

ARAŞTIRMA

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARINDA HASTALIK ALGISI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Şükrü EKENLER* Selda ARSLAN**

Alınış Tarihi: 13.06.2018

Kabul Tarihi: 30.07.2019

ÖZET

Amaç: Bu çalışma kronik obstrüktif akciğer hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörleri incelemesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı türde yapılmış olup, Konya'daki bir üniversite hastanesinin göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastalar üzerinde Kasım 2015-Şubat 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma örneklem büyüklüğü 175 hastadır. Verilerin toplanmasında "Anket Formu" ve "Hastalık Algısı Ölçeği" kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde Kruskal Wallis H testi, Mann Whitney U testi, bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 67.3 ± 10.8 , %83.4'ü erkek, %89.7'si evli, %58.3'ü ilkokul mezunudur. Hastaların hastalık algısı alt boyutlarının puan ortalamalarının; sosyodemografik, sağlık ve hastalık özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde yaş, çalışma durumu, hastalık süresi, algılanan sağlık durumu, hastalık hakkında bilgi alma durumu, hastalığa uygun beslenme ve KOAH evresiyle ilişkili bulunmuştur. Hastaların soluk almada güçlüğü hastalıklarının başlangıcından itibaren yaşadıkları ve bunu sıklıkla hastalıklarına bağladıkları saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışma sonucunda hastaların hastalığını anlayamadıkları ve hastalığı üzerinde kişisel kontrollerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Hastaların çoğunluğu hastalığın kısa süreli olmadığına, kalıcı olduğunu ve hayatları boyunca bu hastalıkla yaşayacaklarına ilişkin görüşlere sahip oldukları ve birçok faktörden etkilenmiş olabileceği tespit edilmiştir. Hemşirelerin, KOAH hastalarının hastalık algısını etkileyen sosyodemografik, sağlık ve hastalık özelliklerini dikkate alarak hastaların pozitif hastalık algılarını arttırmaya yönelik hemşirelik bakımını planlamaları ve uygulamaları önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Hastalık algısı; hemşirelik; kronik obstrüktif akciğer hastalığı

ABSTRACT

Illness Perception and Related Factors in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Aim: This study was conducted to investigate the illness perception and related factors in patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Method: The study was conducted in a descriptive manner and was conducted between November 2015 and February 2016 in patients admitted to the outpatient clinic of a university hospital in Konya. The research sample size was 175 patients. "Survey Form" and "Illness Perception Questionnaire" were used to collect data. Kruskal Wallis H test, Mann Whitney U test, independent samples t test and one-way variance analysis were used in statistical analysis.

Results: The mean age of the participants was 67.3 ± 10.8 , 83.4% were male, 89.7% were married, and 58.3% were primary school graduates. The mean scores of the patients' illness perception questionnaire sub-dimensions; When the distribution according to sociodemographic, health and disease characteristics were examined, it was found that age, working status, duration of disease, perceived health status, getting information about the disease, and proper nutrition and COPD stage were found. It was determined that the patients had difficulty in breathing difficulty from the beginning of the disease and they were frequently connected to their diseases.

Conclusion: As a result of this study, it was determined that patients could not understand their disease and their personal controls on the disease were low. The majority of the patients were found to have short-term disease, were permanent, and had a history of life with this disease and could be affected by many factors. It can be suggested that nurses plan and implement nursing care to increase the positive perception of patients by taking into account the sociodemographic, health and disease characteristics of COPD patients.

Key words: Illness perception; nursing; chronic obstructive pulmonary disease

GİRİŞ

Günümüzde küreselleşmenin yeni bir

boyut kazanması, hızlı plansız kentleşmelerin artması, nüfusun giderek yaşlanması ve batılı

*Sorumlu yazar: Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Çavdır Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakımı Bölümü (Öğr. Gör.), Orcid ID: 0000-0001-6951-2176, E-posta: sukruekenler@gmail.com

**Selda ARSLAN, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD (Dr.Öğr.Üyesi) ORCID ID: 0000-0002-5668-3694, E-mail. seldayarali@hotmail.com

yaşam tarzının popüler olması; insan sağlığını ciddi şekilde etkileyen risk faktörlerine maruz kalan kişi sayısını artırmıştır. Bu risk faktörlerinin başında tütün kullanımı (Ji, Lim, Bak, Hong, Han, Lee et al. 2018), hava kirliliği (Mannino ve Buist 2007, Kurmi, Semple, Simkhada, Smith ve Ayres 2010), sağlıksız ve dengesiz beslenme (Hanson, Rutten, Wouters ve Rennard 2014), sedanter yaşam tarzı (Vozoris ve O'Donnell 2012), mesleki maruziyetler (Matheson, Benke, Raven, Sim, Kromhout, Vermeulen et al. 2005, Dharmage, Benke, Dennekamp, Burgess, Perret, Lodge et al. 2016) ve obezite (Hanson, Rutten, Wouters ve Rennard 2014) gelmektedir. Bu durum bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların artmasına neden olmuştur.

Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar içerisinde solunum sistemi hastalıkları önemli bir yere sahiptir ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) bunların başında yer almaktadır. KOA, sağlığa zararlı partikül ve gazların inhalasyonu nedeniyle ortaya çıkan, kronik, çoğunlukla kış aylarında semptomlarda artma ve akciğerin fonksiyonel kapasitesinde azalma ile kendini gösteren, tam anlamıyla geri dönüşü olmayan hava akımı sınırlanmasıyla belirgin, önlenebilir ve tedavisi mümkün bir hastalıktır (Celli, MacNee, Agusti, Anzueto, Berg, Buist et al. 2004, Buist, McBurnie, Vollmer, Gillespie, Burney, Mannino et al. 2007, GOLD 2017). KOA progresif bir hastalık olması nedeniyle hastaların tedaviye uyumunun sağlanması, yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir yere sahiptir. Stabil KOA hastalarında hedef; hastanın semptomları azaltmak/ortadan kaldırmak, egzersiz intoleransını azaltmak/ortadan kaldırmak, alevlenmelerin önüne geçmek, mortaliteyi minimum düzeye indirmek, komplikasyonları azaltmak ve tedavi etmek şeklindedir (Bourjeily ve Rochester 2000, GOLD 2017).

