15) SGRQ toplam puan ortalaması, yalnız (49.03 ± 8.22), eşiyle (52.11 ± 7.04) ve eşi ve çocuklarıyla yaşayan hastalara (50.04 ± 8.11) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların gelir durumu ile Covid-19 korkusu puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların gelir durumu ile ilaca uyum puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların gelir durumu ile KOAH semptomları puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların gelir durumu ile hastalığın etkileri puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Geliri giderinden az olan hastaların (48.62 ± 14.36) hastalığın etkileri puan ortalaması, geliri giderine denk (43.82 ± 16.43) ve geliri giderinden fazla olan hastalara (37.74 ± 16.27) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların gelir durumu ile yaşanan aktivite kısıtlılığı puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Geliri giderinden az olan hastaların (72.95 ± 18.76) aktivite kısıtlılığı puan ortalaması, geliri giderine denk (63.36 ± 22.82) ve geliri giderinden fazla olan hastalara (51.72 ± 22.95) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların gelir durumu ile SGRQ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Geliri giderinden az olan hastaların (54.04 ± 8.90) SGRQ toplam puan ortalaması, geliri giderinden fazla olan hastalara (48.37 ± 7.69) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların BKİ ile Covid-19 korkusu puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların BKİ ile ilaca uyum puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların BKİ ile KOAH semptomları puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). BKİ 20.01-25.00 arası olanların (59.80 ± 19.12) semptom puan ortalaması, BKİ 20.00 ve altı (45.31 ± 22.84), 25.01-30.00 arası (48.45 ± 23.82), 30.01-35.00 arası (40.24 ± 25.06) ve 35.01 ve üzeri olanlara (34.58 ± 24.23) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların BKİ ile KOAH hastalığının etkileri puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). BKİ 20.00 ve altı olan hastaların (55.85 ± 17.50) hastalığın etkileri puan ortalaması, BKİ 20.01-25.00 arası (38.45 ± 15.63) ve 25.01-30.00 arası olan hastalara (44.71 ± 15.48) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların BKİ ile yaşanan aktivite kısıtlılığı puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). BKİ 20.00 ve altı olan hastaların (76.95 ± 21.13) aktivite

kısıtlılığı puan ortalaması, BKİ 20.01-25.00 arası (56.40 ± 24.70) ve 25.01-30.00 arası olan hastalara (64.87 ± 18.50) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların BKİ ile SGRQ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). BKİ 20.00 ve altı olan hastaların (57.75 ± 12.92) SGRQ toplam puan ortalaması, BKİ 20.01-25.00 arası (51.57 ± 9.66), 25.01-30.00 arası (51.74 ± 8.21) ve 35.01 ve üzeri olan hastalara (48.91 ± 6.93) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.



Tablo 4.8. Hastaların Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre FCV-19S, MMAS-8 ve SGRQ Puan Ortalamaları

Tıbbi Özellikler	n	FCV-19S		MMAS-8		SGRQ-Semptom		SGRQ-Hastalığın Etkileri		SGRQ-Aktivite Kısıtlılığı		SGRQ Toplam Puanı	
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Sigara	Evet	39	14.97±8.17	3.08±1.78	53.21±24.30	39.37±15.91	51.44±25.83	48.41±8.76					
	Hayır	114	17.22±7.18	2.52±1.31	47.49±24.38	48.08±14.79	71.00±19.15	54.08±9.06					
	Bıraktım	109	16.86±7.35	2.47±1.33	51.18±22.82	41.82±16.88	61.53±22.76	50.84±8.72					
	F		1.364	2.939	1.123	6.446	13.080	7.235					
	p		0.257	0.055	0.327	0.002	0.000	0.001					
Fark							2>1.3	2>1.3					
Günlük İçilen Sigara Adedi	10 ve daha az	18	16.28±8.01	2.39±1.04	43.65±24.49	40.50±16.46	56.94±26.25	46.59±9.41					
	11-20 arası	15	13.47±7.99	3.40±2.17	68.33±15.20	36.99±12.37	43.33±22.59	51.20±8.28					
	21 ve daha fazla	6	14.83±9.89	4.33±1.86	44.05±26.21	41.94±23.35	55.21±31.23	46.89±7.23					
	İçmiyor	223	17.05±7.25	2.49±1.32	49.30±23.65	45.02±16.12	66.37±21.47	52.50±9.03					
	F		1.261	5.474	3.711	1.544	6.146	3.076					
p			0.288	0.001	0.012	0.203	0.000	0.028					
Sigara İçme Süresi	20 yıl ve daha az	14	12.36±6.57	3.36±2.02	65.82±15.71	30.64±9.37	34.82±20.17	45.81±7.80					
	21-40 yıl	10	12.90±4.98	2.10±1.10	56.43±26.56	41.29±15.42	55.00±32.25	51.33±11.02					
	41 yıl daha fazla	15	18.80±9.99	3.47±1.77	39.29±23.38	46.24±17.99	64.58±17.14	48.89±7.79					
	İçmiyor	223	17.05±7.25	2.49±1.32	49.30±23.65	45.02±16.12	66.37±21.47	52.50±9.03					
	F		3.113	4.239	3.494	3.768	9.925	3.048					
p			0.027	0.006	0.016	0.011	0.000	0.029					
Fark			3>1.2	3>2.4	1>3.4	3>1	4>1	4>1					
Alkol	Evet	6	14.83±4.88	1.83±0.41	49.41±25.70	40.86±16.53	62.50±20.92	50.00±7.72					
	Hayır	223	16.60±7.53	2.61±1.44	49.34±23.71	45.35±16.18	65.33±22.73	52.42±9.10					
	Bıraktım	33	18.03±6.99	2.49±1.30	53.57±24.04	36.85±14.50	56.44±22.29	48.61±8.74					
	F		0.739	0.988	0.455	4.190	2.232	2.705					
	p		0.479	0.374	0.635	0.016	0.109	0.069					
Fark							2>3						
FCV-19S: Covid-19 Korkusu Ölçeği	MMAS-8: İlaça Uyum Ölçeği	SGRQ: Saint George Solunum Anketi											

Tablo 4.8’de hastaların sigara ve alkol kullanma durumlarına göre FCV-19S, MMAS-8 ve SGRQ puan ortalamaları yer almaktadır.

Hastaların sigara içme durumu ile Covid-19 korkusu, ilaca uyum ve KOAH semptomları puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların sigara içme durumu ile hastalığın etkileri puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Sigara içmeyen hastaların (48.08 ± 14.79) hastalığın etkileri puan ortalaması, sigara içen hastalara (39.37 ± 15.91) ve sigarayı bırakmış olan hastalara (41.82 ± 16.88) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların sigara içme durumu ile yaşanan aktivite kısıtlılığı puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Sigara içmeyen hastaların (71.00 ± 19.15) aktivite kısıtlılığı puan ortalaması, sigara içen hastalara (51.44 ± 25.83) ve sigarayı bırakmış olan hastalara (61.53 ± 22.76) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların sigara içme durumu ile SGRQ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Sigara içmeyen hastaların (54.08 ± 9.06) SGRQ toplam puanı, sigara içen hastalara (48.41 ± 8.76) ve sigarayı bırakmış olan hastalara (50.84 ± 8.72) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların günlük içtikleri sigara adedi ile Covid-19 korkusu düzeyi puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların günlük içtikleri sigara adedi ile ilaca uyum puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Günde 21 ve daha fazla sigara içen hastaların (4.33 ± 1.86) ilaca uyum puan ortalaması, günde 10 ve daha az sigara içen hastalara (2.39 ± 1.04) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların günlük içtikleri sigara adedi ile KOAH semptomları puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Günde 11-20 arası sigara içen hastaların (68.33 ± 15.20) semptom puan ortalaması, günde 10 ve daha az (43.65 ± 24.49) ve 21 ve daha fazla içen hastalara (44.05 ± 26.21) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların günlük içtikleri sigara adedi ile hastalığın etkileri puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların günlük içtikleri sigara adedi ile aktivite kısıtlılığı puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Sigara içmeyen hastaların (66.37 ± 21.47) aktivite kısıtlılığı puan ortalaması, günlük 11-20 arası adette sigara içen hastalara (43.33 ± 22.59) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların günlük içtikleri sigara adedi ile SGRQ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Sigara içmeyen hastaların (52.50 ± 9.03) SGRQ

toplam puan ortalaması, günde 10 ve daha az adette sigara içen hastalara (46.59 ± 9.41) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların sigara içme süresi ile Covid-19 korkusu puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). 41 yıl ve daha fazla süredir sigara içen hastaların (18.80 ± 9.99) Covid-19 korkusu puan ortalaması, 20 yıl ve daha az bir süredir sigara içen hastalara (12.36 ± 6.57) ve 21-40 yıldır sigara içen hastalara (12.90 ± 4.98) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların sigara içme süresi ile ilaca uyum puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). 41 yıl ve daha fazla bir süredir sigara içen hastaların (3.47 ± 1.77) ilaca uyum puan ortalaması, 21-40 yıldır sigara içen hastalara (2.10 ± 1.10) ve sigara içmeyen hastalara (2.49 ± 1.32) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların sigara içme süresi ile KOAH semptomları puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). 20 yıl ve daha az bir süredir sigara içen hastaların (65.82 ± 15.71) semptom puan ortalaması, 41 yıl ve daha uzun süredir sigara içen hastalara (39.29 ± 23.38) ve sigara içmeyen hastalara (49.30 ± 23.65) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların sigara içme süresi ile hastalığın etkileri puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). 41 yıl ve daha uzun bir süredir sigara içen hastaların (46.24 ± 17.99) hastalığın etkileri puan ortalaması, 20 yıl ve daha az bir süredir sigara içen hastalara (30.64 ± 9.37) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların sigara içme süresi ile aktivite kısıtlılığı puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Sigara içmeyen hastaların (66.37 ± 21.47) aktivite kısıtlılığı puan ortalaması, 20 yıl ve daha az bir süredir sigara içen hastalara (34.82 ± 20.17) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların sigara içme süresi ile SGRQ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Sigara içmeyen hastaların (52.50 ± 9.03) SGRQ toplam puan ortalaması, 21 yıl ve daha az bir süredir sigara içen hastalara (45.81 ± 7.80) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların alkol kullanma durumu ile Covid-19 korkusu puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Hastaların alkol kullanma durumu ile ilaca uyum puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Hastaların alkol kullanma durumu ile KOAH semptomları, aktivite kısıtlılığı ve SGRQ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Hastaların alkol kullanma durumu ile hastalığın etkileri puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Alkol kullanmayan hastaların (45.35 ± 16.18) hastalığın etkileri puan ortalaması, alkolü bırakmış olan hastalara (36.85 ± 14.50) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.



