



## **Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi**

**Çiğdem KARAGÜLLE<sup>a</sup>, Saadet CAN ÇİÇEK<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>*Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Merkez Ünite Binası, Palyatif Bakım Servisi, Bolu, cigdem.k@msn.com*

<sup>b</sup>*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bolu, saadet\_can@yahoo.com*

### **ÖZET:**

**Amaç:** Çalışma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerin, hastalık algılarının yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. **Gereç ve Yöntem:** Kesitsel tipteki çalışma, bir üniversite hastanesinde KOAH tanısı alan 204 bireyle yapılmıştır. Veriler Tanıtıcı Özellikler Formu, Hastalık Algısı Ölçeği ve Kısa Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanmıştır. Veriler, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, pearson korelasyon analizi ve ANCOVA modeli ile incelenmiştir. **Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması 63.8±6.9 yıl, %74.5'i erkek, %80.4'ü 0-5 yıldır KOAH tanılı olup, %32.8'i dördüncü %30.9'u üçüncü evre KOAH hastasıdır. KOAH'lı bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanma durumu ile hastalık algısı ve yaşam kalitesi arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastalık süresi ve hastalık evresi ile hastalık algısı ve yaşam kalitesi arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları ile hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından hastalık tipi, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme ile anlamlı pozitif korelasyon; süre (akut/kronik), sonuçlar, duygusal temsiller, psikolojik atflar, risk etkenleri boyutu arasında anlamlı negatif korelasyon vardır. Hastalık algısı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki vardır ( $p<0.05$ ). **Sonuç:** KOAH'lı bireylerde hastalık algısı yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde önemlidir. Yaşam kalitesinin artırılması pozitif hastalık algısının sağlanabilmesi, komplikasyonların önlenmesi ve tedavi sürecine uyumda hemşirenin hastasına bütüncül bakım anlayışı ile yaklaşarak hastalık algısı ve yaşanan sorunları belirlemesi, bu sorunların çözümüne ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik girişimlerde bulunması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Hastalık Algısı, Yaşam Kalitesi, Hemşire.

## **The Effect of Disease Perception on Quality of Life of Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease**

### **ABSTRACT:**

**Purpose:** The aim of this study is to find out the the effect of illness perception of individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) on their life. **Material and Methods:** A cross-sectional study was conducted with 204 individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a university hospital. The data were collected the Questionnaire, Illness Perception Scale, Short Form - 36 (SF-36) and Quality of Life Scale by researcher. The data are evaluated number, percentage, mean, standard deviation, pearson correlation analysis and ANCOVA model. **Results:** The average age of the participants was 63.8 ± 6.9 years, 74.5% of them were male, 80.4% of them were diagnosed with COPD for 0-5 years, 32.8% of them were fourth, 30.9% of them were third-stage COPD patients. A significant difference was found between the age, gender, marital status, education level, income status, presence of chronic disease, smoking and alcohol use, disease perception and quality of life of individuals with COPD ( $p<0.05$ ). Significant positive correlation with SF-36 quality of life scale sub-dimensions and disease perception scale sub-dimensions. There is a significant negative correlation between duration (acute / chronic), outcomes, emotional representations, psychological citations, and risk factors. There is a significant relationship between the perception of the disease and the quality of life ( $p<0.05$ ). **Conclusion:** Disease perception is important in improving the quality of life in individuals with COPD. It is important to increase the quality of life, provide positive disease perception, prevent complications, and approach the nurse with a holistic care approach to determine the disease perception and the problems experienced, and attempt to solve these problems and increase the quality of life.

**Keywords :** *Chronic Obstructive Pulmonary Illness, Illness Perception, Quality of Life, Nurse.*

## GİRİŞ

Doğumda beklenen yaşam süresinin artması ile birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı ve hastalık yükü artmıştır (Tekin ve Kara, 2018). Bulaşıcı olmayan hastalıklar 21. Yüzyılın en önemli halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir (DSÖ, 2018). Bulaşıcı olmayan hastalıklar içerisinde solunum sistemi hastalıkları dünya çapında büyük bir sağlık yükü oluşturmaktadır. Solunum sistemi hastalıkları içinde en yaygın görülen hastalık ise kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)'dır (Mannino, 2003). 65 milyon kişi KOAH'dan dolayı muzdariptir. Her yıl 3 milyon kişi KOAH nedeniyle hayatını kaybetmekte ve bu da dünya çapında üçüncü önde gelen ölüm nedenini oluşturmaktadır (Goldcopd, 2020). Buna rağmen KOAH halen yeterince bilinmemekte ve tanılanmamaktadır (Viegi, Scognamiglio, Baldacci, Pistelli and Carrozzi, 2000).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, zararlı partikül ve gazlara karşı akciğer ve havayollarının artmış kronik inflamatuvar yanıtı ile ilişkili ve sıklıkla ilerleyici özellikte kronik hava akımının kısıtlanması ile karakterize, sık alevlenmelerin olduğu kronik, yaygın, önlenemez ve tedavi ile kontrol altına alınabilir bir hastalıktır (Kocabaş Atış, Çöplü, Erdinç, Ergan, Gürgün, Köktürk, Polatlı, Şen ve Yıldırım, 2014; WHO, 2017; Goldcopd, 2020). Kronik hastalıklar; kişinin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapmasına engel olan, geri dönüşü olmayan patolojik değişikliklere neden olan ve hastalığa uyum için çaba gerektiren sağlık sorunlarıdır (Kocaman, Özkan, Armay ve Özkan 2007; Goldcopd, 2020). Kronik bir hastalığı olan bireyin, hastalığına ve tedavi programına göre tüm hayatını tekrar düzenlemesi gerekmektedir (Yazıcı, 2001). Kronik hastalığa sahip bireylerin verdiği tepkiler, hastalık algısına, tedavinin şekline, hastalık ile ilgili inanışlarına, bilgi düzeyine ve hastalığın fiziksel görünümünde oluşturduğu değişikliklere göre değişmektedir. KOAH, hastalık belirti ve bulgularının kişiden kişiye farklılık gösterdiği bir hastalıktır (Goldcopd, 2020). Eşlik eden ek hastalıklar ve alevlenmeler bireysel olarak hastalık şiddetini artırarak hastalık algısını azaltmakta ve bireylerde yetersizliklere neden olarak yaşam kalitesini düşürmektedir (Miravitles, Calle and Soler- Cataluña, 2012; Özpulat ve Yıldırım; 2014)

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde hastalık algısı, hastaların psikososyal durumlarını ile tedavi sürecini doğrudan etkilemektedir. Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümüdür. Bireyler dış dünyada meydana gelen durumları anlayabilmek için çeşitli bilişsel modeller oluşturmaktadır (Weinman, 1996). Bu modele göre bireyler kendilerine anlatılan bilgiler doğrultusunda zihinlerinde hastalık ve yaşamsal risk taşıyan durumlarla ilgili olarak şemalar oluşturmaktadır. Bu şema içerisinde hastalığın nedenleri, süresi, belirtileri, tedavisi ve sonuçları ile alakalı kişinin bireysel düşünceleri yer almaktadır (Leventhal, 1998). Bu süreçte kişinin daha önceki deneyimleri ve algısı büyük önem taşımaktadır. Çünkü hastalık algısı; hastaların kişisel bilgilerinden, değer ve inançlarından etkilenmektedir (Okanlı ve Karabulutlu, 2011).

