



Özgün Araştırma/Research Article

KOAH hastalarında hastalık algısı, ölüm kaygısı ve öz bakım gücü ilişkisinin incelenmesi

Examination of the relationship between illness perception, death anxiety and self-care agency in COPD patients

Burcu DEMİR GÖKMEN<sup>1</sup> , Meryem FIRAT<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 04200, Ağrı-Türkiye

<sup>2</sup>Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 24100, Erzincan-Türkiye

**Atıf gösterme/Cite this article as:** Demir Gökmen B, Fırat M. KOAH hastalarında hastalık algısı, ölüm kaygısı ve öz bakım gücü ilişkisinin incelenmesi. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg.* 2022;8(1):57-66. doi:10.30569.adiyamansaglik.1024143

Öz

**Amaç:** Araştırma KOAH'lı hastalarda hastalık algısının ölüm kaygısı ve öz bakım gücü ile olan ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı olarak yapılan araştırma Ekim 2018-Haziran 2019 tarihleri arasında 146 KOAH hastası ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri, Hasta Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği, Temper Ölüm Kaygısı Ölçeği ve Öz Bakım Gücü Ölçeği ile toplanmıştır.

**Bulgular:** Hastalarda hastalık belirtilerinin yüksek oranda hastalığın başlangıcından itibaren görüldüğü belirlenmiştir. Hastalık belirtileri arttıkça ölüm kaygısının da arttığı saptanmıştır ( $r=0,261$ ;  $p<0,05$ ). Araştırmada hastaların hastalığa ilişkin algıları arttıkça öz bakım gücünün arttığı ve öz bakım gücü arttıkça ölüm kaygısının azaldığı belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Ölüm kaygısının orta ( $8,75\pm 2,347$ ) ve öz bakım gücünün ise düşük ( $73,09\pm 14,153$ ) düzeyde olduğu belirlenmiştir.

**Sonuç:** Hastaların hastalık algısının ölüm kaygısı ve öz bakım gücü ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** KOAH; Hastalık algısı; Ölüm kaygısı; Öz bakım gücü.

Abstract

**Aim:** The research was conducted to determine the relationship of illness perception with death anxiety and self-care agency in patients with COPD.

**Materials and Methods:** The descriptive study was conducted with 146 COPD patients between October 2018 and June 2019. Data were collected with the Patient Information Form, the Illness Perception Scale, the Temper Death Anxiety Scale, and the Self-Care Strength Scale.

**Results:** It was determined that the symptoms of the disease in the patients were seen from the beginning of the disease. It was found that as the symptoms of the disease increased, death anxiety also increased ( $r=0,261$ ;  $p<0,05$ ). It was determined that as patients' perceptions of the disease increased, their self-care power increased and their death anxiety decreased ( $p<0,05$ ). It was determined that death anxiety was moderate ( $8,75\pm 2,347$ ) and self-care power was low ( $73,09\pm 14,153$ ).

**Conclusion:** It has been determined the relationship of illness perception with death anxiety and self-care agency in patients with COPD.

**Keywords:** COPD; Death anxiety; Perception of illness; Self-care agency.

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Burcu DEMİR GÖKMEN, Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 04200, Ağrı-Türkiye, E-mail: [burcudmr04@gmail.com](mailto:burcudmr04@gmail.com)

**Geliş Tarihi/Received:** 15.11.2021

**Kabul Tarihi/Accepted:** 21.01.2022

**Yayın Tarihi/Published online:** 23.04.2022



Bu eser, Creative Commons Atıf-GayriTicari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.  
Telif Hakkı © 2022 Adıyaman Üniversitesi Rektörlüğü



Bu makale araştırma ve yayın etiğine uygun hazırlanmıştır.



intihal incelemesinden geçirilmiştir.