KOA hastaları, sürekli hayatlarını etkileyen bir hastalığa sahip olmalarının yanında, tedavi merkezine bağımlılık, anksiyete (Willgoss, Yohannes, Goldbart ve Fatoye 2011, Yohannes ve Alexopoulos 2014), depresyon (Ulubay, Ulaşlı, Akıncı, Görek ve Akçay 2009, Afşar, Yalçınsoy, Yakar, Bilgin ve Akkaya 2012, Yohannes ve Alexopoulos 2014), sosyal yaşamın kısıtlanması (Aras ve Tel 2009), bağımsızlığını kaybetme düşüncesi, rol değişiklikleri (Ünsal ve Yetkin 2005), üzüntü ve umutsuzluk gibi yoğun fiziksel-psikososyal sıkıntılara da maruz kalmaktadırlar (Yüksel, Ursavaş, Irdesel, Koç, Uzaslan, Güneş ve ark. 2005). Ayrıca hastalarda

yorgunluk (Al-Shair, Kolsum, Singh ve Vestbo 2016, Kentson, Todt, Skargren, Jakobsson, Ernerudh, Unosson et al. 2016), iştahsızlık (Koehler, Doehner, Hoernig, Witt, Anker ve John 2007, Yalçın ve Kaya 2013), kilo kaybı (Koehler, Doehner, Hoernig, Witt, Anker ve John 2007), kalp yetmezliği (Yoshihisa, Takiguchi, Shimizu, Nakamura, Yamauchi, Iwaya et al. 2014), siyanoz (Singh 2016), ödem ve obstrüktif uyku apne sendromu da (Valipour, Lavie, Lothaller, Mikulic ve Burghuber 2011, Crinion ve McNicholas 2014) görülebilmektedir (Tödt, Skargren, Kentson, Theander, Jakobsson ve Unosson 2014). Hastaların yaşadıkları bu sorunların yönetiminde hastalık algısı önemli bir etkidir.

Kronik bir hastalığa sahip diğer hastalarda olduğu gibi, KOA hastalarında da hastalık durumunun bilişsel görünümü olarak tanımlanan hastalık algısı, hastalığın tedavi sürecini ve psikososyal durumlarını doğrudan etkilemektedir. İnsanlar hayatları boyunca çevrelerindeki olayları açıklayabilmek ve öngörebilmek için bilişsel modeller geliştirdiği gibi hastalar da hastalıkları hakkında çeşitli modeller geliştirirler (Weinman, Petrie, Moss-Morris ve Horne 1996). Bireyin hastalık algısı, mevcut problemi ya da tehlikeyi tanımlar ve çözümü için çeşitli hedefler belirler. Bu hedeflere ulaşma hastalıkla başa çıkmada önemli bir rol almaktadır

Hastalık algısı; hastaların kişisel bilgilerinden, inançlarından, sosyodemografik ve sağlık/hastalık özelliklerinden etkilenmektedir (Uysal ve Akpınar 2013). Hemşirelerin, hastaların tedavilerine uyumu sağlayabilmesi için önce hastaların hastalığından ne anladığını bilmesi ve buna yönelik girişimleri planlaması önemlidir. Bu çalışma, KOA hastalarında hastalık algısı yönetiminde önemli sorumlulukları olan hemşirelerde bir farkındalık oluşturması ve elde edilen verilerin hemşirelik hizmetlerinde kullanılması amacıyla KOA hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmış olup aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. KOA hastalarının sosyo-demografik özelliklere göre hastalık algı ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları değişmekte midir?

2. KOA hastalarının sağlık/hastalık özelliklerine göre hastalık algı ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları değişmekte midir?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Bu çalışma tanımlayıcı türde tasarlanmıştır.

Araştırma Evren ve Örneklemi Araştırmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran KOAH hastalardan oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında beklenen etki düzeyi orta (0,15), bağımsız değişken sayısı 16, güç düzeyi %90 ve önemlilik düzeyi 0,05 kabul edilerek minimum örneklem sayısı 175 olarak bulunmuştur (Cohen, Cohen, West ve Aiken 2003). Hesaplanan örneklem büyüklüğü olan 175 hasta sayısına ulaşıldığında veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

Araştırmaya alınma ölçütleri: Araştırmaya 18 yaş ve üzeri, en az ilkokul mezunu ve en az bir yıldır KOAH tanısı olan hastalar alınmıştır.

Araştırmaya alınmama ölçütleri: Hekim tarafından tanı konulmuş herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan ve iletişim sorunu olan hastalar araştırma dışında bırakılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Anket formu: Araştırmacılar tarafından literatür incelenerek (Yakışan, Özbudak, Çilli, Ögüş ve Özdemir 2006, Howard, Hallas, Wray ve Carby 2009, Borge, Moum, Puline Lein, Austegard ve Wahl 2014, Weldam, Lammers, Heijmans ve Schuurmans 2014) hazırlanan form bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve sağlık/hastalık özellikleri olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

Hastalık Algısı Ölçeği (IPQ-R): Hastalık temsili kuramına dayanan Hastalık Algısı Ölçeği (The Illness Perception Questionnaire (IPQ)), Weinman, Petrie, Moss-Morris ve Horne (1996) tarafından fiziksel hastalığı olan bireylerde hastalık algısını değerlendirmek için geliştirilmiştir. Hastalık Algısı Ölçeği, hastalık temsili kuramının; kimlik, süre, neden, sonuçlar tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik boyutlarının niceliksel ölçümünü gerçekleştirmektedir. (Weinman, Petrie, Moss-Morris ve Horne 1996). Ölçeğin orijinal halinin hastalık hakkındaki boyutunun tüm alt boyutlarının Cronbach Alfa değerleri .79 ile .89 arasında, Türkçe halinin .60 ile .85 arasında, araştırmanın ise .52 ile .93 arasında değişmektedir.

Ölçeğin Alt Boyutları

Hastalık Tipi Boyutu: Bu boyutta sık karşılaşılan 14 hastalık semptomunu içermektedir.

Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu: Süre (akut/kronik) alt boyutundan yüksek puan

alınması bireyin, hastalığını kronik olarak düşündüğünü, sonuçlar alt boyutundan yüksek puan alması bireyin, hastalığının yaşamı için ciddi sonuçlar doğuracağına inandığını, kişisel kontrol alt boyutundan yüksek puan alınması bireyin, hastalığını kendisinin kontrol altına alabileceğine ilişkin algısını, tedavi kontrol alt boyutundan yüksek puan alınması bireyin, hastalığının tedavi ile kontrol altına alınabileceğine ilişkin algısını, hastalığı anlayabilme alt boyutundan yüksek puan alınması bireyin, hastalığını anlayabildiğini, süre (döngüsel) alt boyutundan yüksek puan alınması bireyin, hastalığının bir döngüsü olduğuna inandığını, duygusal temsiller alt boyutundan yüksek puan alınması hastalığına ilişkin endişesinin fazla olduğunu ve bu durumdan olumsuz etkilendiğini göstermektedir.

Hastalık Nedenleri Boyutu: Bu boyutta, bireyin hastalığının muhtemel nedenleri hakkında düşüncelerini araştırır ve psikolojik atıflar, risk etkenleri, bağışıklık ve kaza veya şans alt boyutunu içerir (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron ve Buick 2002, Armay, Özkan, Kocaman ve Özkan 2007).

Verilerin Toplanması: Veriler araştırmacı tarafından polikliniğe gelen KOAH tanısı alan hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile her bir hasta için 15-20 dakika ayrılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma yaklaşık dört aylık (Kasım 2015-Şubat 2016) bir süre zarfında toplanmıştır.

Verilerin Analizi: Araştırmanın bağımlı değişkeni, hastalık algısı alt boyutlarından alınan puanlar, bağımsız değişkenleri ise sosyodemografik ve sağlık/hastalık ile ilgili özelliklerdir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki fark ve ilişkiyi incelemek için parametrik test varsayımları sağlandığında tek yönlü varyans analizi ve t testi ile parametrik test varsayımlarının sağlanmaması durumunda ise Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Ölçeğin toplam puanın olmaması ve alt boyutlarla ilişkili bağımsız değişken sayısının fazla olması nedeniyle regresyon analizi yapılamamıştır.

Araştırmanın Etik Yönü: Verilerin toplanması için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.06.2015 tarih ve 2015/52 sayılı etik kurul onayı ve Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı kurum izni alınmıştır. Hastalara araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılmayı kabul

edenlerden yazılı onamları alınmıştır. Hastalık Algısı Ölçeği'nin Türkçe formunun kullanılabilmesi için Zeynep Armay'dan alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Bu çalışma, belli bir hastaneye başvuran hastalara yapıldığından örneklem sınırlılığı içermektedir. Bu nedenle çalışma sonuçları genellenemez, ancak genellemeye katkı sunabilir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 67.3±10.8, %83.4'ü erkek, %89.7 evli, %58.3'ü ilköğretim mezunu ve %61.1'i emeklidir. Hastaların

%69.7'si algıladıkları gelir durumlarını orta olarak ifade etmişler ve hastaların %74.6'ü eşile ya da eşi ve çocuklarıyla beraber yaşamaktadır. Araştırmaya katılanların %64.0'ı sigara kullandığı ve %59.4'ünün hastalığa 6 yıl ve üzeri süredir sahip olduğu bulunmuştur. Hastaların %26.9'u algıladıkları sağlık durumları kötü olarak ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan hastaların %8.6'sı Evre I, %36.0'ı Evre II, %45.7'si Evre III , %9.7'si Evre IV KOAH hastası olarak bulunmuştur (Tablo 1). Hastaların hastalıklarıyla ilişkilendirdikleri semptomların başında soluk almada güçlük, hırıltılı solunum, yorgunluk ve güç kaybı gelmektedir.

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik, Sağlık ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

| Cinsiyet | n | % |
|---|-----|------|
| Kadın | 29 | 16.6 |
| Erkek | 146 | 83.4 |
| Yaş (Ortalama 67.3±10.8 yıl) | | |
| 64 yaş ve altı | 73 | 41.7 |
| 65 yaş ve üstü | 102 | 58.3 |
| Eğitim Seviyesi | | |
| İlkokul | 102 | 58.3 |
| Ortaokul | 11 | 6.3 |
| Lise/Üniversite | 62 | 35.4 |
| Çalışma durumu | | |
| Çalışan | 49 | 28.0 |
| Çalışmayan/Emekli | 126 | 72.0 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 157 | 89.7 |
| Bekar | 1 | 0.6 |
| Dul | 13 | 7.4 |
| Boşanmış | 4 | 2.3 |
| Sigara içime durumu (Ortalama 38.5±15.2 yıl) | | |
| Kullanıyor | 112 | 64.0 |
| Kullanmıyor | 13 | 7.4 |
| Bırakmış | 50 | 28.6 |
| Hastalık Süresi (Ortalama 8.3±6.0 yıl) | | |
| 1-5 yıl | 71 | 40.6 |
| 6 yıl ve üstü | 104 | 59.4 |
| KOAH Evresi | | |
| Evre I | 15 | 8.6 |
| Evre II | 63 | 36.0 |
| Evre III | 80 | 45.7 |
| Evre IV | 17 | 9.7 |

Hastaların hastalık algısı puan ortalamaları incelendiğinde hastalık tipi boyutu puan ortalaması 7.21±2.95, hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu süre (akut/kronik) puan ortalaması 4.10±0.67, sonuçlar puan ortalaması 3.76±0.73, kişisel kontrol puan ortalaması

3.30±0.88, tedavi kontrolü puan ortalaması 3.39±0.82, hastalığı anlayabilme puan ortalaması 2.93±1.01, süre (döngüsel) puan ortalaması 3.78±0.58, duygusal temsiller puan ortalaması 3.81±0.70'tir. Hastalık nedenleri alt boyutu psikolojik atıflar puan ortalaması 3.93±0.76, risk

etkenleri puan ortalaması 3.82 ± 0.54 , bağışıklık ortalaması 3.38 ± 1.21 'dir (Tablo 2).
 puan ortalaması 4.05 ± 0.55 , kaza veya şans puan