Tablo 4.9. Hastaların Hastalık Geçmişi ile İlgili Bilgilerine Göre FCV-19S, MMAS-8 ve SGRQ Puan Ortalamaları

	n	FCV-19S	MMAS-8	SGRQ-Semptom	SGRQ-Hastalığın Etkileri	SGRQ-Aktivite Kısıtlılığı	SGRQ Toplam Puanı
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
KOAİ Süre	5 yıl ve altı	15.04±7.30	2.68±1.51	59.46±21.92	37.32±15.94	54.22±24.05	50.51± 9.36
	6-15 yıl	18.31±7.70	2.33±1.22	48.01±23.12	47.84±15.36	68.51±20.21	53.63±9.35
	16-25 yıl	17.67±6.65	2.41±1.23	41.76±21.80	47.73±10.81	72.12±16.21	52.03±7.77
	26 yıl-üzeri	17.88±7.04	3.03±1.56	30.13±16.43	55.44±14.30	79.30±14.15	52.42±8.53
	F	3.733	2.381	18.278	16.397	17.197	1.867
	p	0.012	0.070	0.000	0.000	0.000	0.136
Yılda Hastaneye Yatma Sayısı	Fark	2>1		1>2.3.4	4>1.2.3	4>1.2	
	1 defa	16.05±7.17	2.55±1.46	57.57±21.76	39.91±15.13	58.89±23.06	51.88±9.26
	2 defa	17.69±6.67	2.53±1.12	45.13±23.54	47.63±15.98	66.93±20.51	52.12±10.75
	3 ve üzeri	17.93±9.23	2.68±1.53	25.54±12.67	58.23±11.78	82.50±14.03	52.53±5.85
	Yatmamış	18.50±6.12	3.33±1.51	49.41±12.04	33.33±7.82	57.29±14.48	45.78±2.01
	F	1.224	0.689	26.300	18.657	13.756	0.984
İlaç Kullanma Süresi	p	0.301	0.560	0.000	0.000	0.000	0.401
	Fark			1>2.3	3>1.2.4	3>1.2.4	
	5 yıl ve altı	15.15±7.39	2.61±1.49	57.14±22.33	38.42±15.84	54.99±23.84	53.53±8.86
	6-10 yıl	17.81±7.64	2.45±1.28	46.74±23.97	47.58±15.53	70.70±19.83	53.53±8.86
	11 yıl-üzeri	18.64±6.48	2.69±1.40	38.67±21.26	51.78±13.27	74.68±15.59	53.10±8.33
	F	5.787	0.551	14.289	18.110	22.854	3.911
Aile Öyküsünde KOAİ olma Durumu	p	0.003	0.577	0.000	0.000	0.000	0.021
	Fark	3>1		1>2.3	3>1	3>1	2>1
	Evet	17.40±6.91	2.39±1.31	57.79±20.83	41.72±15.61	60.30±23.40	53.01±8.84
	Hayır	16.16±7.80	2.75±1.47	42.99±24.04	46.31±16.42	67.50±21.71	50.91±9.22
	t	1.358	-2.109	5.287	-2.309	-2.584	1.866
	p	0.176	0.036	0.000	0.022	0.010	0.063

Soba	70	16.50±7.35	2.71±1.53	52.04±23.21	42.26±15.74	64.38±22.05	51.94±10.28
Sigara	57	17.74±7.27	2.42±1.307	54.39±24.71	42.28±15.09	62.94±20.49	52.51±9.47
Nem	44	18.68±7.52	2.39±1.10	43.51±22.53	48.09±15.49	66.05±24.61	51.58±8.90
Rutubet	37	16.68±7.22	2.78±1.66	48.17±23.12	46.56±15.70	70.95±20.74	53.69±8.60
Bilmiyor	54	14.44±7.30	2.61±1.39	48.68±24.28	43.85±18.40	58.91±24.99	50.17±7.35
	F	2.376	0.700	1.547	1.299	1.677	0.927
	p	0.052	0.592	0.189	0.271	0.156	0.449
FCV-19S; Covid-19 Korkusu Ölçeği	MMAS-8: İlaça Uyum Ölçeği	SGRQ: Sımt George Solunum Anketi	KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı				

Tablo 4.9’da hastaların hastalık geçmişi ile ilgili bilgilerine göre FCV-19S, MMAS-8 ve SGRQ puan ortalamaları yer almaktadır.

Hastaların KOAH süresi ile Covid-19 korkusu puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). KOAH süresi 6-15 yıl arası olan hastaların (18.31 ± 7.70) Covid-19 korkusu puan ortalaması, KOAH süresi 5 yıl ve daha az olan hastalara (15.04 ± 7.30) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların KOAH süresi ile ilaca uyum puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların KOAH süresi ile KOAH semptomları puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). KOAH süresi 5 yıl ve daha az olan hastaların (59.46 ± 21.92) semptom puan ortalaması, KOAH süresi 6-15 yıl (48.01 ± 23.12), 16-25 yıl (41.76 ± 21.80) ve 26 yıl ve daha üzeri olan hastalara (30.13 ± 16.43) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların KOAH süresi ile hastalığın etkileri puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). KOAH süresi 26 yıl ve üzeri olan hastaların (55.44 ± 14.30) hastalığın etkileri puan ortalaması, KOAH süresi 5 yıl ve daha az (37.32 ± 15.94), 6-15 yıl (47.84 ± 15.36) ve 16-25 yıl arası olan hastalara (47.73 ± 10.81) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların KOAH süresi ile aktivite kısıtlılığı puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). KOAH süresi 26 yıl ve daha üzeri olan hastaların (79.30 ± 14.15) aktivite kısıtlılığı puan ortalaması, KOAH süresi 5 yıl ve daha az (54.22 ± 24.05) ve 6-15 yıl olan hastalara (68.51 ± 20.21) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların KOAH süresi ile SGRQ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların yılda hastaneye yatma sayısı ile Covid-19 korkusu puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların yılda hastaneye yatma sayısı ile ilaca uyum puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların yılda hastaneye yatma sayısı ile KOAH semptomları puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Yılda 1 defa hastaneye yatmış olan hastaların (57.57 ± 21.76) semptom puan ortalaması, yılda 2 (45.13 ± 23.54) ve yılda 3 defa hastaneye yatmış olan hastalara (25.54 ± 12.67) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların yılda hastaneye yatma sayısı ile hastalığın etkileri puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Yılda 3 defa hastaneye yatmış olan hastaların (58.23 ± 11.78) hastalığın etkileri puan ortalaması, yılda 1 (39.91 ± 15.13), yılda 3 defa hastaneye yatmış olan hastalar (47.63 ± 15.98) ve hastaneye yatmamış olan hastalara (33.33 ± 7.82) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların yılda hastaneye yatma sayısı ile aktivite kısıtlılığı puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Yılda hastaneye 3 defa yatmış olan hastaların (82.50 ± 14.03) aktivite kısıtlılığı puan ortalaması, yılda 1 (58.89 ± 23.06), yılda 2 defa hastaneye yatmış olan hastalara (66.93 ± 20.51) ve hastaneye yatmamış olan hastalara (57.29 ± 14.48) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların yılda hastaneye yatma sayısı ile SGRQ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların ilaç kullanma süresi ile Covid-19 korkusu puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). 11 yıl ve daha uzun süredir ilaç kullanıyor olan hastaların (18.64 ± 6.48) Covid-19 korkusu puan ortalaması, 5 yıl ve daha kısa bir süredir ilaç kullanan hastalara (15.15 ± 7.39) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların ilaç kullanma süresi ile ilaca uyum puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların ilaç kullanma süresi ile KOAH semptomları puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). 5 yıl ve daha az bir süredir ilaç kullanan hastaların (57.14 ± 22.33) semptom puan ortalaması, 6-10 yıl (46.74 ± 23.97) ve 11 yıl ve daha uzun süredir ilaç kullanan hastalara (38.67 ± 21.26) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların ilaç kullanma süresi ile hastalığın etkileri puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). 11 yıl ve daha fazla bir süredir ilaç kullanan hastaların (51.78 ± 13.27) hastalığın etkileri puan ortalaması, 5 yıl ve daha kısa bir süredir ilaç kullanan hastalara (38.42 ± 15.84) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların ilaç kullanma süresi ile aktivite kısıtlılığı puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). 11 yıl ve daha fazla bir süredir ilaç kullanan hastaların (74.68 ± 15.59) aktivite kısıtlılığı puan ortalaması, 5 yıl ve daha kısa bir süredir ilaç kullanan hastalara (54.99 ± 23.84) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların ilaç kullanma süresi ile SGRQ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). 6-10 yıldır ilaç kullanan hastaların (53.53 ± 8.86) SGRQ

puan ortalaması, 5 yıl ve daha kısa bir süredir ilaç kullanan hastalara (53.53 ± 8.86) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların ailesinde süregelen tıkanan akciğer hastalığı olma durumu ile Covid-19 korkusu puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Hastaların ailesinde KOAH öyküsü olma durumu ile ilaca uyum arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Ailesinde KOAH öyküsü bulunmayan hastaların (2.75 ± 1.47) ilaca uyum puan ortalaması, bulunan hastalara (2.39 ± 1.31) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların ailesinde KOAH öyküsü olma durumu ile KOAH semptomları puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Ailesinde KOAH öyküsü bulunan hastaların (57.79 ± 20.83) semptom puan ortalaması, bulunmayan hastalara (42.99 ± 24.04) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların ailesinde KOAH öyküsü olma durumu ile KOAH hastalığının etkileri puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Ailesinde KOAH öyküsü bulunmayan hastaların (46.31 ± 16.42) hastalığın etkileri puan ortalaması, bulunan hastalara (41.72 ± 15.61) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların ailesinde KOAH öyküsü olma durumu ile aktivite kısıtlılığı puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Ailesinde KOAH öyküsü bulunmayan hastaların (67.50 ± 21.71) aktivite kısıtlılığı puan ortalaması, bulunan hastalara (60.30 ± 23.40) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların ailesinde KOAH öyküsü olma durumu ile SGRQ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Hastaların hastalığını şiddetlendiren durum ile Covid-19 korkusu puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Hastaların hastalığını şiddetlendiren durum ile ilaca uyum puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Hastaların hastalığını şiddetlendiren durum ile KOAH semptomları, hastalığın etkileri, aktivite kısıtlılığı ve SGRQ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 4.10. Hastaların Tedavi ve Tedaviye Uyum ile İlgili Bilgilerine Göre FCV-19S, MMAS-8 ve SGRQ Puan Ortalamaları