## Giriş

KOAHA (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) amfizem ve kronik bronşite bağlı, çoğunlukla geri dönüşümsüz solunum güçlüğü ile karakterize progresif nitelikte bir hastalıktır. KOAHA'nın ciddi şekilde sınırlılık ve yetersizliğe yol açtığı bilinmektedir. Ayrıca tüm dünyada giderek artan bir prevalans eğrisine sahip olduğu, morbidite ve mortalite oranlarının dikkat çekici olduğu belirtilmektedir. Güncel istatistiki veriler incelendiğinde KOAHA'nın Dünya'da ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir. Türkiye'de ise ölüm nedenleri incelendiğinde solunum sistemi hastalıkları nedeni ile ölümlerin üçüncü sırada olduğu ve bu ölümlerin yarısından daha fazlasının KOAHA nedeni ile olduğu ifade edilmektedir.<sup>1,2</sup>

Dispne KOAHA'nın en belirgin belirtilerinden biridir ve nefes darlığı olarak tanımlanmaktadır. Yıllar içinde giderek artan dispne, önceleri eforla ortaya çıkarken, sonraları günlük yaşam akti-vitelerini engelleyecek, öz bakım gücünü etkileyecek boyuta ulaşır ve bireylerde farklı algılara neden olarak ölüm korkusu oluşturabilir.<sup>3</sup> KOAHA hastalarında, sürekli ilaç kullanımı, hastaneye bağımlılık, yoğun fiziksel ve psikososyal sıkıntılar nedeni ile tedavi sürecinde pek çok kısıtlama yaşanmaktadır ve bu durum bireyleri ciddi boyutlarda psikolojik yönden etkilemektedir.<sup>4</sup> Bireyin hastalığını nasıl algıladığı, hastalık sürecinde yaşanan bu sorunların yönetiminde oldukça önemlidir.<sup>5</sup> Hastalığın algılanması, mevcut semptomların taşıdığı anlamlar ve yaşanan deneyimlere göre şekillenir, bu nedenle hastalığın prognozu her bireyde farklılık gösterebilir. Bu algı bireyin kültürü, inancı, kişisel deneyimi, bilgisi, tedavi tipi ve yoğunluğu, ortaya çıkan fizyolojik semptomlara bağlı olarak değişebilir.<sup>7-10</sup>

Hastalık algısı ve hastalığın yönetimi arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik yapılan çalışmalara göre, hastalarda içsel kontrol algısı yükseldikçe hastalığın prognozunun da iyiye doğru gittiği belirtilmektedir.<sup>5</sup> KOAHA hastaları ile yapılan çalışmalarda da tedavi ve bakım yönetiminde öz bakım becerisinin oldukça önemli olduğu ve öz bakım amacının

hastayı hastalığın her aşamasında güçlendirmesi gerektiği ifade edilmektedir.<sup>5,6</sup> Dolayısıyla kronik hastalığı olan bireylerin tedavi sürecinde hastalığa attıkları anlamı öğrenmelerinin ne kadar önemli olduğu görülmektedir.<sup>10</sup>

Kronik hastalıklarda ve KOAHA'da hastalık yönetiminin başarılı olmasında öz-bakım gücünün geliştirilmesi oldukça önemlidir.<sup>3,11,12</sup> Bu nedenle hastanın kendi sağlığına ilişkin tüm sorumlulukları yüklenmesini öz bakımın asıl hedefidir. KOAHA'lı hastaların uygun öz-bakım davranışı geliştirme konusunda daha iyi desteklenmeleri, hastalık nedeniyle ortaya çıkan olumsuzlukları ve hastaneye yatışların azalmasını sağlayacaktır.<sup>13,14</sup> Hemşireler KOAHA tanısı alan hastalarla çalışırken, hastanın öz-bakım gerek-sinimlerini ve hangi düzeyde yerine getirebildiğini saptamalıdır. Bireylerin hastalığa uyumunu sağlamada, öz-bakım becerilerinin desteklenmesinde ve kanıta dayalı rehberlerle hastalara yol göstermede hemşirelerin önemli sorumlulukları vardır. Bunun için hemşirelerin öncelikle hastaların hastalığından ne anladığını bilmesi ve girişimleri bu yönde planlaması önemlidir.<sup>6,15,16</sup>

KOAHA'lı hastaların hastalıklarına ilişkin yaşadıkları solunum sıkıntısının yaşadığı rahatsızlık, öz bakım becerisini etkilemekte bireyler günlük yaşam aktivitelerinde zorlanmaktadır. Bu durumda işlevselliği azalan hasta da ruhsal sorunların görüldüğü ve ölüm korkusunun da genellikle hissedildiği belirtilmektedir.<sup>17</sup> Alan yazında KOAHA'lı hastalar hemşirelik tanıları ve günlük yaşam aktivitelerine göre değerlendirildiğinde hastaların ölüm aktivitesinden az ya da çok etkilendikleri, hastalandıktan sonra ölümü daha fazla düşündükleri, bir kısmının ölümü istediği ve ölüm korkusu yaşadıkları belirlenmiştir.<sup>18</sup>