Tablo 2. Hastaların Hastalık Algısı Ölçeğinden Aldığı Puan Ortalamaları (N=175)

| Alt Gruplar | Alt-Üst Puan | \bar{X} | SS |
|--------------------------------------|--------------|-----------|------|
| Hastalık Tipi (kimlik) | 1-14 | 7.21 | 2.95 |
| Hastalık Hakkındaki Görüşleri | | | |
| Süre (akut/kronik) | 1.5-5 | 4.10 | 0.67 |
| Sonuçlar | 2.17-5 | 3.76 | 0.73 |
| Kişisel Kontrol | 1-5 | 3.30 | 0.88 |
| Tedavi Kontrolü | 1-5 | 3.39 | 0.82 |
| Hastalığı Anlayabilme | 1-5 | 2.93 | 1.01 |
| Süre (döngüsel) | 2-5 | 3.78 | 0.58 |
| Duygusal Temsiller | 1.67-5 | 3.81 | 0.70 |
| Hastalık Nedenleri Boyutu | | | |
| Psikolojik Atıflar | 2.17-5 | 3.93 | 0.76 |
| Risk Etkenleri | 1.71-4.86 | 3.82 | 0.54 |
| Bağışıklık | 1.67-5 | 4.05 | 0.55 |
| Kaza veya Şans | 1-5 | 3.38 | 1.21 |

Hastaların hastalık algısı alt boyutları sosyodemografik, sağlık ve hastalık özelliklerine göre dağılımının incelendiği tabloda yaş, çalışma durumu, hastalık süresi, algılanan sağlık durumu, hastalık hakkında bilgi alma durumu, hastalığa uygun beslenme ve KOAH evresiyle olan ilişkisi gösterilmiştir (Tablo 4). Hastaların yaş, çalışma durumu, hastalık süresi, algılanan sağlık durumu ve KOAH evresindeki değişimler ölçeğin kimlik, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol ve tedavi kontrol boyutlarından aldıkları puan ortalamalarını etkilemiş ve bu durum istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı bulunmuştur. Ayrıca hastalık hakkında bilgi alma durumu sonuçlar boyutu ve hastalığa uygun beslenme durumuna göre tedavi kontrol boyutundan alınan puan ortalamalarını arasında istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Hastalığı anlayabilme boyutundan alınan puan ortalamalarını yaş, çalışma durumu, hastalık süresi ve hastalığa uygun beslenme durumu etkilemiş ve istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Süre (döngüsel) alt boyutundan alınan puan ortalamaları çalışma durumu, hastalığı hakkında

bilgi alma durumu ve hastalığa uygun beslenme etkilemiş ve istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Duygusal temsiller alt boyutundan alınan puan ortalamalarını yaş, hastalık süresi ve hastalığa uygun beslenme durumu etkilemiş ve istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Hastalık nedenleri boyutundaki tüm alt boyutları hastalık hakkında bilgi alma durumundan ve hastalığa uygun beslenmeden etkilemiş ve istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. (Tablo 3)

Araştırma, KOAH hastalarının hastalık algılarını açıklamaktan çok anlamaya yönelik olarak planlanmıştır. Bu nedenle ve örneklem sayısının da görece küçük ve tek merkezli bir araştırma oluşu sebebiyle elde edilen sonuçların, konuya ilişkin mutlak sonuçlar olmadığı ancak konuya ilişkin bazı noktaları işaret eden bilgiler olarak değerlendirilmesi daha uygun olacaktır. Hastaların hastalıklarını nasıl algıladıkları hastalığın belirtilerini, hastalığın tıbbi ve psikolojik sürecini ve sonuçlarını doğrudan etkilemektedir.

Ekenler ve Arslan

Tablo 3. Hastalık Algısı Alt Boyutlarının Bazı Sosyodemografik, Sağlık ve Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

| | | Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu | | | | | | | | Hastalık Nedenleri Boyutu | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------|
| | | Kimlik | Süre (akut/kronik) | Sonuçlar | Kişisel kontrol | Tedavi kontrolü | Hastalığı anlayabilme | Süre (Döngüsel) | Duygusal Temsiller | Psikolojik Atrıflar | Risk Etkenleri | Bağıışıklık | Kaza veya Şans | |
| Yaş | 64 yaş altı | 6.01±2.85 | 3.88±0.72 | 3.40±0.66 | 3.64±0.72 | 3.73±0.72 | 3.18±1.09 | 3.72±0.57 | 3.72±0.68 | 3.97±0.72 | 3.79±0.55 | 4.09±0.54 | 3.30±1.18 | |
| | 65 yaş ve üstü | 8.05±2.73 | 4.26±0.59 | 4.02±0.67 | 3.07±0.91 | 3.15±0.80 | 2.75±0.92 | 3.82±0.59 | 3.87±0.71 | 3.90±0.79 | 3.84±0.53 | 4.02±0.56 | 3.44±1.24 | |
| | Önem Testi ve p | t=0.619 p=0.000 | U=2366.0 p=0.000 | U=1901.5 p=0.000 | U=2229.5 p=0.000 | U=2100.0 p=0.000 | U=2880.5 p=0.010 | p=0.290 | U=3377.0 P=0.034 | p=0.522 | U=3494.0 | p=0.487 | U=3524.0 | U=3467.5 |
| Çalışma Durumu | Çalışan | 6.40±3.07 | 3.77±0.79 | 3.35±0.67 | 3.64±0.72 | 3.77±0.68 | 3.45±1.01 | 3.62±0.61 | 3.68±0.73 | 3.80±0.66 | 3.76±0.45 | 4.06±0.52 | 3.18±1.07 | |
| | Çalışmayan | 7.51±2.86 | 4.23±0.57 | 3.92±0.69 | 3.17±0.90 | 3.24±0.82 | 2.72±0.94 | 3.84±0.57 | 3.86±0.69 | 3.98±0.79 | 3.84±0.57 | 4.05±0.56 | 3.46±1.26 | |
| | Önem Testi ve p | t=-2.252 p=0.026 | U=1881.5 p=0.000 | U=1705.5 p=0.000 | U=2063.5 p=0.001 | U=1879.5 p=0.000 | U=1876.0 p=0.000 | U=2487.0 p=0.044 | U=2538.0 | U=2612.0 | U=2612.0 | p=0.113 | U=3085.0 | U=2618.5 |
| Hastalık Süresi | 1-5 yıl | 5.69±2.66 | 3.92±0.67 | 3.37±0.65 | 3.71±0.69 | 3.80±0.66 | 3.24±1.00 | 3.72±0.53 | 3.65±0.74 | 3.88±0.80 | 3.71±0.57 | 3.98±0.60 | 3.17±1.30 | |
| | 6 yıl ve üstü | 8.24±2.69 | 4.23±0.65 | 4.03±0.67 | 3.02±0.89 | 3.11±0.80 | 2.71±0.97 | 3.83±0.62 | 3.92±0.65 | 3.97±0.74 | 3.89±0.51 | 4.10±0.51 | 3.52±1.14 | |
| | Önem Testi ve p | t=-6.172 p=0.000 | U=2455.0 p=0.000 | U=1753.0 p=0.000 | U=1882.0 p=0.000 | U=1724.5 p=0.000 | U=2657.0 p=0.002 | p=0.166 | U=3240.5 p=0.005 | U=3524.0 | U=2967.5 | p=0.027 | U=3180.5 | U=3130.5 |
| Algılanan Sağlık Durumu | İyi | 5.10±2.39 | 4.07±0.50 | 3.43±0.60 | 3.55±0.73 | 3.71±0.68 | 2.84±0.98 | 3.94±0.48 | 3.81±0.71 | 4.28±0.55 | 3.97±0.46 | 4.18±0.57 | 3.85±0.99 | |
| | Orta | 7.05±2.34 | 3.98±0.71 | 3.69±0.65 | 3.48±0.70 | 3.49±0.65 | 2.98±0.93 | 3.75±0.52 | 3.82±0.65 | 3.85±0.76 | 3.78±0.54 | 4.05±0.51 | 3.28±1.26 | |
| | Kötü | 9.61±2.67 | 4.34±0.71 | 4.23±0.71 | 2.75±1.06 | 2.89±0.97 | 2.94±1.19 | 3.68±0.75 | 3.79±0.80 | 3.71±0.83 | 3.72±0.60 | 3.93±0.58 | 3.07±1.23 | |
| Önem Testi ve p | F=40.546 p=0.000 | KW=12.9 p=0.002 | KW=30.4 p=0.000 | KW=16.8 p=0.000 | KW=19.3 p=0.000 | KW=0.75 | KW=5.78 | KW=0.05 | KW=13.0 p=0.001 | KW=5.17 | KW=4.88 | KW=10.21 p=0.006 | | |
| Hastalık Hakkında Bilgi Alma Durumu | Almayanlar | 7.00±3.22 | 4.38±0.26 | 4.20±0.57 | 3.50±0.75 | 3.25±0.78 | 2.56±0.79 | 4.13±0.47 | 4.03±0.52 | 4.41±0.52 | 4.25±0.35 | 4.47±0.39 | 4.23±1.16 | |
| | Alanlar | 7.22±2.93 | 4.07±0.70 | 3.72±0.73 | 3.28±0.89 | 3.41±0.82 | 2.97±1.03 | 3.75±0.58 | 3.72±0.72 | 3.88±0.77 | 3.77±0.54 | 4.01±0.55 | 3.29±1.19 | |
| | Önem Testi ve p | t=-0.301 p=0.764 | U=1004.0 | U=785.5 p=0.005 | U=1256.0 | U=1115.5 | U=1020.0 | U=840.00 p=0.010 | U=1025.5 | U=811.00 p=0.007 | U=634.50 p=0.000 | U=675.50 p=0.001 | U=699.00 p=0.001 | |
| Uygun Beslenme Durumu | Evet | 6.31±2.75 | 4.23±0.37 | 3.80±0.55 | 3.23±0.74 | 3.31±0.73 | 2.50±0.71 | 4.10±0.38 | 4.03±0.52 | 4.39±0.44 | 4.09±0.37 | 4.28±0.42 | 4.10±0.81 | |
| | Hayır | 8.16±2.87 | 3.97±0.87 | 3.72±0.90 | 3.38±1.01 | 3.46±0.90 | 3.39±1.10 | 3.44±0.57 | 3.57±0.79 | 3.44±0.73 | 3.52±0.54 | 3.80±0.57 | 2.60±1.10 | |
| | Önem Testi ve p | t=-4.338 p=0.000 | U=3347.0 | U=3698.0 | U=3176.0 | U=3166.0 p=0.049 | U=2095.0 p=0.000 | U=1265.5 p=0.000 | U=2400.5 p=0.000 | U=1232.0 p=0.000 | U=1482.0 p=0.000 | U=1886.0 p=0.000 | U=1156.0 p=0.000 | |
| KOAİ Evresi | Evre I-II | 5.61±2.41 | 3.95±0.64 | 3.44±0.66 | 3.69±0.64 | 3.77±0.59 | 3.09±0.96 | 3.81±0.51 | 3.76±0.75 | 3.93±0.76 | 3.79±0.57 | 4.07±0.57 | 3.41±1.30 | |
| | Evre II-IV | 8.48±2.72 | 4.23±0.67 | 4.03±0.68 | 3.00±0.93 | 3.08±0.84 | 2.80±1.04 | 3.76±0.64 | 3.85±0.67 | 3.93±0.76 | 3.84±0.52 | 4.04±0.54 | 3.36±1.15 | |
| | Önem Testi ve p | t=7.271 p=0.000 | U=2649.0 p=0.000 | U=2127.0 p=0.000 | U=2066.0 p=0.000 | U=1930.0 p=0.000 | U=3251.0 | U=3634.5 | U=3555.5 | U=3769.5 | U=3679.0 | U=3628.0 | U=3616.0 | |

Araştırmaya katılanların hastalık algısı ölçeği alt boyutlarının puan dağılımı üzerine yapılan değerlendirmede; hastaların hastalık algısı ölçeğinin en yüksek boyutu süre (akut/kronik) (4.10 ± 0.67); en düşük boyutu ise hastalığı anlayabilme (2.93 ± 1.01) olarak bulunmuştur. Bu durumu hastaların büyük bir kısmının hastalıklarının kısa süreli olmadığını, hastalıklarının süreklilik arz ettiğini ve hayatının geri kalanını bu hastalıkla sürdüreceğine dair görüşlere sahip olduklarını ortaya koymaktadır. Hastalar hastalıklarının kronik olduğunu kabul etmektedir. Bu da hastalığa uyum sağlandığını gösteren önemli bir göstergedir. Kronik hastalıklar üzerine yapılan çalışmalarda, hastalar hastalığının kronik seyirli olduğunu bilmeleri ve bilinçlenmeleri hastalıkları üzerindeki bireysel kontrolü yükselttiği belirtilmiştir (Karabulutlu ve Okanlı 2011, Borge, Moum, Puline Lein, Austegard ve Wahl 2014). Hastaların büyük bir kısmı hastalığının kalıcı olduğunu düşünmektedir fakat hastalığını anlayamamaktadır. Bu sonuç yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (Scharloo, Kaptein, Schlösser, Pouwels, Bel, Rabe et al. 2007, Borge, Moum, Puline Lein, Austegard ve Wahl 2014). Hastaların hastalıklarıyla ilişkilendirdikleri semptomların başında soluk almada güçlük, hırıltılı solunum, yorgunluk ve güç kaybı gelmektedir. Yapılan çalışmalarda da solunum sistemi hastalıklarında; soluk almada güçlük, yorgunluk, kilo kaybı ve güç kaybının sık karşılaşılan semptomların başında geldiği ve hastalar tarafından sıkça deneyimlendiği tespit edilmiştir (Laghi ve Tobin 2003, Scharloo, Kaptein, Schlösser, Pouwels, Bel, Rabe et al. 2007, Barnes ve Celli 2009, Kocabaş, Atış, Çöplü, Erdinç, Ergan, Gürgün et al. 2014).