	n	FCV-19S	MMAS-8	SGRQ-Semptom	SGRQ-Hastalığın Etkileri	SGRQ-Aktivite Kısıtlılığı	SGRQ Toplam Puanı
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Kontrolle Gıtme	Evet	17.19±7.814	2.19±0.94	57.12±22.29	39.53±14.75	57.60±20.40	51.26±7.73
	Hayır	16.26±6.97	2.99±1.68	42.30±22.92	49.04±16.24	71.00±23.14	52.54±10.31
	t	1.022	-4.831	5.306	-4.968	-4.975	-1.139
	p	0.308	0.000	0.000	0.000	0.000	0.256
Uygulanan Tedavi	Damardan ilaç tedavisi	16.90±7.47	2.52±1.42	60.89±20.96	39.18±15.91	57.56±24.28	52.52±9.81
	Ağızdan ilaç tedavisi	17.13±8.24	2.32±0.94	34.65±19.60	46.67±15.84	68.88±21.47	48.23±8.03
	Maske ve solunum yolundan ilaç tedavisi	16.55±7.16	2.69±1.51	50.09±23.54	45.44±16.07	65.36±22.06	52.76±8.87
	F	0.129	1.313	18.533	4.075	3.919	4.800
Tedaviye Uyum	p	0.879	0.271	0.000	0.018	0.021	0.009
	Fark			1>2.3	2>1	2>1	3>2
	215	17.04±7.45	2.24±0.96	49.69±23.88	42.93±15.75	62.94±22.58	51.04±8.83
	Hayır	15.36±7.15	4.13±1.99	50.76±23.35	49.90±17.07	69.68±22.95	55.77±9.35
FCV-19S: Covid-19 Korkusu Ölçeği	t	1.407	-9.705	-0.281	-2.708	-1.850	-3.296
	p	0.161	0.000	0.779	0.007	0.066	0.001
	MMAS-8: İlaça Uyum Ölçeği			SGRQ: Saint George Solunum Anketi			

Tablo 4.10'da hastaların tedavi ve tedaviye uyum ile ilgili bilgilerine göre FCV-19S, MMAS-8 ve SGRQ puan ortalamaları yer almaktadır.

Hastaların kontrole gitmeleri ile Covid-19 korkusu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların kontrole gitmeleri ile ilaca uyum puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Kontrole gitmeyen hastaların (2.99 ± 1.68) ilaca uyum puan ortalaması, giden hastalara (2.19 ± 0.94) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların kontrole gitmeleri ile semptom puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Kontrole giden hastaların (57.12 ± 22.29) semptom puan ortalaması, kontrole gitmeyen hastalara (42.30 ± 22.92) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların kontrole gitmeleri ile hastalığın etkileri puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Kontrole gitmeyen hastaların (49.04 ± 16.24) hastalığın etkileri puan ortalaması, giden hastalara (39.53 ± 14.75) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların kontrole gitmeleri ile yaşanan aktivite kısıtlılığı puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Kontrole gitmeyen hastaların (71.00 ± 23.14) aktivite kısıtlılığı puan ortalaması, giden hastalara (57.60 ± 20.40) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların kontrole gitmeleri ile SGRQ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların uygulanan tedavi ile Covid-19 korkusu puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların uygulanan tedavi şekli ile ilaca uyum puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların uygulanan tedavi ile KOAH semptomları puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Damardan ilaç tedavisi uygulanan hastaların (60.89 ± 20.96) semptom puan ortalaması, ağızdan ilaç tedavisi (34.65 ± 19.60) ve maske ve solunum yolundan ilaç tedavisi uygulanan hastalara (50.09 ± 23.54) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların uygulanan tedavi ile hastalığın etkileri puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Ağızdan ilaç tedavisi uygulanan hastaların (46.67 ± 15.84) hastalığın etkileri puan ortalaması, damardan ilaç tedavisi uygulanan hastalara (39.18 ± 15.91) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların uygulanan tedavi ile aktivite kısıtlılığı puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Ağızdan ilaç tedavisi uygulanan hastaların (68.88 ± 21.47) aktivite kısıtlılığı puan ortalaması, damardan ilaç tedavisi uygulanan hastalara (57.56 ± 24.28) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların uygulanan tedavi ile SGRQ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Maske ve solunum yolundan ilaç tedavisi uygulanan hastaların (52.76 ± 8.87) SGRQ toplam puan ortalaması, ağızdan ilaç tedavisi uygulanan hastalara (48.23 ± 8.03) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların tedaviye uyumları ile Covid-19 korkusu puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların tedaviye uyumları ile ilaca uyum puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Tedaviye uyum sağlamayan hastaların (4.13 ± 1.99) ilaca uyum puan ortalaması, tedaviye uyum sağlayan hastalara (2.24 ± 0.96) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların tedaviye uyumları ile semptom puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların tedaviye uyumları ile hastalığın etkileri puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Tedaviye uyum sağlayamayan hastaların (49.90 ± 17.07) hastalığın etkileri puan ortalaması, sağlayan hastalara (42.93 ± 15.75) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Hastaların tedaviye uyumları ile aktivite kısıtlılığı puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastaların tedaviye uyumları ile SGRQ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Tedaviye uyum sağlayamayan hastaların (55.77 ± 9.35) SGRQ toplam puan ortalaması, sağlayan hastalara (51.04 ± 8.83) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Tablo 4.11. FCV-19S, MMAS-8 ve SGRQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		MMAS-8	SGRQ - Semptom	SGRQ-Hastalığın Etkileri	SGRQ-Aktivite Kısıtlılığı	SGRQ Toplam Puanı
FCV-19S	r	-.101	-.103	.198**	.155*	.128*
	p	.104	.096	.001	.012	.038
MMAS-8	r		-.051	.149*	.073	.100
	p		.413	.016	.237	.107
SGRQ -Semptom	r			.575**	.539**	.263**
	p			.000	.000	.000
SGRQ-Hastalığın Etkileri	r				.772**	.588**
	p				.000	.000
SGRQ-Aktivite Kısıtlılığı	r					.579**
	p					.000

*p=0.05; **p=0.01

Tablo 4.11’de FCV-19S, MMAS-8 ve SGRQ puan ortalamalarının karşılaştırılması amacıyla yapılmış korelasyon analizi bulunmaktadır.

Covid-19 korkusu ile ilaca uyum arasında negatif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki bulunmaktadır ($p>0.05$). Covid-19 korkusu ile hastalığının semptomları arasında negatif yönlü, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki bulunmaktadır ($p>0.05$). Covid-19 korkusu ile hastalığın etkileri, aktivite kısıtlılığı ve SGRQ toplam puanı arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki bulunmaktadır ($p>0.05$).

İlaça uyum ile KOAH hastalığının semptomları arasında negatif yönlü, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki bulunmaktadır ($p>0.05$). İlaça uyum ile hastalığın etkileri, aktivite kısıtlılığı ve SGRQ toplam puanı arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. İlaça uyum ile hastalığın etkileri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıyken ($p<0.05$), ilaca uyum ile aktivite kısıtlılığı ve SGRQ toplam puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p<0.05$).

KOAH hastalığının semptomları ile hastalığın etkileri ve aktivite kısıtlılığı arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). KOAH hastalığının semptomları ile SGRQ toplam puanı arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Hastalığın etkileri ile aktivite kısıtlılığı arasında pozitif yönlü, güçlü düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Hastalığın etkileri ile SGRQ toplam puanı arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Aktivite kısıtlılığı ile SGRQ toplam puanı arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.12. Covid-19 Korkusunun SGRQ Toplam Puanı Üzerine Etkisi

		B	Standart Hata	Beta	t	p
Covid-19 Korkusu	Sabit	10.970	4.423		2.480	.014
	Semptom	-.359	1.048	-1.149	-.342	.732
	Hastalığın Etkileri	-.309	1.156	-.675	-.268	.789
	Aktivite Kısıtlılığı	-.207	.606	-.636	-.342	.733
	SGRQ Toplam Puanı	.976	2.808	1.196	.347	.729
R=0.199. R²=0.040. F=2.661 p=0.033						

Tablo 4.12’de hastaların Covid-19 korkusunun SGRQ toplam puanı etkileme durumu yer almaktadır.

Hastaların Covid-19 korkusu SGRQ toplam puanı düzeyine pozitif yönlü bir etkisi bulunmaktadır ($R=0.199$, $R^2=0.040$, $F=2.661$ $p=0.033$). Covid-19 korkusu SGRQ toplam puan düzeyinin %4’ünü yordamaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.13. İlaça Uyum Ölçeğinin SGRQ Toplam Puanı Üzerine Etkisi

		B	Standart Hata	Beta	t	p
İlaça Uyum	Sabit	1.516	.844		1.796	.074
	Semptom	-.110	.200	-1.863	-.552	.582
	Hastalığın Etkileri	-.103	.220	-1.184	-.466	.641
	Aktivite Kısıtlılığı	-.071	.116	-1.147	-.613	.540
	SGRQ Toplam Puan	.302	.536	1.950	.563	.574
R=0.170. R²=0.029 F=1.901 p=0.111						

Tablo 4.13’de hastaların ilaca uyumunun SGRQ toplam puanı etkileme durumu yer almaktadır.

Hastaların ilaca uyumu SGRQ toplam puanı düzeyine pozitif yönlü bir etkisi bulunmaktadır ($R=0.170$, $R^2=0.029$ $F=1.901$ $p=0.111$). İlaça uyum SGRQ toplam puan düzeyinin %2.9’unu yordamaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.14. İlaça Uyumun Covid-19 Korkusu Üzerine Etkisi

		B	Standart Hata	Beta	t	p
İlaça Uyum	Sabit	2.900	.214		13.541	.000
	Covid-19 Korkusu	-.019	.012	-.101	-1.633	.104
R=0.101. R²=0.010 F=2.666 p=0.104						

Tablo 4.14’de hastaların Covid-19 korkusunun ilaca uyumu etkileme durumu yer almaktadır.

Hastaların Covid-19 korkusu ilaca uyumuna negatif yönlü bir etkisi bulunmaktadır (R=0.101. R²=0.010 F=2.666 p=0.104). Covid-19 korkusu ilaca uyumun %1’ini yordamaktadır (p<0.05).

5. TARTIŞMA

KOAH tanılı bireylerin koronavirüs korkusunun ve tedaviye uyum düzeyine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada bulgular; koronavirüs korkusunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı, tedaviye uyum düzeyinin sosyodemografik özelliklere göre dağılımı, Saint George Solunum Anketi alt boyutlarından semptom, hastalığın etkileri, aktivite kısıtlılığı ve toplam puan ortalaması sosyodemografik özelliklere göre dağılımları tartışılmıştır.