Hastaların hastalık algılarının artmasıyla tedaviye uyumunun kolaylaşacağı ve yaşam kalitesinin artacağı vurgulanmaktadır (Aalto, Heijmans, Weinman and Aro, 2005). KOAH'lı bireylerde yaşam kalitesi, hastalıkla hem fiziksel hem de psikolojik olarak baş etme açısından önemli bir konudur (Hajiro, Nishimura, Tsukino, Ikeda and Oga, 2005). KOAH'ta en sık görülen semptom olan dispne ve nefes darlığı hastanın fiziksel ve sosyal yönden kısıtlanmasına ve bu durum da yaşam kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır (Bourjeily and Rochester, 2000). Yaşam kalitesi düşük olan hastaların daha sık alevlenme yaşadığı (Spencer, Calverley, Burge and Jones, 2004) ve daha sık hastaneye başvurdukları belirlenmiştir (Gudmundsson et al., 2005). Hemşirenin verdiği eğitim ve hastanın aktif katılımı ile hastanın tedavi sürecinin yönetimini eline alması ve hastalığa bağlı rahatsızlıklarının azaltılması sonucunda yaşam kalitesinde artış sağlanabildiği belirtilmektedir (Worth, 1997). Yapılan çalışmalarda, sağlık bakım çalışanları tarafından verilen hasta ve aile eğitimlerinin hastaların bilgi düzeyi ve hastalık sürecini yönetebilme becerilerini artırdığı, sağlık kurumuna başvurma

sıklığını ise azalttığı saptanmıştır (Çil ve Olgun, 2005; Güner ve Atak, 2002). Bu nedenle KOAH tedavisindeki en önemli amaçlardan biri hastanın iyilik halini sağlayarak yaşam kalitesini artırmaktır. Çünkü yaşam kalitesinin artırılması, yaşam süresini uzatmaktan daha önemlidir (Burgel, 2013). Hemşireler, hasta ve ailesiyle en uzun süre zaman geçiren ve iletişimi kesintisiz sürdürebilen sağlık profesyonelleridir. Hemşire bireyin bakımına, hastalığına, tedavi programına uyumunu ve işbirliğini sağlamada anahtar role sahiptir. Bu bağlamda hemşirenin KOAH'lı bireylerin hastalık algısını ve yaşamış olduğu sorunları belirlemesi, bu sorunların çözümüne veya yaşam kalitesini artırmaya yönelik girişimlerde bulunması önemlidir (Ansari, 2018). Ülkemizde KOAH'lı bireylerde hastalık algısını inceleyen sınırlı sayıda araştırmaya rastlanmıştır (Kılıçkaya ve Karakaş, 2016; Ekenler, 2017) olup, hastalık algısının yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen araştırmaya rastlanmamıştır. Etkili bir hastalık yönetimi ile; semptomlarda, hastaneye yatışlarda ve acil servis başvurularında azalma olması; hastalığın psikolojik ve fiziksel etkilerininin azaltılarak bağımlılığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma KOAH'lı bireylerin, hastalık algılarının yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma KOAH'lı bireylerin, hastalık algılarının yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel tipte gerçekleştirilmiştir.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 30.10.2015-30.01.2016 tarihleri arasında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servis ve Polikliniğine başvuran KOAH tanısı almış bireyler, örneklemi ise 18 yaş ve üzerinde olan, iletişim kurulabilen, psikiyatrik hastalık tanısı olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 204 birey oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü G-Power programında güç analizi ile hesaplanmıştır. Güç analizinde etki büyüklüğü 0.2, tip I hata ( $\alpha$ ) düzeyi 0.05 ve güç değeri 0.80 ile örneklem sayısı 199 olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte uygulamanın yapıldığı üç aylık sürede dahil edilme kriterlerini karşılayan 204 bireyin olması çalışmanın gücünü arttırmıştır.

### Verilerin Toplanması

Veriler Tanıtıcı Özellikler Formu (sosyodemografik özellikler ve hastalığa ilişkin özellikler), Hastalık Algısı Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

**Tanıtım Bilgi Formu:** Katılımcıların sosyo-demografik ve hastalıkları hakkında bilgilerini içeren araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan bir form olup; yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, çalışma ve iş durumu, algılanan gelir ve gider düzeyi, sigara ve alkol kullanma durumu, KOAH tanı süresi, hastalık evresi ile ilgili kapalı uçlu, diğer kronik hastalıklarına yönelik açık uçlu sorulardan oluşmaktadır.

**Hastalık Algısı Ölçeği:** Hastalık Algısı Ölçeği Weinman tarafından (1996) geliştirilmiş olup, Moss-Morris ve arkadaşları (2002) tarafından gözden geçirilmiştir. Araştırmada ölçeğin gözden geçirilmiş versiyonu kullanılmıştır. Ölçek yapı olarak "belirtiler (kimlik boyutu)", "algı" ve "nedenler" olarak üç bölüme ayrılmıştır. Kimlik boyutu evet/hayır olarak cevaplanmaktadır. Algı bölümü, beşli likert tipi (kesinlikle böyle düşünmüyorum-kesinlikle böyle düşünüyorum) olup yedi alt ölçek içermekte ve toplam 38 sorudan oluşmaktadır. Alt boyutlar; "süre (akut/kronik)", "süre (döngüsel)", "sonuçlar", "kişisel kontrol", "tedavi kontrolü", "hastalık tutarlılığı" ve "duygusal temsiller"den oluşmaktadır. Nedenler bölümü