Hastalığın nedenleri boyutunda; hastaların en çok bağışıklık ve psikolojik nedenlerden hastalıklarının meydana geldiğini, en az ise kaza veya şansın olası hastalık nedeni olarak belirttikleri saptanmıştır. Bağışıklık ve psikolojik atıflar alt boyutunu içeren maddeler incelendiğinde, hastalar en fazla vücut direncinin azalması ve kişilik özelliklerinin hastalık nedeni olduğunu ifade etmişlerdir. Toplumda hastalık nedenlerine genel olarak bakıldığında; sosyo-kültürel yapımızdan dolayı hastalığın nedenlerinin genellikle stres, sıkıntı ve endişeye bağlandığı görülmektedir (Karabulutlu ve Okanlı 2011). Hastalar hastalığı hakkında kendilerinin ya da yakınlarının deneyimlerini temel alan bir görüşe sahiplerdir. Ayrıca hastalıkla ilgili geçmiş deneyimler de bu görüşü etkilemektedir.

Hastaların geçmişteki deneyimleri hastalık ve sağlık hakkında beklentilere ve bir takım inançların oluşmasına neden olabilir (Armay, Özkan, Kocaman ve Özkan 2007).

Hastalık belirtilerinin tespit edildiği hastalık algısı ölçeğinin kimlik, süre,(akut/kronik), sonuçlar, kişisel ve tedavi kontrol alt boyutunu; hastaların yaşı, çalışma durumu, hastalık süresi, algılanan sağlık durumu, hastalık hakkında bilgi alma durumu, uygun beslenme durumu ve KOAH evresi etkilemiştir. Hastaların yaşının ilerlemesiyle ortaya çıkabilecek olan ek kronik hastalıklar hastaların daha fazla hastalık semptomu deneyimlemesine neden olabilmektedir (Bilir 2006, Olgun, Aslan Eti, Yücel, Öntürk Kan ve Laçın 2013, Özdemir ve Taşcı 2013, Martinez, Diaz, Parulekar, Rennard, Kanner, Hansel et al. 2016). Hastaların çalışma durumuna göre hastaların deneyimledikleri semptomlardaki değişim hastaların ilerleyen yaşlarda emekli olmasına bağlı olabilir. Hastalığın süresi arttıkça hastalarda daha fazla semptom görülmektedir. Hastalıktan etkilenme ve hastalık algısının değişimi kronik hastalıklarda hastalık süresinin artmasıyla arttığı bildirilmiştir (Scharloo, Kaptein, Weinman, Hazes, Willems, Bergman et al. 1998, Scharloo, Kaptein, Schlösser, Pouwels, Bel, Rabe et al. 2007) . Literatür de benzer şekilde KOAH'ın progresif bir hastalık olduğunu söylemektedir (Sinha, Nalli ve Toppo 2017). Hastalığın ilerlemesiyle hastalarda görülen semptomların şiddeti ve sayısı da artmaktadır. Bu durum literatürle de uyumludur (Akbaş, Kurt, Ertürk, Gülhan ve Çapan 2001). Ayrıca hastalık sürecinin ilerlemesiyle hastaların bağımlılıklarının arttığı (Tel, Demirkol, Kara ve Aydın 2012), sosyal aktivitelerin kısıtlandığı (Atasever ve Erdinç 2003), hastaların aile ve toplum içinde beklenen rollerini getirmede sorun yaşadığı (Özdemir ve Taşcı 2013), anksiyete ve depresyon görülme sıklığının arttığı (Afşar, Yalçınsoy, Yakar, Bilgin ve Akkaya 2012) çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Hastaların hastalık algısını hastalığın semptomları doğrudan etkilemektedir. Sağlığını kötü olarak algılayanlar daha fazla hastalık semptomu deneyimlemektedirler. Hastalığın evresi arttıkça daha fazla hastalık semptomu gözlenmesi literatür bilgisine paralellik göstermektedir (Tageldin, Nafti, Khan, Nejjari, Beji, Mahboub et al. 2012). Hastaların, hastalık semptomlarını sürekli deneyimlemeleri hastalıklarının fark etmelerine sebep olmaktadır. Araştırma sonuçlarında da hastalık algısı ölçeğinin kimlik