5.1. Covid-19 Korkusu Ölçeğinden Elde Edilen Bulguların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımlarının Tartışılması

KOAH, en sık 45-65 yaş arasındaki yetişkinlerde görülmektedir ve en önemli risk faktörü sigara kullanımıdır (10). Araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin yaş ortalaması 67.95 yıl olup, hastaların %56.9'u erkektir. Ülkemizde KOAH hastası bireyler üzerinde yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında hastalarımızın özelliklerinin benzer olduğu söylenebilir (16, 85, 88, 89).

Çalışmada hastaların yılda ortalama 1.83 kez atak geçirdiği belirlenmiştir. Pıhtılı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise benzer olarak KOAH hastalarının yılda 1.1 ± 2.0 kez atak sebebiyle hastaneye başvurdukları belirtilmektedir (90).

Çalışmada KOAH süresi 6-15 yıl olan hastaların, 5 yıl ve daha az KOAH süresine sahip hastalara göre Covid-19 korkusu düzeyi yüksek bulunmuştur. Demiral'in yaptığı çalışmada ise KOAH süresi ile Covid-19 korkusu düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (19). Bu bulgu KOAH süresi daha fazla olan ve dolayısı ile KOAH semptomlarını daha yoğun olarak yaşamakta olan hastaların, Covid-19'a yakalanma durumunda daha da kötüleşmekten korkmuş olabilirler.

Çalışmada hastaların yaş gruplarına göre Covid-19 korkusu puanlarının dağılımları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Uysal ve arkadaşları ile Tülücü'nün yaptıkları iki ayrı çalışmada da KOAH hastalarının, yaş gruplarına göre Covid-19 korkusu puanlarının dağılımları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (21, 91).

Çalışmaya katılan evli hastaların, bekâr hastalara göre daha fazla Covid-19 korkusu yaşadıkları belirtilmiştir. Gencer'in yaptığı bir çalışmada ise bu çalışmadan farklı olarak, bekâr hastaların evli hastalardan daha fazla Covid-19 korkusu yaşadığı belirtilmektedir (77). Tülücü'nün yaptığı araştırmada ise Covid-19 korkusu ile medeni

durum arasında ilişki bulunmamıştır (21). Bulgularımız arasındaki fark hasta grubunun özelliklerinden ve çalışma yapılan bölge ile ilgili olabilir.

Çalışmada mesleği serbest meslek olan hastaların, diğer meslek guruplarına göre Covid-19 korkusu puan dağılımları yüksek çıkmıştır. Görpüz'ün yaptığı çalışmada ise ev hanımı olan hastaların, diğer meslek grubundaki hastalara göre Covid-19 korkusu düzeyi yüksek bulunmuştur (7). Demiral'in yaptığı çalışmada ise meslek gurupları ile Covid-19 korkusu düzeyi arasında ilişki bulunmamıştır (19). Serbest meslek grubundaki hastaların düzenli gelirleri olmadığı için iş kaybı söz konusu olduğunda geçim sıkıntısına düşebilirler. Bu grup Covid-19 korkusunu buna bağlı olarak diğer guruplardan daha yüksek yaşıyor olabilir.

Çalışmada çocukları ile yaşayan hastaların, yalnız yaşayan hastalara göre Covid-19 korkusu puan dağılımları yüksek bulunmuştur. Görpüz'ün yaptığı çalışmada da benzer olarak çocukları ile yaşayan hastaların yalnız yaşayan hastalara göre Covid-19 korkusu düzeyi yüksek bulunmuştur (7). Tülücü'nün yaptığı çalışmada ise hastaların kiminle yaşadığı ile Covid-19 korkusu düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (21). Bu bulgu, çocukları ile yaşayan hastaların çocuklarına Covid-19 bulaştırma korkusuyla ilişkilendirilebilir.

Çalışmada hastaların sigara kullanım durumlarına göre Covid-19 korkusu puanlarının dağılımları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Tülücü ile Ahi ve arkadaşlarının yaptığı iki ayrı çalışmada ise benzer nitelikte sigara kullanım durumuna göre Covid-19 korkusu düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (21, 92).

Çalışmada hastaların sigara içme süresine göre Covid-19 korkusu, tedaviye uyum ve hastalığın etkileri puanlarının dağılımları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. 41 yıl ve daha fazla süredir sigara içen hastaların Covid-19 korkusu ve tedaviye uyum ve hastalığın etkileri puanları, 21-40 yıldır sigara içen veya hiç sigara içmeyen hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksektir. Bu bulgu, uzun süredir sigara içen hastaların akciğer kapasitelerinin azalması, KOAH semptomlarının ve etkilerin artması ve buna bağlı semptomlarını azaltmak için tedaviye uyum sağlamalarıyla ilişkilendirilebilir. Aynı zamanda Covid-19'a bağlı olarak KOAH semptomlarının ilerlemesinden korkmalarıyla Covid-19 korkusu da artmış olabilir.

Çalışmada 6-15 yıldır KOAH tanısı alan hastaların Covid-19 korkusu puan dağılımları diğer guruptaki hastalara göre yüksek bulunmuştur. Görpüz'ün yaptığı çalışmada ise 11 yıl ve uzun süredir tanı almış hastaların Covid-19 korkusu düzeyi diğer guruplara göre yüksek bulunmuştur (7). Bu iki bulgu birbirini desteklemektedir.

Hastalıkla daha uzun süre geçiren hastalarda, Covid-19'a bağlı semptomların kötüleşmesi muhtemel olacağından Covid-19 korkusu düzeyi artmış olabilir.

5.2. Morisky 8-Maddeli İlaça Uyum Ölçeğinden Elde Edilen Bulguların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımlarının Tartışılması

Bu çalışmada yaşı 76 ve üzeri olan hastaların tedaviye uyum düzeyleri, diğer yaş guruplarındaki hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çalışmaya benzer olarak Krauskopf ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise genç yaşa sahip olmanın tedaviye uyum düzeyini azaltan faktörlerden olduğu belirtilmektedir (93). Yaş ilerlemesine bağlı, hastalığın etkileri ve aktivite kısıtlılığı artmış olmakta ve bunlara bağlı olumsuz etkileri azaltmak için tedavi uyumunun artmış olduğu düşünülebilir.

Çalışmada okuryazar olan hastaların lise, ilkokul/ortaokul mezunu olan hastalara göre tedaviye uyum düzeyi daha yüksek olarak belirlenmiştir. Akgül ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada benzer olarak eğitim düzeyi düşük hastaların tedavi uyumlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (15). Aksine Paltacı'nın yaptığı çalışmada ise hastaların öğrenim durumu arttıkça, tedaviye uyum oranlarında artış olduğu belirlenmiştir (12). Bu bulgu, eğitim düzeyi düşük hastaların, sağlık personellerinden aldıkları uyarıları dikkate almaları ve bilgiye başka ulaşacakları kaynak olmadığından uyarılara güven duymaları ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmada ailesinde KOAH öyküsü bulunmayan hastaların tedaviye uyum düzeyleri, ailesinde KOAH öyküsü bulunan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Paltacı'nın yaptığı çalışmada ise ailesinde KOAH bulunma durumu ile tedaviye uyum düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (12). Bulgularımız arasındaki fark hasta gurubunun özelliklerinden ve çalışma yapılan bölge ile ilgili olabilir.

Çalışmada düzenli kontrole gitmeyen hastalarının, düzenli kontrole giden hastalara göre tedaviye uyumları daha yüksek olarak belirlenmiştir. Bu çalışmanın aksine Özdemir ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, düzenli kontrole giden hastaların tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu yönündedir (62). Bu bulgu, ilaçlarının uygun şekilde kullandığı için belirtilerini kontrol altına almış olabilmeleri, kontrole ihtiyaç duymama, yetersiz bilgilendirme veya sosyoekonomik özellikler ile ilişkilendirilebilir.

5.3. SGRQ Ölçeğinden Elde Edilen Bulguların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımlarının Tartışılması

Çalışmada 76 ve üzeri yaşta bulunan hastaların, diğer yaş guruplarına göre SGRQ toplam puanı ortalaması, semptom ve aktivite kısıtlılığı alt boyut puan ortalaması anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. SGRQ toplam puanı ortalaması yüksek bulunması, yaşam kalitesi düzeyinin düşük olduğunu ifade eder. Altunışık ve arkadaşlarının KOAH hastaları üzerinde yaptıkları bir çalışmada benzer olarak 76 ve üzeri yaşta bulunan hastaların, diğer yaş guruplarına göre SGRQ toplam puanı ortalaması, semptom ve aktivite kısıtlılığı alt boyut puan ortalaması yüksek bulunmuştur (94). Gülseren ve arkadaşlarının diyabet hastaları üzerinde yaptığı bir çalışmada yaş artışı ile yaşam kalitesi arasında ters ilişki bulunmuştur (95). Ancak Paltacı ve Arslan'ın yaptıkları iki ayrı çalışmada hastaların yaşı ve yaşam kalitesi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (12, 23). Katelaars tarafından yapılan bir diğer çalışmada yaşa göre SGRQ toplam puanlarının dağılımları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (96). Bu guruptaki hastaların yaşa bağlı semptomlarının yoğunluğu yaşam kalitesini olumsuz etkilemiş olabilir.

Çalışmada medeni durumu evli olan hastaların yaşam kalitesi düzeyi, bekâr olan hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Paltacı ve Altunışık'ın yaptığı iki ayrı çalışmada ise, bu çalışmadan farklı olarak bekar olan hastaların yaşam kalitesi, evli olan hastalardan daha düşük bulunmuştur (12, 94). Bu bulgu, evli olan hastaların aile içi sorumluluklarının bekar olan hastalara göre daha fazla olması ve bunlarla birlikte hastalığı yönetememeleri ve yaşam kalitesinin düştüğünü ifade etmeleri ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmada okuryazar olmayan hastaların yaşam kalitesi, diğer eğitim durumundaki hastalara göre düşük çıkmıştır. Altunışık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada benzer olarak okuryazar olmayan hastaların yaşam kalitesi, diğer eğitim durumundaki hastalara göre düşük olduğu bulunmuştur (94). Paltacı'nın yaptığı çalışmada ise yaşam kalitesi ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (12). Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin ekonomik olarak daha refah bir durumda olabileceklerinden yaşam kalitelerinin daha yüksek olması muhtemeldir.