beşli likert tipi (Kesinlikle böyle düşünmüyorum-kesinlikle böyle düşünüyorum) olup toplam 18 soru içermektedir. Ölçeğin sonunda nitel olarak değerlendirilmek üzere kişinin hastalığının en önemli nedeni olarak gördüğü faktörleri yazması istenmektedir. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik güvenirlik çalışmasını Armay ve arkadaşları (2007) gerçekleştirmiştir. Hastalık algısı ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı belirtiler alt boyutunda 0.815, algı alt boyutunda 0.477-0.978, nedenler alt boyutunda ise 0.27-0.35 arasında değişmektedir. Nedenler alt boyutunun her bir alt boyutunda sorulan sorular arası iç tutarlılığın düşük çıkması beklenen bir sonuçtur. Çünkü sorular hastalık nedenlerini sorgulamakta olup aynı alt boyut içine giren nedenlerden biri veya ikisi aynı zamanda seçilmekte diğer nedenler neden olarak kabul edilmemektedir. Bu sonuca göre nedenler boyutunda veya alt boyutlarında iç tutarlılığı incelemenin bir anlamı olmadığı, iç tutarlılığın olmasının beklenmediği söylenebilir (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron and Buick, 2002).

**SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği:** SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ware ve Sherbourne (1992) tarafından geliştirilmiştir. Yaşam kalitesi ölçekleri arasında jenerik özellikte olup geniş kapsamlı değerlendirme sağlamaktadır. Ülkemizde Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından bedensel hastalığı olanlarda geçerliliği ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçek toplam 36 maddeden oluşmakta ve bu şekilde sekiz skalanın ölçümü sağlanmaktadır. Bu skalalar; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol fonksiyonu, emosyonel rol fonksiyonu, mental sağlık, vitalite, ağrı ve genel sağlıktır. Değerlendirme bazı maddeler dışında likert tipi yapılmakta ve son dört haftayı içermektedir.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı alt boyutlardan genel sağlıkta 0.924, fiziksel fonksiyonda 0.974, fiziksel rol güçlüğünde 0.934, emosyonel rol güçlüğünde 0.937, sosyal fonksiyonda 0.937, ağrıda 0.968, mental sağlıkta 0.785 ve vitalitede 0.945 olarak hesaplanmıştır. Bütün alt boyutlar için iç tutarlılığın oldukça yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma verileri, SPSS (ver. 18) istatistik paket programında analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin dağılımının normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ( $p < 0.05$  olmalı) ile çarpıklık ve basıklık katsayıları ( $\pm 2$  olmalı) ile değerlendirilmiştir. Ölçek puanları arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0.05$  kabul edilmiştir.

### **Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın uygulanması için “Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu’ndan” 21.07.2015 tarih ve 2015/106 sayılı etik kurul onayı ve yazılı kurum izni alınmıştır. Hastalık Algısı Ölçeği’nin kullanım izni Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan yazardan alınmıştır. Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uygun olan kişilere araştırmaya başlamadan önce araştırmanın amacı anlatılıp, çalışmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onam alınmıştır.

## **BULGULAR**

Çalışmaya katılan KOAH’lı bireylerin yaş ortalaması  $63.8 \pm 6.9$  yıl, %74.5’i erkek, %86.8’i evli, %40.7’si ilköğretim mezunu, %80.4’ü herhangi bir işte çalışmamakta ve %95.1’inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Bireylerin %72.1’inin algıladıkları gelir durumlarının gelir gidere eşit şekilde ifade ettiği ve hastaların %96.6’sının ailesiyle birlikte yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 1). Hastaların %79.9’unun sigara, %3.4’ünün alkol kullandığı, sigara kullananların

%59.4'ünün sigara kullanım süresinin 44 yıl ve üzeri olduğu, %30.3'ünün günde 21-30 adet, %25.5'inin ise 41 adet ve üzeri sayıda sigara içtiği bulunmuştur.

**Tablo 1.** KOAH'lı bireylerin tanıtıcı özellikleri (n=204)

Tanıtıcı Özellikler		$\bar{x} \pm SS$	min-max
<b>Yaş Ortalaması</b>		63.8±6.9	42-82
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	52	25.5
	Erkek	152	74.5
<b>Medeni durum</b>	Evli	177	86.8
	Bekar	27	13.2
<b>Eğitim düzeyi</b>	Okur-yazar değil	35	17.2
	İlköğretim	83	40.7
	Ortaöğretim	52	25.5
	Lise	21	10.3
	Üniversite	12	6.3
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışıyor	40	19.6
	Çalışmıyor	164	80.4
<b>Sosyal güvence</b>	Var	194	95.1
	Yok	10	4.9
<b>Gelir düzeyi</b>	Gelir giderden az	24	11.8
	Gelir gidere eşit	147	72.1
	Gelir giderden fazla	33	16.1
<b>Birlikte yaşadığı kişiler</b>	Yalnız	7	3.4
	Ailemle birlikte	197	96.6

Çalışmaya katılan bireylerin %80.4'ü 0-5 yıldır KOAH tanılı olup, %32.8'i dördüncü %30.9'u üçüncü evre KOAH hastasıdır. Hastaların %45.5'inin KOAH dışında ek bir kronik hastalığı olduğu, en sık görülen hastalıkların ise sırasıyla hipertansiyon (%29.4), diyabet (%15.7) ve koroner arter hastalığı (%12.7) olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Katılımcıların hastalığın başlangıcından itibaren en sık yaşadığı belirtilerin; soluk almada güçlük (%94.6), hırıltılı soluma (%91.7) ve uyku güçlüğü (%83.8) olduğu görülmüştür. Bu belirtilerin hastalıkla ilgili olanlarından en sık yaşananların ise; soluk almada güçlük (%94.6), hırıltılı soluma (%91.7) ve uyku güçlüğü (%83.8) olduğu saptanmıştır.