ve süre (akut/kronik) alt boyutu birbirine paralel bir etkileşim göstermektedir. Temelde hastaların hastalıkları hakkındaki görüşlerini hastalığın semptomları etkilemektedir. Hastalığı hakkında bilgi alanlar hastalığın sonuçları hakkında daha fazla bilgiye sahip olmaları sonuçlar alt boyutundan aldıkları puana da yansımıştır. Hastalığı hakkında bilgi almayanlar hastalıklarının sonuçlarının daha kötü olacağına dair inançlarının olduğu tespit edilmiştir. Yaşlı hastaların kişisel ve tedavi kontrolüne olan inançları düşüktür. Bu durum yaşlılarda sıkça görülen ölüm korkusunun (Öztürk, Karakuş ve Tamam 2011, Karakuş, Öztürk ve Tamam 2012) ve yaşlılık çağı depresyonunun (Keskinöglü, Pıçakçefe, Giray, Bilgiç, Uçku ve Tunca 2006, Çınar ve Kartal 2008) hastalık hakkındaki görüşlerini etkilemiş olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca yaşlı hastalar hastalıklarını anlayamamaktadırlar. Bu yaşlılığa bağlı hastalardaki bilişsel fonksiyonların gerilemesine, daha fazla hastalık semptomu deneyimlemesine ve ek kronik rahatsızlıklara sahip olmalarına bağlı olabilir. Hastalığını döngüsel yani iyileşme ve kötüleşmelerin birbirini takip ettiği düşüncesi çalışmayanlar, hastalığı hakkında bilgi almayanlar ve hastalığına uygun beslenenlerde daha yaygındır. Araştırmada çalışmayan grubu emekli yaşlı hastalar oluşturmakta ve ilerleyen yaşlarda hastalığın daha sık alevlenmelerinin olmasına bağlı hastalar hastalıklarının sürekli tekrarladığını düşünmektedir. Ölçeğin hastalık nedenleri boyutuna baktığımızda; hastalık nedenleri hastaların büyük bir bölümü anlayamadığını görmekteyiz. Hastalık hakkında bilgi alanlar ve hastalığına uygun beslenenler istatistiksel açıdan anlamlı farkı oluşturan grupları oluşturmaktadır. Hastaların hastalığı hakkında bilgi eksikliğini gidermede hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşireler hasta ve hasta yakınlarına verecekleri eğitimlerle hastaların

hastalığı hakkındaki yanlış bilgi ve inanışları ortadan kaldıracırlar. Ayrıca hastalara kendi hastalık yönetimleri konusunda iyi bir danışmanlık hizmeti sunabilirler.

SONUÇ VE ÖNERİLER

KOAH hastalarının hastalığı hakkındaki hastalık algısını ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada KOAH hastalarının; yaşı, çalışma durumu, hastalık süresi, algılanan sağlık durumu, hastalığı hakkında bilgi alma durumu, hastalığa uygun beslenme ve KOAH evresinin hastalık algısını etkileyebileceği tespit edilmiştir. Hastaların en fazla soluk almada güçlük, hırıltılı soluma ve yorgunluk semptomunu yaşadıkları görülmüştür. Hastalar hastalığının kronik olduğunu düşünmekte ve hastalığını anlayamadıkları tespit edilmiştir. KOAH hastalarının hastalıklarına bağlı meydana gelen duygusal değişimleri yoğun bir şekilde algıladıkları ve hastalıklarının hayatları boyunca sürececek bir hastalık olduğuna inandıkları bulunmuştur. Bu sonuçlar dikkate alınarak KOAH hastaların hastalık algılarının düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Çalışmanın yol gösterici olabileceği düşünülerek sonraki çalışmalarda incelenmemiş değişkenlerle farklı örneklerle yapılması,
- Hastaların hastalıklarını daha iyi anlayabilmeleri için hemşireler tarafından hastalara eğitimler verilmesi,
- Hemşirelik uygulamalarının amaçlarından olan hastalığa uyumunun en iyi şekilde sağlanması ve sürdürülmesi amacıyla bu alanlarda pulmoner rehabilitasyon hemşirelerinin görevlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Afşar BB, Yalçınsoy M, Yakar Hİ, Bilgin S, Akkaya E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2012;34:260-7.

Akbay S, Kurt B, Ertürk A, Gülhan M, Çapan N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesi ve solunum fonksiyon testi ile ilişkisi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2001;49(3):338-44.

Al-Shair K, Kolsun U, Singh D, Vestbo J. The effect of fatigue and fatigue intensity on exercise

tolerance in moderate COPD. Lung 2016;194(6):889-95.

Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Türk Toraks Dergisi 2009; 10(2):63-8.

Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeği'nin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Klinik Psikiyatri 2007;10:192-200.

- Atasever A, Erdinç E.** KOAH'da yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2003;51(4):446-55.
- Barnes P, Celli B.** Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *European Respiratory Journal* 2009;33(5):1165-85.
- Bilir N.** Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2006;25(3):1-6.
- Borge CR, Moum T, Puline Lein M, Austegard EL, Wahl AK.** Illness perception in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Scandinavian Journal of Psychology* 2014;55(5):456-63.
- Bourjeily G, Rochester CL.** Exercise training in chronic obstructive pulmonary disease. *Clinics in Chest Medicine* 2000;21(4):763-81.
- Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM, Gillespie S, Burney P, Mannino DM, Menezes AM, Sullivan SD, Lee TA, Weiss KB.** International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *The Lancet* 2007;370(9589):741-50.
- Celli B, MacNee W, Agustí A, Anzueto A, Berg B, Buist AS, Calverley P, Chavannes N, Dillard T, Fahy B.** Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *European Respiratory Journal* 2004;23(6):932-46.
- Cohen J, Cohen P, West S, Aiken L.** Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences. Routledge, Lawrence Erlbaum Associates 2003.
- Crinion SJ, McNicholas WT.** Sleep-related disorders in chronic obstructive pulmonary disease. *Expert Review of Respiratory Medicine* 2014;8(1):79-88.
- Çınar İÖ, Kartal A.** Signs of depression in the elderly relationship between depression and sociodemographic characteristics. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2008;7(5):399-404.
- Dharmage SC, Benke G, Dennekamp M, Burgess J, Perret JL, Lodge CJ, Morrison S, Johns DP, Giles GG, Thomas PS, Vermeulen R, Kromhout H, Abramson M, Walters EH, Matheson MC.** Lifetime Occupational Exposure to Vapor, Gases/Fumes, Dust and Risk of COPD at 45 Years: The Tasmanian Longitudinal Health Study (TAHS). In: B24. OCCUPATIONAL MEDICINE. Eds, p. A2989-A 2016.
- Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD,** 2017. Erişim tarihi 15 Haziran 2017. Erişim adresi, <http://goldcopd.org/>.
- Hanson C, Rutten EP, Wouters EFM, Rennard S.** Influence of diet and obesity on COPD development and outcomes. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 2014;9:723-33.
- Howard C, Hallas CN, Wray J, Carby M.** The relationship between illness perceptions and panic in chronic obstructive pulmonary disease. *Behaviour Research and Therapy* 2009;47(1):71-6.
- Ji W, Lim MN, Bak SH, Hong SH, Han SS, Lee SJ, Kim WJ, Hong Y.** Differences in chronic obstructive pulmonary disease phenotypes between non-smokers and smokers. *The Clinical Respiratory Journal* 2018;12(2):666-73.
- Karabulutlu EY, Okanlı A.** Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011;14(4):25-30.
- Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L.** Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2012;21(1):42-79.
- Kentson M, Todt K, Skargren E, Jakobsson P, Ernerudh J, Unosson M, Theander K.** Factors associated with experience of fatigue, and functional limitations due to fatigue in patients with stable COPD. *Therapeutic Advances in Respiratory Disease* 2016;10(5):410-24.
- Keskinoglu P, Pıçakçefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z.** Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. *Genel Tıp Dergisi* 2006;16(1):21-6.
- Kocabaş A, Atış S, Çöplü L, Erdinç E, Ergan B, Gürgün A, Köktürk N, Polatlı M, Şen E, Yıldırım N.** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Koruma, Tani ve Tedavi Raporu 2014. Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu, Turkish Thoracic Journal, Official Journal of the Turkish Thoracic Society, 15.
- Koehler F, Doehner W, Hoernig S, Witt C, Anker SD, John M.** Anorexia in chronic obstructive pulmonary disease--association to cachexia and hormonal derangement. *International Journal of Cardiology* 2007;119(1):83-9.
- Kurmi OP, Semple S, Simkhada P, Smith WCS, Ayres JG.** COPD and chronic bronchitis risk of indoor air pollution from solid fuel: a systematic review and meta-analysis. *Thorax* 2010;65(3):221-8.
- Laghi F, Tobin MJ.** Disorders of the respiratory muscles. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2003;168(1):10-48.
- Mannino DM, Buist AS.** Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *The Lancet* 2007;370(9589):765-73.
- Martinez CH, Diaz AA, Parulekar AD, Rennard SI, Kanner RE, Hansel NN, Couper D, Holm KE, Hoth KF, Curtis JL, Martinez FJ, Hanania NA, Regan EA, Paine Iii R, Cigolle CT, Han MK.** Age-related differences in health-related quality of life in COPD: An Analysis of the COPD Gene and SPIROMICS Cohorts. *Chest* 2016;149(4):927-35.
- Matheson MC, Benke G, Raven J, Sim MR, Kromhout H, Vermeulen R, Johns DP, Walters EH, Abramson MJ.** Biological dust exposure in the workplace is a risk factor for chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2005;60(8):645-51.
- Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D.** The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health* 2002; 17(1):1-16.