Çalışmada ev hanımı olan hastaların, hastalığın etkileri puan ortalaması diğer meslek guruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmayı destekler nitelikte olarak Demiral'in yaptığı bir çalışmada ev hanımı olan hastaların, hastalığın etkileri puan ortalaması diğer meslek guruplarına göre yüksek olduğu belirtilmiştir (15). Bu bulgu;

psikolojik faktörlerle veya hastalık algısının ev hanımı meslek grubunda daha farklı olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Çalışmada BKİ 20.00 ve altı olan hastaların yaşam kalitesi, BKİ 20.01-35.01 olan hastalara göre daha düşüktür. Arslan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da benzer olarak BKİ artışına bağlı olarak yaşam kalitesi azalmıştır (23). Bu bulgu BKİ 20.00 altında olan hastaların hastalığa bağlı malnütrisyon yaşayabilecekleri ve buna bağlı yaşam kalitesinin azalması ile açıklanabilir. Destekler nitelikte olarak, bu çalışmada hastalığın etkileri puan ortalaması BKİ 20.00 ve altı olanlarda anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmada sigara içen hastaların, sigara içmeyen veya bıraktığını ifade eden hastalara göre yaşam kalitesi düzeyi yüksek bulunmuştur. Katelaars, Wijnhoven, Alonso'nun yaptıkları üç ayrı çalışmada da bu bulguyu destekler nitelikte sigara içen hastaların yaşam kalitesinin yüksek olduğu belirtilmiştir (23, 97, 98). Ancak Kutlu ve Cherevu'nun yaptıkları iki ayrı çalışmada sigara içme durumu ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (99, 100). Bu bulgu, sigara içen bireylerin sigarayı stres önleyici faktörlerden biri olarak algılamaları ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmada 6-10 yıldır ilaç kullanan hastaların, yaşam kalitesi 5 yıl ve daha uzun süredir ilaç kullanan hastalara göre düşük bulunmuştur. Paltacı'nın yapmış olduğu çalışmada ise benzer nitelikte 11 yıl ve üzeri ilaç kullanım süresine sahip olan hastaların yaşam kalitesi düşük bulunmuştur (12). Bu bulgudan yola çıkılarak uzun süreli ilaç kullanımında tedaviye uyum psikolojik olarak zorlu olabilir ve bu da hastaların yaşam kalitesini düşürdüğü düşünülebilir.

Çalışmada kontrole düzenli giden hastaların semptom puan ortalaması, kontrole gitmeyen hastalara göre yüksek bulunmuştur. Altunışık'ın yaptığı çalışmada da benzer olarak kontrole düzenli giden hastaların semptom puan ortalaması, kontrole gitmeyen hastalara göre yüksek bulunmuştur (94). Bu bulgu hastaların semptomları arttığı zaman kontrole başvurma ihtiyacının artması ile ilişkilendirilebilir.

5.4. Ölçeklerin İlişkilerinin Tartışılması

Çalışmada Covid-19 korkusu arttıkça SGRQ toplam puan düzeyi artmakta yani yaşam kalitesi kötüleşmektedir. İki değişken arasında pozitif yönde zayıf anlamlı ilişki bulunmuştur. Sertdemir ve arkadaşlarının son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada da benzer olarak Covid-19 korkusu ve yaşam kalitesi arasında düzeyi arasında zayıf anlamlı ilişki bulunmuştur (101). Temür ve arkadaşlarının

üniversite öğrencilerinde yaptıkları bir çalışmada ise benzer olarak yaşam kalitesi ile Covid-19 korkusu arasında negatif yönde zayıf anlamlı ilişki bulunmuştur (102).

Çalışmada KOAH hastalarında Covid-19 korkusu puan ortalaması ile tedaviye uyum arasında negatif yönlü, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı olmayan ilişki bulunmuştur. Bu bulgu KOAH tanılı bireylerin Covid-19 korkusu puanının düşük olmasıyla ilişkilendirilebilir. Benzer şekilde Özdemir ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada tedaviye uyum ile Covid-19 korkusu arasında bir ilişki bulunmamıştır (62). Zhang ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise, KOAH hastalarının tedavi uyum durumlarının Covid-19 öncesi dönemle benzer olduğu bulunmuştur (26). Sungur ve arkadaşlarının epilepsi hastaları ile yaptıkları bir çalışmada Covid-19 korkusu arttıkça tedaviye uyumun azaldığı belirlenmiştir (27). Ataman Bor'un kronik hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada ise Covid-19 korkusu ile tedavi uyumu arasında orta düzeyde anlamlı pozitif korelasyon belirlenmiştir (25). Karasu ve arkadaşlarının son dönem böbrek yetmezliği yaşayan hastalar ile yaptıkları bir çalışmada ise Covid-19 korkusu arttıkça hastalığa uyumlarının azaldığı belirlenmiştir (103). Liu ve arkadaşlarının yaptığı KOAH tanılı geriatric bireyler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise, kontrol inhalatörlerine uyumunun optimalin altında olduğu ancak hastalık belirtileri ciddi seviyede olan hastaların inhaler tedaviye uyma olasılığının yüksek olduğu belirlenmiştir (104). Bu çalışmada da tedaviye uyum arttıkça semptom alt boyutu puan ortalaması azalmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

KOAH tanılı bireylerin koronavirüs korkusu düzeyi, tedaviye uyum düzeyinin negatif yönde %1'ini açıklamaktadır.

KOAH tanılı bireylerin tedaviye uyum düzeyi, yaşam kalitesi düzeyinin pozitif yönde %2,9'unu açıklamaktadır.

KOAH tanılı bireylerin koronavirüs korkusu düzeyi, yaşam kalitesi düzeyinin pozitif yönde %4'ünü açıklamaktadır.

Çalışma bulguları ve analizleri sonucunda elde ettiğimiz veriler H₁ ve H₂ hipotezlerini destekleyici nitelikte, KOAH tanılı bireylerin koronavirüs korkusunun tedaviye uyumu ve SGRQ skorlarını etkilediği bulunmuştur.

- ✓ KOAH tanılı bireylerde tedaviye uyumun koronavirüs korkusu düzeyini etkilediği ancak literatür taramaları sonucunda yeterince çalışmanın olmadığı gözlenmekte, daha fazla ve kapsamlı çalışmalar yapılması önerilir.
- ✓ KOAH tanılı bireylerde tedavinin önemli aşamalarından birinin öz yönetim ve eğitim olduğu hakkında literatürde çalışmalar mevcuttur. Atak sebebiyle sık hastaneye başvuran hastaların tedavi uyumlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni; hastaneye sıklıkla gelen hastaların sağlık personelinin daha sık görme ve daha fazla eğitim almasıyla ilişkili olabilir. Bununla ilgili daha çok çalışma yapılması önerilir.
- ✓ Çalışmada KOAH hastalarında koronavirüs korkusu puan ortalaması arttıkça tedaviye uyum düzeyi zayıf negatif yönde artmıştır. Bu bulgunun nedeni, KOAH tanılı bireylerin koronavirüs korkusu puanının ortalamasının altında olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Literatürde benzer sonuçlar mevcuttur. Hasta ve hasta yakınlarının tedavi süreci, eğitimi, ataklar ve Covid-19 hakkında bilgilendirilmeleri önerilir.
- ✓ KOAH tanılı bireylerde tedaviye uyumun koronavirüs korkusuna ve yaşam kalitesine etkisinin daha iyi anlaşılması amacıyla daha fazla çalışma ve bilgilendirici eğitim hizmetleri sunulmalıdır.
- ✓ KOAH tanılı bireylerde tedaviye uyumun koronavirüs korkusuna ve yaşam kalitesine etkisinin daha iyi anlaşılması amacıyla daha geniş kitlelerde ve farklı örnekleme yapılan çalışmalar uygulanmalıdır.

- ✓ Literatürdeki birçok çalışmada hem koronavirüste hem KOAH'da hemşireliğin rolünün önemine değinilmiştir. Bu iki alanda çalışan hemşirelerin gerekli eğitimleri alması önerilir.
- ✓ Hastaların ailelerinin ve diğer sosyal destek aldığı kişilerin tedaviye uyumda destekleyici olmaları nedeniyle eğitim, takip ve tedavi sürecine katılmaları önerilir.
- ✓ KOAH tanılı bireylerin pandemi ve sonrasındaki süreçte kaygılarını hafifletmek için psikolojik durumu değerlendirilmeli ve desteklenmeli, düzenli kontrollerin önemi vurgulanmalı, tedavi uyumları için motivasyon ve bilgi düzeyleri artırılmalıdır.
- ✓ Akut alevlenmeleri ve hastane yatışlarını azaltmak için solunum yolları hastalıkları bulaşları sınırlandırılmalı ve bunun için bulaş önlemlerinin alınması konusunda eğitim planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- ✓ KOAH'lı hastalarda tedaviye uyumu güçlendiren ve iyileştiren mekanizmaların belirlenmesi muhtemelen hastalıkla ilgili sonuçları iyileştireceğinden bununla ilgili kapsamlı çalışmalar planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Korkmaz M. Süreğen Hastalıklar ve Engellilik. İçinde: Taşhan TS, Erci B (editörler). Her Yönüyle Engellilik, 1. Baskı. Elâzığ, Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri, 2018: 121-51.
2. Heffner JE. Chronic obstructive pulmonary disease: ethical considerations of care. *Clinical Pulmonary Medicine*. 1996;3(1):1-8.
3. Sariano JB, Ancochea J, Celli BR. Dünyanın en güzel KOAH tablosu: KOAH'a son vermek için hep birlikte. *Avrupa Solunum Dergisi*. 2019;54(6):1-3.
4. Foo J, Landis SH, Maskell J, Oh YM, van der Molen T, Han MK, et al. Continuing to confront COPD international patient survey: economic impact of COPD in 12 countries. *PloS One*. 2016;11(4):1-15.
5. Christenson S, Smith B. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı. *The Lancet*. 2022;399(10342):2227-42.
6. Süerdem M. 2023 Dünya KOAH Günü Basın Bildirisi, <https://koahhastalari.dernegi.org/2/basinda-biz/115/2023-dunya-koah-gunu-basin-bildirisi>. Son Erişim Tarihi 22 Nisan 2024.
7. Görpüz Ş. Acil servise başvuran KOAH hastalarının hastalık ve dispne şiddeti ile Covid-19 korkusu ve ölüm kaygısı düzeyi arasındaki ilişki [yüksek lisans tezi]. Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi; 2021.
8. O'Donnell DE, Webb KA. Breathlessness in patients with severe chronic airflow limitation: physiologic correlations. *Chest*. 1992;102(3):824-31.
9. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martiez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease 2017 report. GOLD executive summary. *American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine*. 2017;195(5):557-82.
10. Kocabaş A, Yıldırım N, Gürgün A, Köktürk N, Şen E, Uzaslan A ve ark. Türk Toraks Derneği kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanı ve tedavi uzlaşısı raporu. *Toraks Dergisi*. 2010;11(11):1-66.
11. Enç N, Gemicioglu B, Özdemir N. The effect of mobile health application on symptom control, self-efficacy and chronic disease management in COPD. *Eur Respiratory Soc*. 2023;62(67):37-89.