**Tablo 2.** KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özellikleri (n=204)

Özellikler		n	%
<b>KOAH tanı süresi</b>	0-5 yıl	164	80.4
	6-11 yıl	40	19.6
<b>KOAH evresi</b>	1.evre	21	10.3
	2.evre	53	26.0
	3.evre	63	30.9
	4.evre	67	32.8
<b>Başka bir kronik hastalık varlığı</b>	Evet	93	45.5
	Hayır	111	54.5
<b>Kronik hastalıklar</b>	Akciğer kanseri	12	5.9
	Hipertansiyon	60	29.4
	Diyabet	32	15.7
	Koroner arter hastalığı	26	12.7
	Konjestif kalp yetmezliği	15	7.4
	Uyku apnesi	7	3.4
	Serebro vasküler olay	5	2.5
	Pulmoner hipertansiyon	9	4.4
	Mide kanseri	6	2.9
	Obezite	10	4.9

Katılımcıların hastalık algısı puan ortalamaları incelendiğinde hastalık tipi boyutu puan ortalaması  $20.45 \pm 3.06$ 'dır. Hastalık hakkındaki görüşleri boyutlarından puan ortalaması en düşük hastalığı anlayabilme ( $2.69 \pm 1.45$ ), en yüksek ise süre (döngüsel) ( $4.45 \pm 0.43$ ) alt boyuttur. Hastalık nedenleri boyutlarından en düşük puan ortalaması kaza veya şans ( $2.97 \pm 0.18$ ), en yüksek puan ortalaması ise psikolojik atıflar ( $3.09 \pm 0.67$ ) alt boyuttur (Tablo 3). Olası hastalık nedenlerinin dağılımına bakıldığında kesinlikle böyle düşünüyorum kategorisinde şans ya da kötü talih en fazla seçilirken bunu stres ya da endişe ile sigara içme izlemiştir. Böyle düşünüyorum diyenlerde ise en çok seçilen çevre kirliliği, kendi davranışım, benim tutumum, yaşamım hakkında olumsuz düşünmem olmuştur. Kesinlikle böyle düşünmüyorum kategorisinde ise en çok seçilen kaza ve yaralanma olurken bunu alkol kullanımı ve kalıtsal faktörler izlemiştir.

**Tablo 3.** KOAH'lı bireylerin hastalık algısı ölçeği ortalamaları dağılımı (n=204)

Ölçek Alt Grupları	min-max	$\bar{x}$	SS
<b>Hastalık Tipi (kimlik)</b>	15-28	20.45	3.06
<b>Hastalık Hakkındaki Görüşleri</b>			
Süre (akut/kronik)	1.5-5.0	4.07	1.07
Sonuçlar	2.17-5.0	3.80	1.18
Kişisel kontrol	1.0-5.0	3.14	1.40
Tedavi kontrol	1.0-5.0	3.15	1.31
Hastalığı anlayabilme	1.0-5.0	2.69	1.45
Süre (döngüsel)	2.0-5.0	4.45	0.43
Duygusal temsiller	1.67-5.0	3.77	1.24
<b>Hastalık Nedenleri Boyutu</b>			
Psikolojik Atıflar	2.17-5.0	3.09	0.67
Risk Etkenleri	1.71-4.86	2.58	0.45
Bağışıklık	1.67-5.0	3.16	0.51
Kaza veya Şans	1.0-5.0	2.97	0.18

Hastaların yaşam kalitesi alt grup puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek ortalamanın mental sağlık (52.88±19.90), en düşük ortalamanın genel sağlık (24.06±28.26) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

**Tablo 4.** KOAH'lı Bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları dağılımı (n=204)

Ölçek Alt Grupları	min-max	$\bar{x}$	SS
Fiziksel fonksiyon	0-100	33.67	63.59
Fiziksel rol kısıtlaması	0-100	27.45	42.08
Ağrı	0-90	46.12	28.28
Genel sağlık	0-95	24.06	28.26
Vitalite	0-100	29.60	29.59
Sosyal fonksiyon	0-100	43.38	32.00
Emosyonel rol kısıtlaması	0-100	27.45	42.08
Mental sağlık	16-96	52.88	19.90

Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından hastalık tipi ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, sosyal fonksiyon, ağrı, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlaması ve vitalite arasında anlamlı pozitif yönlü çok yüksek korelasyon bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme boyutları ile; yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, sosyal fonksiyon, ağrı, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlaması ve vitalite arasında anlamlı pozitif yönlü yüksek korelasyon bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından süre (akut/kronik) ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, sosyal fonksiyon, ağrı, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlaması ve vitalite arasında anlamlı negatif yönlü orta korelasyon bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından sonuçlar ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, sosyal fonksiyon, ağrı, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlaması ve vitalite arasında anlamlı negatif yönlü çok yüksek korelasyon bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından duygusal temsiller ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, sosyal fonksiyon, ağrı, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlaması ve vitalite arasında; hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından psikolojik atıflar temsiller ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ve mental sağlık arasında anlamlı negatif yönlü yüksek korelasyon bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından psikolojik atıflar ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından genel sağlık, fiziksel rol kısıtlaması, sosyal fonksiyon, ağrı, emosyonel rol kısıtlaması ve vitalite arasında; hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından risk etkenleri ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, sosyal fonksiyon, ağrı, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlaması ve vitalite arasında anlamlı negatif yönlü çok düşük korelasyon bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından süre (döngüsel), bağışıklık, kaza veya şans alt boyutları ile yaşam kalitesi ölçeğine ait alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 5).

**Tablo 5.** KOAH'lı bireylerin hastalık algısı ile yaşam kalitesine ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması

Hastalık Algısı Ölçeği	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği															
	Genel Sağlık		Fiziksel F.		Fiziksel rol kısıtlaması		Sosyal Fonksiyon		Ağrı		Mental sağlık		Emosyonel rol kısıtlaması		Vitalite	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>Hastalık tipi (kimlik)</b>	0.76	0.001	0.81	0.001	0.78	0.001	0.79	0.001	0.78	0.001	0.8	0.001	0.77	0.001	0.79	0.001
<b>Hastalık Hakkındaki Görüşleri</b>																
<b>Süre (akut/kronik)</b>	-0.38	0.001	-0.49	0.001	-0.39	0.001	-0.36	0.001	-0.39	0.001	-0.38	0.001	-0.40	0.001	-0.43	0.001
<b>Sonuçlar</b>	-0.70	0.001	-0.85	0.001	-0.74	0.001	-0.72	0.001	-0.69	0.001	-0.70	0.001	-0.74	0.001	-0.77	0.001
<b>Kişisel kontrol</b>	0.56	0.001	0.64	0.001	0.54	0.001	0.51	0.001	0.55	0.001	0.53	0.001	0.55	0.001	0.54	0.001
<b>Tedavi kontrol</b>	0.56	0.001	0.65	0.001	0.56	0.001	0.54	0.001	0.56	0.001	0.56	0.001	0.56	0.001	0.54	0.001
<b>Hastalığı anlayabilme</b>	0.60	0.001	0.65	0.001	0.58	0.001	0.55	0.001	0.55	0.001	0.58	0.001	0.58	0.001	0.58	0.001
<b>Süre (döngüsel)</b>	0.62	0.379	0.09	0.190	0.07	0.308	0.05	0.445	0.08	0.237	0.02	0.720	0.07	0.298	0.00	0.918
<b>Duygusal temsiller</b>	-0.62	0.001	-0.74	0.001	-0.65	0.001	-0.63	0.001	-0.60	0.001	-0.64	0.001	-0.65	0.001	-0.68	0.001
<b>Hastalık nedenleri</b>																
<b>Psikolojik atıflar</b>	-0.08	0.204	-0.69	0.325	-0.08	0.230	-0.14	0.041	-0.11	0.095	-0.59	0.398	-0.07	0.311	-0.05	0.424
<b>Risk etkenleri</b>	-0.18	0.009	-0.18	0.009	-0.20	0.004	-0.21	0.002	-0.16	0.016	-0.17	0.011	-0.21	0.002	-0.18	0.008
<b>Bağıışıklık</b>	-0.00	0.092	-0.18	0.79	-0.01	0.805	-0.04	0.533	-0.09	0.193	0.02	0.773	-0.18	0.800	-0.01	0.884
<b>Kaza veya şans</b>	0.08	0.240	0.09	0.18	0.08	0.239	0.07	0.275	0.12	0.086	0.09	0.171	0.08	0.233	0.04	0.539