- Olgun N, Aslan Eti F, Yücel N, Öntürk Kan Z, Laçın Z.** Yaşlıların sağlık durumlarının değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;4(2):72-8.
- Özdemir Ü, Taşcı S.** Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013;1(1):57-72.
- Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L.** Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011;12(1):37-43.
- Scharloo M, Kaptein A, Weinman J, Hazes J, Willems L, Bergman W, Rooijmans H.** Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research* 1998;44(5):573-85.
- Scharloo M, Kaptein AA, Schlösser M, Pouwels H, Bel EH, Rabe KF, Wouters EF.** Illness perceptions and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Asthma* 2007;44(7):575-81.
- Singh S,** Respiratory symptoms and signs. *Medicine* 2016;44(4):205-12.
- Sinha T, Nalli SK, Toppo A.** A study of clinical profile of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Community Medicine and Public Health* 2017;4(4):1000-4
- Tageldin MA, Nafti S, Khan JA, Nejari C, Beji M, Mahboub B, Obeidat NM, Uzaslan E, Sayiner A, Wali S, Rashid N, El Hasnaoui A.** Distribution of COPD-related symptoms in the Middle East and North Africa: Results of the BREATHE study. *Respiratory Medicine* 2012;106:25-32.
- Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D.** KOAH'lı Hastaların Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi. *Care Burden and Quality of Life Among the Caregivers of Patients with COPD* 2012;13(3):87-92.
- Tödt K, Skargren E, Kentson M, Theander K, Jakobsson P, Unosson M.** Experience of fatigue, and its relationship to physical capacity and disease severity in men and women with COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 2014;9:17-25.
- Ulubay G, Ulaşlı S, Akıncı B, Görek A, Akçay Ş,** KOAH'lı olgularda depresyon durumu, solunum fonksiyon testi, egzersiz performansı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2009;57(2):169-76.
- Uysal Y, Akpınar E.** Tip 2 Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısı ve Depresyon. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2013;38(1):31-40.
- Ünsal A, Yetkin A.** Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumunun İncelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2005;8(1):42-53.
- Valipour A, Lavie P, Lothaller H, Mikulic I, Burghuber OC.** Sleep profile and symptoms of sleep disorders in patients with stable mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease. *Sleep Medicine* 2011;12(4):367-72.
- Vozoris NT, O'Donnell DE.** Prevalence, Risk Factors, Activity Limitation and Health Care Utilization of an Obese Population-Based Sample with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Canadian Respiratory Journal* 2012;19(3): e18-24.
- Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R.** The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health* 1996;11(3):431-45.
- Weldam SW, Lammers J-WJ, Heijmans MJ, Schuurmans MJ.** Perceived quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients: a cross-sectional study in primary care on the role of illness perceptions. *BMC Family Practice* 2014;15(1):140.
- Willgoss T, Yohannes A, Goldbart J, Fatoye F.** COPD and anxiety: its impact on patients' lives. *Nursing Times* 2011;107:15-16, 16-9.
- Yakışan A, Özbudak Ö, Çilli A, Ögüş C, Özdemir T.** KOAH'lı kadın hastalardaki risk faktörleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2006;3:215-21.
- Yalçın A, Kaya A.** KOAH'ta Yaşamın Son Günleri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2013;1(1):143-51.
- Yohannes AM, Alexopoulos GS.** Depression and anxiety in patients with COPD. *European Respiratory Review* 2014;23(133):345-9.
- Yoshihisa A, Takiguchi M, Shimizu T, Nakamura Y, Yamauchi H, Iwaya S, Owada T, Miyata M, Abe S, Sato T, Suzuki S, Oikawa M, Kobayashi A, Yamaki T, Sugimoto K, Kunii H, Nakazato K, Suzuki H, Saitoh S, Takeishi Y.** Cardiovascular function and prognosis of patients with heart failure coexistent with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Cardiology* 2014;64(4):256-64.
- Yüksel EG, Ursavaş A, Irdesel J, Koç M, Uzaslan EK, Güneş S, Özyardımcı N.** Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığında Multidisipliner Pulmoner Rehabilitasyon Programının Etkinliği. *Türkiye Klinikleri Archives of Lung* 2005;6(3):115-9.