12. Paltacı Z. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin tedaviye uyum, hastalık algısı ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi [yüksek lisans tezi]. Nevşehir: Hacı Bektaş Veli Üniversitesi; 2019.
13. Okur E, Nural N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bir hastanın hastalığa uyumu ve hemşirelik girişimleri: Olgu sunumu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2022;31(4):314-20.
14. Bourbeau J, Bartlett SJ. Patient adherence in COPD. Thorax. 2008;63(9):831-8.
15. Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2014;7(2):98-108.
16. Dilbaz AS. Kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerin hastalığa uyumları ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi [yüksek lisans tezi]. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi; 2020.
17. Özdemir Y. Ebeveynlerin Covid- 19 korkusu ve eş tükenmişlik düzeyinin ebeveyn çocuk ilişkisi üzerine etkisinin incelenmesi [yüksek lisans tezi]. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi; 2023.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı Covid-19 Bilgilendirme Platformu. <https://covid19.saglik.gov.tr/>. Son Erişim Tarihi 22 Nisan 2024.
19. Demiral N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde Covid-19 korkusu ile dispne arasındaki ilişki [yüksek lisans tezi]. İstanbul: Maltepe Üniversitesi; 2022.
20. Lee SA. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. Death Studies. 2020;44(7):393-401.
21. Tülücü F, Boğar AR. KOAH popülasyonunda koronavirüs kaygısının sosyodemografik değişkenler açısından incelenmesi. Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology. 2023;5(3):250.
22. Babayiğit A, Çakıcı M. Prevalence and risk factors of post-traumatic stress disorder in a North Cyprus household adult cross-sectional study. Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi. 2022;4(4):315-23.
23. Arslan C, Ünsar S. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında dispne algısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021; 24(1):42-50.
24. WB R, Reid D, Robinson A, Walters E. Clinical trial of community nurse mentoring to improve self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2012;7:407-13.

25. AB N, YE S, Yıldırım Ö. Kronik hastalığı olan bireylerin Covid-19 korkusu ve kronik hastalıklara uyumları arasındaki ilişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023;12(4):2024-14.
26. Zhang HQ, Lin JY, Guo Y, Pang S, Jiang R. Medication adherence among patients with chronic obstructive pulmonary disease treated in a primary general hospital during the COVID-19 pandemic. Annals Of Translational Medicine. 2020;8(18):1179.
27. Sungur M, Sürücü HA, Köleoğlu Ş, Altay Ç. Fear of covid-19 and covid-19 anxiety as predictors of adherence to treatment in patients with epilepsy. Health and Research Journal. 2023;9(3):143-56.
28. Agusti A, Faner R. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı patogenezi. Göğüs Tıbbi Klinikleri. 2020;41(3):307-14.
29. Ruvuna L, Sood A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının epidemiyolojisi. Göğüs Tıbbi Klinikleri. 2020;41(3):315-27.
30. Lamprecht B, Vollmer WM, McBurnie MA, Gudmundsson G, Welte T, Nizankowska-Mogilnicka E, et al. COPD in never smokers: results from the population-based burden of obstructive lung disease study. Göğüs. 2011;139(4):752-63.
31. Andreeva E, Pokhaznikova M, Lebedev A, Moiseeva I, Kutznetsova O, Degryse JM, et al. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease by the global lung initiative equations in North-Western Russia. Respiration. 2016;91(1):43-55.
32. Günen H, Hacıevliyagil SS, Yetkin O, Gülbaş G, Mutlu LC, Pehlivan E. KOAH prevalansı: Türkiye'de geniş bir bölgeyi kapsayan ilk epidemiyolojik çalışma. Avrupa Dahiliye Dergisi. 2008;19(7):499-504.
33. Kocabaş A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni. 2010;1(2):105-13.
34. Akgün D. Isparta il merkezinde KOAH ön tanı prevalansı ve ilişkili faktörler. Türk Toraks Dergisi. 2013;14(2):43-7.
35. Yin P, Jiang C, Cheng K, Lam K, Miller M, Lam T, et al. Passive smoking exposure and risk of COPD among adults in China: the Guangzhou Biobank Cohort Study. The Lancet. 2007;370(9589):751-7.
36. Gülmez İ. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı: patogenezi, patoloji ve patofizyoloji. Türkiye Klinikleri Journal of Pulmonary Medicine. 2003;1(1):7-12.

37. Karadeniz G, EY E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, 1.Baskı. Ankara, Dünya Tıp Kitabevi, 2022: 17-24.
38. Sharma S, Sharma P. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda dispne prevalansı ve ilişkili faktörler. Hindistan Solunum Bakımı Dergisi. 2019;8(1):36.
39. Woodruff PG, Agusti A, Roche N, Singh D, Martinez F. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı farmakoterapisini hedefleyen güncel kavramlar: kişiselleştirilmiş yönetime doğru ilerleme kaydedilmesi. Lancet. 2015;385(9979):1789-98.
40. Crooks MG, Brown T, Morice AH. KOAH'ın akut alevlenmelerinde öksürük önemli midir?. Solunum Fizyolojisi ve Nörobiyoloji. 2018;257:30-5.
41. Deniz S, ÇE J, Özdemir Ö. Evde Bakım Hizmetleri'nin takip ettiği hastalardaki akciğer infeksiyon sıklığı. Smyrna Tıp Dergisi. 2015;5:35-6.
42. Uçar N, Akpınar S, Yıldız M, Şipit T. KOAH'lı olgularda influenza ve pnömokok aşısı olma sıklığı. Solunum Hastalıkları. 2015;25(1):1-4.
43. VH S, Anker SD. Cachexia as a major underestimated and unmet medical need: facts and numbers. Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle. 2010;1:1-5.
44. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martiez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, et al. Informe 2017 de la iniciativa global para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Resumen ejecutivo de gold. Archivos de Bronconeumología. 2017;53(3):128-49.
45. Levy ML, Quanjer PH, Rachel B, Cooper BG, Holmes S, Small IR. Birinci basamakta tanısal spirometri: Amerikan Toraks Derneği ve Avrupa Solunum Derneği tavsiyeleriyle uyumlu genel pratisyenlik için önerilen standartlar. Birinci Basamak Solunum Dergisi. 2009;18(3):130-47.
46. Köktürk N, Gürgün A, Şen E, Kocabaş A, Polatlı M, Naycı SA ve ark. The view of the Turkish Thoracic Society on the report of the GOLD 2017 global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD. Turkish Thoracic Journal. 2017;18(2):57.
47. Miravitlles M, Calle M, Molina J, Soler-Cataluña JJ, Almagro P, Quintano JA, et al. Spanish COPD Guidelines (GesEPOC): pharmacological treatment of stable COPD. Archivos de Bronconeumología. 2012;48(7):247-57.
48. Vestbo J, Hurd SS, Agusti AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının tanısı, tedavisi ve önlenmesi için küresel strateji: GOLD yönetici özeti. Amerikan Solunum ve Yoğun Bakım Tıbbı Dergisi. 2013;187(4):347-65.

49. Rabe KF, Watz H. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2017; 389 (10082):1931-40.
50. EK Ö. KOAH alevlenmesinde oksijen tedavisi. *Solunum Dergisi*. 2009;KOAH Alevlenmesi Ek Sayısı:18-21.
51. Uçgun İ. KOAH'da mekanik ventilasyon. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi-KOAH*. 2013;1(1):65-79.
52. Reardon J, Casaburi R, Morgan M, Nici L, Rochester C. Pulmonary rehabilitation for COPD. *Respiratory Medicine*. 2005;99(2):19-27.
53. Gürgün A, Deniz S, Arın M, Karapolat H. Kas kaybı olan kronik obstrüktif akciğer hastalığında geleneksel pulmoner rehabilitasyonla birlikte besin takviyesinin etkileri: Prospektif, randomize ve kontrollü bir çalışma. *Solunum Bilimi*. 2013;18(3):495-500.
54. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. <https://hsgrm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Beslenme/Solunum-Sistemi-Hastaliklarinda-Beslenme.pdf>. Son Erişim Tarihi 1 Temmuz 2024.
55. JG R, AF MC, HB V, GC MM, de Miguel AG, CG P, et al. İspanya'nın Katalonya kentinde pratisyen hekimlerine başvuran kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda grip ve pnömokok aşısına uyum. *Enfeksiyon Dergisi*. 2007;54(1):65-74.
56. Pesek R, Lockey R. Astım ve KOAH'lı yetişkinlerin aşılınması. *Alerji*. 2011;66(1):25-31.
57. Nichol KL, Wuorenma J, VS T. Düşük, orta ve yüksek riskli yaşlı vatandaşlar için grip aşısının faydaları. *Dahiliye Arşivleri*. 1998;158(16):1769-76.
58. Nichol KL, Baken L, Nelson A. Relation between influenza vaccination and outpatient visits, hospitalization, and mortality in elderly persons with chronic lung disease. *Annals of Internal Medicine*. 1999;130(5):397-403.
59. Blackwell B. Treatment adherence. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*. 1976;129(6):513-31.
60. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in Health*. 2008;11(1):44-7.
61. Ateş MA, Algül A. Bipolar bozukluklarda tedavi uyumsuzluğu. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*. 2006;2(29):60-4.

62. AÖ V, PK Z. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde Covid-19 korkusu ve tedaviye uyum: tanımlayıcı ve kesitsel çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*. 2024;16(1):227-37.
63. Durademir A. Kronik kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri ve özbakım davranışları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 1999;3(1):16-20.
64. Zakrisson AB, Hägglund D. The asthma/COPD nurses' experience of educating patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010;24(1):147-55.
65. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar, 2. Baskı. Adana, Nobel Tıp Kitabevi, 2017: 104-5.
66. KS G, HA R. Hipertansiyon ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Bakımın Yönetimi ve Hemşirelik. İçinde: HA R (editör). *Kronik Hastalıklarda Bakımın Yönetimi ve Hemşirelik*, 1. Baskı. Ankara, Türkiye Klinikleri, 2019: 27-34.
67. Baker E, Fatove F. Clinical and cost effectiveness of nurse-led self-management interventions for patients with copd in primary care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2017;71:125-38.
68. Khoshkesht S, Zakerimoghadam M, Ghiyasvandian S, Kazemnejad A, Hashemian M. The effect of home-based pulmonary rehabilitation on self-efficacy in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Rehabilitation*. 2015;65(10):1041-5.
69. Doğan A. KOAH'lı hastalarda planlı hemşirelik eğitiminin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi [yüksek lisans tezi]. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2018.
70. Zeybek Z, Bozkurt Y, Aşkın R. Covid-19 pandemisi: Psikolojik etkileri ve terapötik müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2020;19(37):304-18.
71. Ataman K, Bozkurt V, Göka E, İlhan M, Yıldırım N, Çiftçi E ve ark. COVID-19 küresel salgınının toplumsal etkileri COVID-19 salgınının sosyal etkileri. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*. 2021;78(3):235-48.
72. Treston C. Hemşire yılında COVID-19. *AIDS Bakımında Hemşireler Derneği Dergisi*. 2020;31(3):359-60.
73. Şahin M. Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. 2019;6(10):117-35.
74. Sotgiu G, Dobler CC. Coronavirüs hastalığı döneminde sosyal damgalanma 2019. *Avrupa Solunum Dergisi*. 2020;56(2):2002461.