## TARTIŞMA

Çalışmaya katılan KOAH'lı bireylerin yaş ortalaması 63.8 olarak belirlenmiş ve bu sonuç literatürde KOAH'ın ileri yaşta görülen kronik bir hastalık olması bilgisiyyle paralellik göstermektedir (Goldcopd, 2020; Kılıçkaya ve Karakaş, 2016; Ekenler, 2017; Scharloo et al., 2007; Günay ve ark., 2013; Borge et al., 2014; Shure et al., 2016; Türk ve Üstün, 2018; Vicdan, 2018; Chau et al., 2019). Katılımcıların %74.5'i erkektir. Literatür incelendiğinde; KOAH prevalans ve mortalitesinin erkeklerde kadınlardan daha fazla olduğu görülmektedir (Kılıçkaya ve Karakaş, 2016; Ekenler, 2017; Scharloo et al., 2007; Günay ve ark., 2013; Borge et al., 2014; Shure et al., 2016; Türk ve Üstün, 2018; Vicdan, 2018). Günümüzde ise prevalansın sigara içme alışkanlığında meydana gelen değişim nedeniyle kadınlarla erkekler arasında neredeyse eşitlendiği görülmektedir. Bununla birlikte kadınların tütün dumanına hassasiyetin erkeklerden daha fazla olabileceği, bu nedenle görülme sıklığının kadınlarda daha sık olabileceği vurgulanmaktadır (Viegi et al., 2000; Sorheim et al., 2010; Foreman et al., 2011). Literatürdeki çalışmalarda erkek oranının çalışmamızla benzerlik ya da farklılık gösterme nedeni, araştırmanın belirli bir süre içerisinde, serviste yatan ve polikliniğe başvuran hastalar arasından cinsiyet ayrımı yapılmadan araştırmaya kabul edilmesi olarak düşünülmektedir. Çalışmamızda katılımcıların %40.9'u ilkokul mezunu olup, bu sonuç ülkemizdeki çalışmalarla (Kılıçkaya ve Karakaş, 2016; Ekenler, 2017; Vicdan, 2018) paralelken yurt dışındaki çalışmalardan (Borge et al., 2014; Shure et al., 2016) farklılık göstermektedir. Bunun sebebinin ülkelerin eğitim politikalarındaki farklılıklar nedeniyle farklı eğitim düzeylerine sahip olması düşünülmektedir. Katılımcıların %79.9'unun sigara içtiği ve sigara içenlerin %59.4'ünün 44 yıl ve üzeri bir süredir sigara içtiği bulunmuştur. Ülkemizde sigara kullanım sıklığı %5.6 ile %85.5 (Ekenler, 2017; Günay ve ark., 2013; Türk ve Üstün, 2018; Vicdan, 2018; Ünsal ve Yetkin, 2005), yurt dışında %20 ile %50.9 arasında değişmektedir (Shure et al., 2016; Kinnula et al., 2011; Karpman et al., 2018). Ülkemizde sigara kullanım sıklığının yurt dışına göre daha yüksek olmasına sebep olarak hastalık yönetiminde sigara bırakma davranışının gelişmemiş olması ve bilgi eksikliğinin olduğu düşünülmektedir. Araştırmanın yapıldığı poliklinik ve yatan hasta servisinde sigara kullanımının hastalık üzerindeki etkileri ve sigara bırakma konusunda eğitim verilmemektedir. Hastaya sadece bir kez sigarayı bırakmasını önermenin bile sigara bırakma oranını arttırdığı belirtilmektedir. Hastayla sigarayı bırakma konusunda yapılan yüz yüze görüşme süresinin üç dakika ya da daha kısa olması bile bırakma oranını iki kat arttırmaktadır (Fidan ve ark., 2005).

Hastaların %80.5'i 0-5 yıldır KOAH tanılı olup %32.8'i dördüncü evre KOAH hastasıdır. Hafif ve orta derecedeki KOAH vakalarında akciğer işlevlerinde belirgin bir bozulma olmadığından genellikle fiziksel belirti ve bulgular saptanmamaktadır. Özellikle yaşlı bireylerde bu süreç yaşlanmanın doğal sonucu olarak düşünülmektedir. Ancak hastalık evresi ilerledikçe akciğer kapasitesinin azalmasına bağlı semptomlar artmakta, alevlenmeler arası geçen süre azalmaktadır. Fiziksel bulguların öneminin artması ve hastayı rahatsız etmesi sebebiyle hastalar bu aşamada sağlık kuruluşuna başvurmaktadır (Viegi, Scognamiglio, Baldacci, Pistelli and Carrozzi, 2000). Araştırmanın belirli bir süre içerisinde, serviste yatan ve polikliniğe başvuran hastalar arasında yapılmış olmasının evre dört hastalarla daha fazla karşılaşılmasına sebep olduğu düşünülmektedir.

Hastaların %45.6'sının KOAH dışında ek bir hastalığı olduğu ve en sık görülen kronik hastalığın %29.4 ile hipertansiyon olduğu belirlenmiştir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte konnektif doku azalmasının, artmış arteriyel sertliğin, azalmış elastik doku kaybının bu iki hastalık ile ilişkisinin olduğu düşünülmektedir (McAllister et al., 2007). Çalışma sonuçlarımız literatürle uyumludur (Roberts et al., 2013; Üstünova ve Nahcivan, 2015; Ojuawo, Aladesanmi, Opeyemi, Desalu and Salami 2019; Soykök and Arslan, Demirel, 2017).

Katılımcıların hastalığın başlangıcından bu yana en sık yaşadığı belirtilerin; soluk almada güçlük, hırıltılı soluma, uyku güçlüğü, yorgunluk, güç kaybı ve sersemlik hissi olduğu görülmüştür. Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumludur (Aalto et al., 2005; Hajiro et al., 2000; Bourjeily and Rochester, 2000; Spencer et al., 2004; Gudmundsson et al., 2005). Hastaların yaşadığı belirtilerin birbiriyle bağlantılı olduğu görülmektedir. Hırıltılı solunumun solunum sıkıntısını gösterdiği, solunum sıkıntısının uyku bozukluklarına sebep olduğu, solunum güçlüğü olan bireylerin dokularının yeterince oksijenlenememesinin beraberinde yorgunluk ve güç kaybı oluşturduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların hastalık algısı ölçeği puanları incelendiğinde en yüksek süre, en düşük hastalığı anlayabilme boyutu olduğu, hastaların önemli bir çoğunluğunun hastalıklarının uzun süreceğini, hastalığın kalıcı olduğunu, ömürlerinin kalanını bu hastalıkla geçireceklerini düşündükleri ancak hastalığını anlayamadıkları belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımız literatürle paraleldir (Aalto et al., 2005; Hajiro et al., 2000; Spencer et al., 2004; Worth, 1997). Hastalar hastalık nedenini şans ya da kötü talih ve stres ya da endişeye bağlamaktadırlar. Çalışma sonuçlarımız literatürle paraleldir (Aalto et al., 2005; Hajiro et al., 2000; Worth, 1997; Güner ve Atak, 2002). Ölçeğin nedenler bölümünün sonunda yer alan ve hastalığın neden algısını kalitatif değerlendirmeyi hedefleyen, “size göre hastalığınızın nedeni nedir?” sorusuna verilen yanıtlar hastaların hastalık nedenini stres ve kadere bağladıklarını göstermektedir. Bu sonuç diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda gözlenmemiştir. Türk toplumunun sosyo-kültürel özelliklerinin yansımaları olarak hastalık nedenlerinin çoğunlukla stres, sıkıntı, endişeye; kaderci tutum ise şans ya da kötü talihe bağlanmasına sebep olmaktadır.

Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarında en yüksek puan mental sağlık, bunu takiben ağrı, sosyal fonksiyon ve fiziksel fonksiyon olarak devam etmekte, en düşük puan ise genel sağlık alt boyutundadır. Yaşam kalitesi ölçeğinde puan arttıkça yaşam kalitesi artmakta ve puan 0-100 arasında değişmektedir (Ware and Sherbourne; 1992) Mental sağlık alt boyut puanı diğer alt boyutlar içerisinde en yüksek puana sahip olmakla birlikte kendi içinde düşük bir puandır. Bu puan düşüklüğü hastaların kendilerini sinirli, gergin, üzüntülü, kederli, depresif ve hüzünlü hissettiğini göstermektedir. Çalışmanın sonuçları literatürle paraleldir (Atasever ve Erdinç, 2003; Polatlı ve ark., 2013; Soyyiğit ve ark., 2006; Yenilmez ve ark., 2018; Gökçek ve ark., 2019). Hajiro ve arkadaşları (1998) Japonya’da yapmış oldukları çalışmada, hastalık ağırlaştıkça “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin ağrı puanı hariç tüm puanlarının önemli oranda bozulduğunu saptamıştır. Finlandiya’da yapılan bir çalışmada KOAH’lı hastaların %37’si hastalığın yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmiştir (Kanervisto Paavilainen, and Heikkila, 2007). Ağrı alt boyutu puan ortalamasının düşük olması hastanın ağrısı olduğunu ve bu ağrının günlük işlerini yerine getirmede aksamalara sebep olduğunu göstermektedir. Sosyal fonksiyon alt boyutu puan ortalamasının düşük olması hastaların fiziksel ve duygusal sorunlara bağlı olarak sosyal etkinliklerde kesinti yaşamalarına neden olduğunu göstermektedir. Fiziksel fonksiyon alt boyutu hastanın gün içerisinde yaptığı aktiviteler ve bu aktivitelerin ne kadar kısıtlandığı hakkında bilgi vermektedir. Puanın düşüklüğü hastaların fiziksel olarak olumsuz etkilendiğini ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek için başka birine ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Alt boyutlar içinde en düşük puana sahip olan genel sağlık alt boyutu hastaların sağlığının kötü olduğunu ve giderek daha da kötüleşeceğini düşündüğünü göstermektedir. Çalışmanın sonuçları literatürle paraleldir (Çil ve Olgun, 2005; Burgel et al., 2013; Ansari, 2018; Kılıçkaya ve Karakaş, 2016; Ekenler, 2017).

Hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından süre (döngüsel), bağışıklık, kaza veya şans alt boyutları ile yaşam kalitesi ölçeğine ait alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı, diğer alt boyutları arasında ise anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Hastalık algısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında katılımcıların KOAH’ın yaşam

kalitelerini azalttığını ancak bu hastalığın kendileri ve tedavileri ile kontrol altına alınabildiği takdirde yaşam kalitelerinin artacağını düşündükleri görülmektedir. KOAH tedavisinde hastaya bütüncül yaklaşım önemlidir. Yani hasta yalnızca fiziksel yönden değil ruhsal yönden de değerlendirilmelidir. Çünkü KOAH yaşamı tehdit eden ciddi sonuçları olan, hastayı psikososyal yönden etkileyen, bireyin yalnızca fiziksel değil aynı zamanda sosyal yönden kısıtlandığı bir hastalıktır. Tüm bu fiziksel ve sosyal kısıtlamalar hastanın yaşam kalitesini azaltmaktadır. Hastalığın ilerleyen evrelerinde semptomlar belirginleşmekte hastalığın yönetimi zorlaşmakta ve hastaneye yatışlar artmaktadır. Gudmundson ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında yaşam kalitesi puanı düşük olan hastaların hastaneye daha sık başvurdukları belirlenmiştir. KOAH tedavisindeki en önemli nokta hastanın hastalığının kontrol edilebilir olduğuna inanmasıdır. Hemşireler vereceği eğitimlerle hastanın, hastalığın kontrol altına alınmasında tedavinin önemine inanmasını sağlamalıdır. Hastanın tedavisini kontrol edebilmesi; günlük yaşam aktivitelerinde meydana gelen kısıtlamaların ve hastaneye yatışların azalmasını sağlayarak yaşam kalitesini arttırmaktadır. KOAH tanısı olan bireylerde yaşam kalitesinin artırılmasının yaşam süresini uzatmaktan daha önemli olduğu vurgulanmaktadır (Burgel et al., 2013).