75. Doğan MM, Düzel B. Covid-19 özelinde korku-kaygı düzeyleri. Türk Araştırmaları. 2020;15(4):739-52.
76. Okhan M, Şavlı P, Özant N, Özkaymak F, Yeşildallar R. İstanbul’da yaşayan Covid-19 temaslı bireylerin korku düzeyleri ve sosyal damgalanma durumlarının incelenmesi. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2021;1(Covid-19 Özel Sayı):271-88.
77. Gencer N. Pandemi sürecinde bireylerin koronavirüs (Kovid-19) korkusu: Çorum örneği. Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi. 2020;2(4):1153-73.
78. Guan WJ, Liang WH, Zhao Y, Liang HR, Chen ZS, Li YM, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. European Respiratory Journal. 2020;55(5):2000547.
79. Zakrisson AB, Engfeldt P, Hagglund D, Odencrants S, Hasselgren M, et al. Nurse-led multidisciplinary programme for patients with COPD in primary health care: a controlled trial. Primary Care Respiratory Journal. 2011;20(4):427-33.
80. Jones PW, Agustu AGN. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının değerlendirilmesinde sonuçlar ve belirteçler. Avrupa Solunum Dergisi. 2006;27(4):822-32.
81. Polatlı M, Yorgancıoğlu A, Aydemir Ö, Demirci NY, Kırkıl G, Naycı SA ve ark. St. George solunum anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. Tuberk Toraks. 2013;61(2):81-7.
82. Ahorsu DK, Lin CY, Imanı V, Saffari M, Griffiths MD, et al. The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. International Journal Of Mental Health And Addiction. 2020;1-9.
83. Satıcı B, GT E, Deniz ME, Satıcı SA. Covid-19 korkusu ölçeğinin uyarlanması: Türkiye’de psikolojik sıkıntı ve yaşam doyumu ile ilişkisi. Uluslararası Ruh Sağlığı ve Bağımlılık Dergisi. 2021;19:1980-88.
84. Morisky DE, Green LW, Levine D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Tıbbi Bakım. 1986;24(1):67-74.
85. Oguzülgen İ, Köktürk N, Işıkdogan T. Turkish validation study of Morisky 8 item medication adherence questionnaire MMAS 8 in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease. Tuberculosis and Thorax. 2014;62(2):101-7.
86. Morisky DE, Ang A, KW M, Ward HJ. Retracted: predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. The Journal of Clinical Hypertension. 2008,10(5):348-54.

87. Fidell S, Tabachnick B, Mestre V, Fidell L. Aircraft noise-induced awakenings are more reasonably predicted from relative than from absolute sound exposure levels. *The Journal of the Acoustical Society of America*. 2013;134(5):3645-53.
88. Göçmen H, Ediger D, Uzaslan E, Ercüment E. Stabil KOAH'lı hastalarda Saint George Solunum Anketi (SGRQ) skorlarının hastalığın ağırlığı ve amfizem varlığı ile ilişkisi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*. 2009;23(1):7-15.
89. Akoğlu L, Kaçmaz N, ÇB F, Önsöz A, Öngel K. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında aşılama oranlarını etkileyen faktörler. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2013;3(3):18-27.
90. Pıhtılı A, Mammadova K, Kıyan E. Stabil KOAH olgularında plazma laktat düzeyi. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*. 2021;28(3):427-32.
91. Uysal GE. Covid-19 pandemisi sürecinde yaşlılarda değişen beslenme alışkanlıkları ile fiziksel aktivite, uyku kalitesi ve anksiyete düzeyi arasındaki ilişki [yüksek lisans tezi]. İstanbul: Biruni Üniversitesi; 2022.
92. Ahi S, Çıplak B, Borlu A, Aydemir H, Ergün F. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde Covid-19 korkusu. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2022;3(2):84-94.
93. Krauskopf K, Federman AD, Kale MS, Sigel KM, Martynenko M, O'Connor R, et al. Chronic obstructive pulmonary disease illness and medication beliefs are associated with medication adherence. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2015;12(2):151-64.
94. Altunışık B, Doğan N. KOAH'lı bireylerde dispne, sosyal destek ve yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing/Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2023;25(3):1-22.
95. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(2):89-98.
96. Ketelaars C, Schlösser M, Mostert R, Abu-Saad HH, Halfens R, Wouters E. Determinants of health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 1996;51(1):39-43.
97. Wijnhoven HA, Kriegsman DM, Hesselink AE, Penninx BW, De Haan M. Determinants of different dimensions of disease severity in asthma and COPD: pulmonary function and health-related quality of life. *Chest*. 2001;119(4):1034-42.

98. Alonso J, Anto JM, Ganzalez M, Fiz JA, Izquierdo J, Morera J. Measurement of general health status of non-oxygen-dependent chronic obstructive pulmonary disease patients. *Medical Care*. 1992;30(5):125-35.
99. Cheruvu VK, Odhiambo LA, Mowls DS, Zullo MD, Gudina AT. Health-related quality of life in current smokers with COPD: factors associated with current smoking and new insights into sex differences. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2016;11:2211-9.
100. Kutlu R, Demirbaş N, Çivi S, Can A. Göğüs cerrahisi servisinde yatan hastalarda depresyonun ve yaşam kalitesinin kısa form 36 ile değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar*. 2015;23(3):524-31
101. Sertdemir T, TÖ A. Son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda Covid-19 korkusu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *YBH Dergisi*. 2022;3(3):46-70.
102. Temür K, Ünver G, Verimer T. Üniversite öğrencilerinde Covid korkusunun yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022;7(1):113-24.
103. Karabulutlu EY, Karasu Ş. Covid-19 pandemi sürecinde hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yaşadıkları anksiyete, hastalığa uyum ve öz bakım yönetiminin değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*. 2024;7(1):10-22.
104. Liu L, Almodovar AS, Nahata MC. Medication adherence in medicare-enrolled older adults with chronic obstructive pulmonary disease before and during the COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Medicine*. 2022;11(23):6985.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu

1. Yaşınız?.....
2. Cinsiyet:
☐ Erkek ☐ Kadın
3. Medeni Durumunuz?
☐ Evli ☐ Bekar
4. Eğitim durumunuz:
☐ Okur yazar ☐ Okur yazar değil ☐ İlkokul-ortaokul mezunu
☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu
5. Çalışıyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır
6. Mesleğiniz (çalışıyor iseniz)?
☐ Ev hanımı ☐ İşçi/ Memur ☐ Emekli ☐ Serbest meslek ☐ Çiftçi
7. Kim/Kimlerle yaşıyorsunuz?
☐ Yalnız ☐ Eşim ☐ Eşim ve çocuklarım ☐ Çocuklarım ☐ Diğer
8. Size göre ailenizin gelir düzeyi nasıl?
☐ Gelir giderden az
☐ Gelir gidere denk
☐ Gelir giderden fazla
9. BKİ:..... (Boyunuz:..... Kilonuz:.....)
10. Ne kadar süredir KOAH hastalığınız var?.....
11. Genellikle yılda kaç kez hastaneye yatışınız oluyor?.....
12. Ailenizde başka KOAH tanılı olan var mı?
☐ Evet ☐ Hayır
13. Sigara kullanıyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bıraktım
14. Sigara kullanıyorsanız günde kaç tane içersiniz?.....
15. Sigara kullanıyorsanız kaç yıldır içiyorsunuz?.....
16. Alkol kullanıyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bıraktım
17. Tanınız ne zaman konuldu? (yıl).....

18. Hangi tedavi/tedavileri alıyorsunuz?

- ☐ Damardan ilaç tedavisi
- ☐ Ağızdan ilaç tedavisi
- ☐ Maske ile solunum yolundan ilaç tedavisi
- ☐ Diğer ise belirtiniz.....

19. Ne kadar süredir ilaç kullanıyorsunuz?.....

20. Doktorunuzun önerdiği şekilde kontrollere gidiyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

21. Doktorunuzun önerdiği şekilde tedavilerinize uyuyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

22. Sizce yaşadığınız ortamda hastalığınızı şiddetlendiren bir durum var mı, varsa nedir? (Soba, sigara,nem,rutubet vb.)

.....

.....

EK-3. Saint George Solunum Anketi

Bu anket, göğüs hastalığınızın size verdiği sıkıntıyı ve yaşamınıza olan etkisini daha iyi anlamamızı sağlamak üzere hazırlanmıştır. Bu anket, şikâyetlerinize sebep olan göğüs hastalığınızı tüm yönleriyle değerlendirmek amacı ile kullanılacaktır.

Lütfen soruları dikkatle okuyunuz.

BİRİNCİ KISIM

Bu bölümde son 1 sene içinde akciğer hastalığınızın ne durumda olduğunu tanımlayacak sorular yer almaktadır. Her soru için kutulardan birini işaretleyiniz.

1- Son bir sene içindeki öksürme sıklığım:

- ☐ Haftanın hemen her günü
- ☐ Haftanın çoğu günü
- ☐ Ayda birkaç gün
- ☐ Sadece üşüttüğüm zaman
- ☐ Hiç

2-Son bir sene içindeki balgam çıkarma sıklığım:

- ☐ Haftanın hemen her günü
- ☐ Haftanın çoğu günü
- ☐ Ayda birkaç gün
- ☐ Sadece üşüttüğüm zaman
- ☐ Hiç

3-Son bir sene içindeki nefes darlığı durumum:

- ☐ Haftanın hemen her günü
- ☐ Haftanın çoğu günü
- ☐ Ayda birkaç gün
- ☐ Sadece üşüttüğüm zaman
- ☐ Hiç

4- Son bir sene içinde göğsümde hisettiğim hırıltı-hışıltı sıklığı:

- ☐ Haftanın hemen her günü
- ☐ Haftanın çoğu günü
- ☐ Ayda birkaç gün
- ☐ Sadece üşüttüğüm zaman
- ☐ Hiç

5-Son bir sene içinde kaç defa çok ciddi veya sizde sıkıntı yaratan göğüs hastalığı geçirdiniz? (Atak sayısı)

- ☐ 3'den fazla
- ☐ 3 atak
- ☐ 2 defa
- ☐ 1 defa
- ☐ Hiç

6- En uzun atağınız ne kadar sürdü? Eğer ciddi bir atak geçirmediyseniz 7. Soruya geçiniz.

- ☐ 1 hafta veya daha uzun
- ☐ 3 veya daha fazla gün
- ☐ 1 veya 2 gün
- ☐ 1 günden az

7- Son bir senede, haftada ortalama kaç gün göğüs hastalığınız ile ilgili hiç bir problem olmadan rahat gün geçirdiniz?

- ☐ 0 gün (Haftanın her günü rahatsızdım)
- ☐ 1 veya 2 günü rahat geçirdim
- ☐ 3 veya 4 günü rahat geçirdim
- ☐ Hemen her günü rahat geçirdim
- ☐ Her gün rahattım

8- Göğsümde hırıltı-hışıltı varsa bu daha ziyade sabahları oluyor.

- ☐ Evet ☐ Hayır

İKİNCİ KISIM

BÖLÜM-1

9- Akciğer hastalığınız ile ilgili durumu nasıl değerlendiriyorsunuz? Lütfen uygun olan kutuyu işaretleyiniz.

- ☐ En önemli problemim
- ☐ Bana fazla problem yaratıyor
- ☐ Bana az problem yaratıyor
- ☐ Hiç problem yaratmıyor

10- Eğer bir işte çalışıyorsanız aşağıdakilerden birini işaretleyiniz.

- ☐ Akciğer hastalığım nedeni ile iş hayatım tamamen sona erdi
- ☐ Akciğer hastalığım nedeni ile işimi yapmam zorlaştı veya işimi değiştirdim
- ☐ Akciğer hastalığım işimi etkilemiyor

BÖLÜM-2

11- Bugünlerde sizde nefes darlığı yapan hareketlerle ilgili sorulardır. Her madde için size uygun olan “ Doğru” veya “Yanlış” kutusunu işaretleyiniz.

- | | |
|-----------------------------|--|
| Otururken veya yatarken | ☐ Doğru ☐ Yanlış |
| Yıkanırken veya giyinirken | ☐ Doğru ☐ Yanlış |
| Ev içinde dolanırken | ☐ Doğru ☐ Yanlış |
| Dışarıda düz yolda yürürken | ☐ Doğru ☐ Yanlış |
| Merdiven çıkarken | ☐ Doğru ☐ Yanlış |
| Yokuş yukarı çıkarken | ☐ Doğru ☐ Yanlış |
| Spor yaparken | ☐ Doğru ☐ Yanlış |

BÖLÜM-3

12- Bugünlerde olan öksürük ve nefes darlığınızla ilgili soruları içermektedir.

- | | |
|--|--|
| Öksürdüğümde canım acıyor | ☐ Doğru ☐ Yanlış |
| Öksürmek beni yoruyor | ☐ Doğru ☐ Yanlış |
| Konuşunca nefes nefese kalıyorum | ☐ Doğru ☐ Yanlış |
| Öne eğilince nefes nefese kalıyorum | ☐ Doğru ☐ Yanlış |
| Öksürük veya nefes darlığım nedeni ile uykum bölünüyor | ☐ Doğru ☐ Yanlış |
| Çok çabuk yoruluyorum | ☐ Doğru ☐ Yanlış |

BÖLÜM-4

13- Bugünlerde akciğer hastalığınızın sizin üzerinizdeki etkileri ile ilgili sorulardır.

Öksürüğüm veya solunum sıkıntım topluluk içinde utanmama neden oluyor

- ☐ Doğru ☐ Yanlış

Akciğerimle ilgili şikayetlerim yakın çevremi, ailemi, arkadaşlarımı, komşularımı rahatsız ediyor

- ☐ Doğru ☐ Yanlış

Nefes alamadığım zaman paniğe kapılıyorum veya çok korkuyorum

- ☐ Doğru ☐ Yanlış

Akciğer hastalığımı kontrol altında tutamadığımı düşünüyorum

- ☐ Doğru ☐ Yanlış

Akciğerlerimin daha iyi olacağını ummuyorum

- ☐ Doğru ☐ Yanlış

Akciğer hastalığım nedeni ile zayıf, halsiz ve güçsüz biri oldum

- ☐ Doğru ☐ Yanlış

Egzersiz yapmaktan kaçınıyorum (Benim için tehlikeli olacağını düşünüyorum)

☐ Doğru ☐ Yanlış

Kolumu kaldıracak halim olmadığını hissediyorum

☐ Doğru ☐ Yanlış

BÖLÜM-5

14- Tedaviniz ile ilgili soruları içermektedir. Eğer herhangi bir tedavi almıyorsanız bu bölümü atlayınız ve 6. Bölüme geçiniz.

Tedavimin faydasını görmüyorum

☐ Doğru ☐ Yanlış

İlaçlarımı başkalarının yanında kullanmaktan çekiniyorum

☐ Doğru ☐ Yanlış

Tedavimin bazı hoş olmayan yan etkilerini hissediyorum

☐ Doğru ☐ Yanlış

Tedavim yaşıntımı çok fazla etkiliyor

☐ Doğru ☐ Yanlış

BÖLÜM-6

15- Bu bölüm; nefes darlığınız nedeni ile hareketlerinizin ne şekilde kısıtlandığı konusundaki soruları içermektedir. Her bir soruda sizin için geçerli olan kutuyu işaretleyiniz.

Yıkanmak veya giyinmek uzun zamanımı alıyor

☐ Doğru ☐ Yanlış

Banyo yapamıyorum veya duş alamıyorum, ya da bunlar uzun zamanımı alıyor

☐ Doğru ☐ Yanlış

Diğer insanlardan daha yavaş yürüyorum veya dinlenmek için durmak zorunda kalıyorum

☐ Doğru ☐ Yanlış

Ev işi gibi faaliyetler uzun zamanımı alıyor veya dinlenmek için durmak zorunda kalıyorum

☐ Doğru ☐ Yanlış

Bir kat merdiven çıkarken yavaş çıkmak veya dinlenmek zorunda kalıyorum

☐ Doğru ☐ Yanlış

Eğer acele edersem veya hızlı yürürsem durup dinlenmek veya yavaşlamak zorunda kalıyorum

☐ Doğru ☐ Yanlış

Nefes darlığım nedeni ile yokuş yukarı çıkarken, merdivenden yukarı yük taşıırken, çiçek ekmek gibi kolay bahçe işleriyle uğraşırken, dans ederken, veya golf oynarken zorlanıyorum

☐ Doğru ☐ Yanlış

Nefes darlığım nedeni ile ağır yük taşıırken, bahçe kazarken, saatte 5-6 km hızla yürürken, yavaş tempoda koşarken, tenis oynarken veya yüzerken zorlanıyorum

☐ Doğru ☐ Yanlış

Nefes darlığım nedeni ile ağır işler yaparken, koşarken bisiklet e binerken, hızlı yüzerken veya spor yaparken zorlanıyorum

☐ Doğru ☐ Yanlış

BÖLÜM-7

16- Akciğer hastalığınızın günlük yaşamınız üzerinde nasıl etki yaptığını öğrenmek istiyoruz. “Doğru” veya “Yanlış” kutusunu işaretleyiniz. “Doğru” yanıtı verdiğiniz durumların, nefes darlığınız nedeni ile sizi etkileyen faaliyetler olduğunu unutmayınız.

Spor yapamıyorum ☐ Doğru ☐ Yanlış

Sosyal etkinliklere katılamıyorum ☐ Doğru ☐ Yanlış

Alışveriş için dışarıya çıkamıyorum ☐ Doğru ☐ Yanlış

Ev işi yapamıyorum ☐ Doğru ☐ Yanlış

Yatağımdan, koltuğımdan daha uzak bir yere gidemiyorum ☐ Doğru ☐ Yanlış

17- Şimdi, akciğer hastalığınızın sizi nasıl etkilediğini en iyi ifade eden cümleyi işaretleyiniz. Sadece bir seçeneğı işaretleyiniz.

- ☐ Hastalığıma rağmen yapmak istediğim her şeyi yapabiliyorum
- ☐ Hastalığım nedeni ile yapmak istediğim bir iki şeyi yapamıyorum
- ☐ Hastalığım nedeni ile yapmak istediklerimin çoğunu yapamıyorum
- ☐ Hastalığım nedeni ile yapmak istediğim hiçbir şeyi yapamıyorum

EK-4. Covid-19 Korkusu Ölçeği

Covid-19 Korkusu Ölçeği	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Koronavirüsten çok korkuyorum.	1	2	3	4	5
Koronavirüsü düşünmek beni rahatsız ediyor.	1	2	3	4	5
Koronavirüsü düşündüğümde ellerim terliyor.	1	2	3	4	5
Koronavirüse yakalanarak hayatımı kaybetmekten çok korkuyorum.	1	2	3	4	5
Sosyal medyada Koronavirüs ile ilgili haberleri ve hikâyeleri izlediğimde kaygılanıyor ve endişeleniyorum.	1	2	3	4	5
Koronavirüse yakalanmaktan duyduğum endişeden dolayı uykularım kaçıyor.	1	2	3	4	5
Koronavirüse yakalandığımı düşündüğümde kalp atışım hızlanıyor.	1	2	3	4	5

EK-5. Morisky 8-Maddeli İlaça Uyum Ölçeği

	EVET			HAYIR	
Bazen ilacınızı almayı unutur musunuz?					
İnsanlar bazen unutmanın dışındaki nedenlerle ilaçlarını almayı atlarlar. Geçen iki haftayı düşündüğünüzde, ilacınızı almadığınız herhangi bir gün(ler) var mıydı?					
Aldığınız zaman kötü hissetmeniz nedeniyle doktorunuza söylemeksizin ilacınızı almayı kesintiye uğrattığınız veya durdurduğunuz hiç oldu mu?					
Seyahat ettiğiniz veya evden ayrıldığınız zaman ilacınızı yanınızda taşımayı bazen unutur musunuz?					
Dün ilaçlarınızın hepsini aldınız mı?					
Belirtileriniz kontrol altında gibi hissettiğiniz zaman bazen ilacınızı almayı durdurur musunuz?					
Her gün ilaç almak bazı kişiler için gerçek bir zahmettir. Tedavi planına bağlı kalmak konusunda hiç sıkıntı hissedersiniz?					
Tüm ilaçlarınızı almayı hatırlamakta ne kadar sık zorluk yaşarsınız?	Hiç /Nadiren	Arada bir	Bazen	Genellikle	Her Zaman

EK-6. Etik Kurul Karar Formu



EK-7. Çalışma İzin Formu



EK-8. Ölçek Kullanım İzinleri