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde hastalık algısının yaşam kalitesine olan etkisini incelemek için yapılan çalışmada hastalık algısının yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür. Çalışmanın sonuçlarına göre hastalık algısı yüksek olan hastalarda yaşam kalitesi daha iyidir. Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları ile hastalık algısı ölçeği alt boyutlarından hastalık tipi, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme ile anlamlı pozitif ilişki; süre (akut/kronik), sonuçlar, duygusal temsiller, psikolojik atıflar, risk etkenleri boyutu arasında anlamlı negatif ilişki bulunmuştur. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı yönetiminde temel amaç hastanın semptomlarını azaltarak yaşam kalitesini artırmaktır. Yaşam kalitesinin artırılması ise hastanın hastalığını kabul ederek tedavi planına uyumunun artmasıyla sağlanabilmektedir. Tedavi planında en önemli nokta hastanın hastalığının kontrol edilebilir olduğuna inanmasıdır. Hemşireler vereceği eğitimlerle hastanın hastalığın kontrol altına alınmasında tedavinin önemine inanmasını ve pozitif hastalık algısını sağlayarak yaşam kalitesini arttırmaya çalışmalıdır. Konu ile ilgili belirlenen sorunların çözümüne yönelik müdahale ve etkilerinin belirlenebilmesi için randomize kontrollü çalışmaların yapılması ve kanıt düzeyinin artırılması önerilmektedir.

## 6. KAYNAKLAR

- Aalto, A. M., Heijmans, M., Weinman, J., Aro, A. R. (2005). Illness perceptions in coronary heart disease: sociodemographic, illness-related, and psycho social correlates. *Journal of Psycho Somatic Research*, 58(5), 393-402. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.03.001>
- Ansari, S. (2018). Understanding the impact of chronic obstructive pulmonary disease and intervening to improve self-management in the context of multi-morbidity. *Int J Integr Care*, 18(3), 7. <https://doi:10.5334/ijic.4187>.
- Armay, Z., Özkan, M., Kocaman, N. ve Özkan, S. (2007). Hastalık algısı ölçeği'nin kanser hastalarında türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 10, 192-200.
- Atasever, A. ve Erdiñ, E. (2003). KOAH'da yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51(4), 446-455.
- Borge, C. R., Moum, T., Puline Lein, M., Austegard, EL. and Wahl, AK. (2014). Illness perception in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Scandinavian Journal of Psychology*, 5(5), 456-63. <https://doi.org/10.1111/sjop.12150>
- Bourjeily, G. and Rochester, CL. (2000). Exercise training in chronic obstructive pulmonary disease. *Clinics in Chestmedicine*, 21(4), 763-81.

- Burgel, P. R., Escamilla, R., Perez, T., Carre, P., Caillaud, D., Chanez, P. ... Initiatives BPCO Scientific Committee. (2013). Impact of comorbidities on COPD-specific health-related quality of life. *Respiratory Medicine*, 107(2), 233-241. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2012.10.002>
- Chau, Q. N., Thuy, T. B., Giap, V. V., Hanh, TC., Phuong, TP., Ha, N. P.... Roger C. M. H. (2019). Direct hospitalization cost of patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in Vietnam. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16(1), 88. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010088>
- Çil, A. ve Olgun, N. (2005). KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)'ın pulmoner rehabilitasyon ile yönetimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21(1), 103-13.
- Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması, (2018) [https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO\\_Turkey\\_Risk\\_Factors\\_A4\\_TR\\_19.06.2018.pdf](https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf)  
Erişim tarihi: 28.05.2020
- Ekenler, Ş. (2017). Kronik obstrüktif akciğer hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi: Selçuk Üniversitesi, Konya-Türkiye.
- Fidan, F., Palan, E., Ünlü, M., Sezer, M. ve Kara, Z. (2005). Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 6(3), 27-34.
- Foreman, M. G., Zhang, L., Murphy, J., Hansel, N. N., Make, B., Hokanson, J. E. ... COPD Gene Investigators. (2011). Early-onset chronic obstructive pulmonary disease is associated with female sex, maternal factors, and African American race in the COPD Gene Study. *Am J Respir Crit Care Med*, 184(4): 414-20. <https://doi.org/10.1164/rccm.201011-1928OC>
- Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease. Available from <https://goldcopd.org/> Erişim tarihi: 01.06.2020
- Gökçek, Ö., Hüzmeli, E. D. ve Katayıfçı, N. (2019). Kronik obstrüktif akciğer hastalarında dispnenin yaşam kalitesi ve depresyona etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg*, 10(1), 84-8.
- Gudmundsson, G., Gislason, T., Janson, C., Lindberg, E., Hallin, R., Ulrik, CS. ... Bakke, P. (2005). Risk factors for rehospitalisation in COPD: Role of health status, anxiety and depression. *European Respiratory Journal*, 26, 414-9. <https://doi.org/10.1183/09031936.05.00078504>
- Günay, S., Günay, E., Sönmez, Ö. S., Demirci, Y. N., Keyf, İ. A. ve Şimşek, C. (2013). KOAH tanılı hastalarda solunumsal maruziyetler ile hastalık arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 16(3), 243-52.
- Güner, A. ve Atak, N. (2002). KOAH'lı hastalarda sağlık eğitiminin etkisinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 50(4), 451-61.
- Hajiro, T., Nishimura, K., Tsukino, M., Ikeda, A. and Oga, T. (2000). Stages of disease severity and factors that affect the health status of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*, 94(9), 841-6. <https://doi.org/10.1053/rmed.2000.0804>
- Hajiro, T., Nishimura, K., Tsuniko, M., Ikeda, A., Koyama, H. and Takateru, I. (1998). Comparison of discriminative properties among disease specific questionnaires for measuring health related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care*, 157(3 Pt 1), 785-90. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.157.3.9703055>
- Kanervisto, M., Paavilainen, E. and Heikkilä, J. (2007). Family dynamics in families of severe COPD patients. *J Clin Nurs*, 16(8), 1498-1505. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01804.x>
- Karpman, M., Eldridge, R., Follis, J. L., Etzel, C. J., Shete, S. and El-Zein, R. A. (2018). Chronic obstructive pulmonary disease among lung cancer-free smokers: The importance of healthy controls. *Respiratory Investigation*, 56(1), 28-33. <https://doi.org/10.1016/j.resinv.2017.11.002>
- Kılıçkaya, C. and Karakaş, SA. (2016). The effect of illness perception on loneliness and coping with stress in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *International Journal of Caring Sciences*, 9(2), 481-8.
- Kinnula, V. L., Vasankari, T., Kontula, E., Sovijärvi, A., Saynajakangas, O. and Pietinalho, A. (2011). The 10-year COPD programme in Finland: Effects on quality of diagnosis, smoking, prevalence, hospital admissions and mortality. *Prim Care Respir J*, 20(2), 178-83. <https://doi.org/10.4104/pcrj.2011.00024>
- Kocabaş, A. Atış, S. Çöplü, L. Erdinç, E. Ergan, B. Gürkün A. ... Yıldırım N. (2014). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) koruma, tanı ve tedavi raporu 2014. Türk Toraks Derneği KOAH çalışma grubu. *Turkish Thoracic Journal*, 2(15), 1-85.
- Kocaman, N. Özkan, M. Armay, Z. ve Özkan, S. (2007). Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 271-80.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N. ve Memiş, A. (1999). Kısa Form-36'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-6.
- Leventhal, H. Leventhal, E. A. and Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual cognitive approach. *Psychology and Health*, 13(4), 717-33. <https://doi.org/10.1080/08870449808407425>
- Mannino D. M. (2003). Chronic obstructive pulmonary disease: definition epidemiology. *Respiratory Care*, 48(12), 1185-91. <https://doi.org/10.1055/s-2005-869539>

- McAllister, D. A., Maclay, JD., Mills, N. L., Mair, G., Miller, J., Anderson, D. ...MacNee W. (2007). Arterial stiffness is independently associated with emphysema severity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 176(12), 1208–14 <https://doi.org/10.1164/rccm.200707-1080OC>
- Miravitles, M. Calle, M. Soler- Cataluña, J. J. (2012) Clinical Phenotypes of COPD: Identification, definition and implications for guidelines. *Archivos de Bronconeumologia*, 48(3), 86-98. <https://doi.org/10.1016/j.arbr.2012.01.003>
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D. and Buick, L. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Ojuawo, O. B., Aladesanmi, A. O., Opeyemi, C. M., Desalu, O. O., Fawibe, A. E. and Salami, A. K. (2019). Profile of patients with chronic obstructive pulmonary disease in Ilorin who were never-smokers. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 22(2), 221-6. [https://doi.org/10.4103/njcp.njcp\\_344\\_18](https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_344_18)
- Okanlı, A. ve Karabulutlu Yılmaz, E. (2011). Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(4), 25-31.
- Özpulat, F. ve Yıldırım, A. (2014). Kronik solunum sistemi hastalığı olan hastaların hastalıkları ile baş etme yöntemleri ve sağlık eğitimi gereksinimleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 23(4), 122-129.
- Polatlı, M., Yorgancıoğlu, A., Aydemir, Ö., Demirci, YN., Kırkıl, G., Naycı, AS., ve ark. (2013). Saint george solunum anketinin türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Tüberk Toraks*, 61(2), 81-7.
- Roberts, C. M., Lopez-Campos, J. L., Pozo-Rodriguez F, Hartl S. and European COPD Audit team. (2013). European hospital adherence to GOLD recommendations for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbation admissions. *Thorax*, 68(12), 1169-71. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2013-203465>
- Scharloo, M., Kaptein AA., Schlösser, M., Pouwels, H., Bel, E. H., Rabe, KF. and Wouters, EF. (2007). Illness perceptions and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Asthma*, 44(5), 5-81. <https://doi.org/10.1080/02770900701537438>
- Schure, M. B., Borson, S., Nguyen, H. Q., Trittschuh E. H., Thielke, S. M., Pike, K. C. ...Fan V. S. (2016). Associations of cognition with physical functioning and health-related quality of life among COPD patients. *Respiratory Medicine*, 114, 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2016.03.005>
- Sorheim, IC., Johannessen, A., Gulsvik, A., Bakke, PS., Silverman, EK. and DeMeo, DL. (2010). Gender differences in COPD: are women more susceptible to smoking effects than men? *Thorax*, 65(6), 480-85. <https://doi.org/10.1136/thx.2009.122002>
- Soykök, K., Arslan, S. ve Demirel, Y. (2017). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında komorbidite durumu. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 31(3), 145-55.
- Soyyigit, Ş., Erk, M., Güler, N., Kılınc, G. (2006). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesinin belirlenmesinde SF-36 sağlık taramasının değeri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 54(3), 259-66.
- Spencer, S. Calverley, PMA., Burge, PS. and Jones, PW. (2004). Impact of preventing exacerbations on deterioration of health status in COPD. *European Respiratory Journal*, 23, 698-702. <https://doi.org/10.1183/09031936.04.00121404>
- Tekin, S. Ç. ve Kara, F. (2018) Dünyada ve Türkiye’de yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 3(1), 219-29. <https://doi.org/10.21733/ibad.370584>
- Türk, G. ve Üstün, R. (2018). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesi. *DEUHFED*, 11(1), 19-25.
- Ünsal, A. ve Yetkin, A. (2005). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 42-53.
- Üstünova, E. ve Nahcivan, N. (2015). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 11-22.
- Vicdan, K. A. (2018). Kronik Obstrüktif Akciğer hastalarının uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *DEUHFED*, 11(1), 14-8.
- Viegi, G., Scognamiglio, A., Baldacci, S., Pistelli, F. and Carrozzi, L. (2000). Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respiration*, 68(1), 4-19. <https://doi.org/10.1159/000050456>
- Ware, J. E. and Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36- itemshort-form healthsurvey (SF-36). I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*. 30(6), 473-83.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R. and Horne, R. (1996) The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and health*, 11(3), 431-45. <https://doi.org/10.1080/08870449608400270>
- World Health Organization, Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) Available from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)) Erişim tarihi: 02.06.2020

- Worth, H. (1997). Self management in COPD: One step beyond. *Patient Education and Counseling*, 32,105-109.
- Yazıcı, O. (2012). Depresif bozukluklarda eştanı (komorbidite). *Psikiyatri Dünyası*, 5(3), 89-96.
- Yenilmez, Ö., Gürsoy, S., Evyapan, F. ve Kitiş, A. (2018). KOAH'lı bireylerde aktivite katılımı ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 11(2), 30-6.