Literatürde KOAHA tanılı hastalarda hastalık algısının araştırıldığı çalışmaların sınırlı olduğu<sup>5,6</sup>, hastalık algısının ölüm kaygısı ve öz bakım gücüne olan etkisini inceleyen bir çalışmanın ise olmadığı görülmektedir. Bu araştırma ile KOAHA tanılı hastaların hastalık algısının ölüm kaygısı ve

öz bakım gücü arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Elde edilen verilerin KOAH tanılı bireylerle çalışan profesyonellere yol göstermesi, hastalık algısı, ölüm kaygısı, öz bakım gücü ile ilgili yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## Gereç ve Yöntem

### Araştırmanın tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte tasarlanmıştır. Araştırma Ekim 2018-Haziran 2019 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin Göğüs Hastalıkları Kliniğinde yürütülmüştür.

### Araştırmanın evreni ve örneklemi

Araştırma bir devlet hastanesinin Göğüs hastalıkları kliniğinde yatarak tedavi gören KOAH tanılı 204 hasta araştırmanın evrenini oluşturmuş olup, belirlenen süreç içerisinde araştırma kriterlerine uygun olan 146 hasta ile yürütülmüştür. Araştırma kriterleri; Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etme, 18 yaş ve üzeri olma, iletişim kurma engeli olmama, zihinsel ve ruhsal sorunu olmama olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan 146 hasta üzerinde yapılan güç analizinde çalışmanın 0,05 hata payı ile etki büyüklüğünün 0,5 evreni temsil gücünün ise 0,85 olduğu belirlenmiştir. Bu değerler örneklemin yeterli olduğuna işaret etmektedir.<sup>19</sup>

### Veri toplama araçları

Veriler kişisel bilgi formu (KBF), Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ), Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği (TÖKÖ) ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) kullanılarak toplanmıştır. Kişisel bilgi formu araştırmacılar tarafından ilgili literatür kapsamında hazırlanan, hastaların sosyo-demografik özellikleri ile tıbbi durumlarına ilişkin bilgileri içeren 16 sorudan oluşmaktadır.<sup>1,4,5</sup>

Hastalık algısı ölçeği (HAÖ); Weinman ve ark.<sup>20</sup>(1996) tarafından geliştirilmiş 2002 yılında Moss Morris ve arkadaşları tarafından gözden geçirilmiştir.<sup>16</sup> Ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması 2006 yılında yapılmıştır.<sup>8</sup> HAÖ üç bölümden oluşur. Belirtiler bölümü; Kimlik A (hastalık ile ilgili belirtileri hastalıktan önce ve hastalığın

başlan-gıcından itibaren yaşama) ve Kimlik B (hastaların yaşadıkları belirtileri hastalıkla ilgili görme, hastalığın bir parçası olarak algılama ya da hastalığa atfetme) şekilde iki alt boyuttan oluşmakta, her boyut 14 belirti içermekte ve evet (1) – hayır (0) şeklinde puanlanmaktadır. Algı bölümü, 5’li likert tipte, 38 soru ve yedi alt boyut; süre (akut/kronik), süre (döngüsel) sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsillerden oluşmaktadır. Nedenler bölümü 5’li likert tipte, psikolojik atıflar, risk etkenleri, bağımsızlık ve kaza-şans olarak toplamda 18 soru, 4 alt boyuttan oluşmaktadır.<sup>8,16</sup> HAÖ’ nin Cronbach Alfa değerleri bölümlerine göre sırasıyla 0,89, 0,69 - 0,77, 0, 25-0,72 olduğu madde-toplam istatistiklerinin anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirtilmektedir.<sup>8</sup> Bu çalışmada Cronbach Alfa değerleri ise bölümlerine göre sırasıyla 0,94, 0,75-0,88, 0,23-0,64 olduğu madde-toplam istatistiklerinin anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Templer ölüm kaygısı ölçeği (TÖKÖ); Templer tarafından geliştirilmiş, Akça ve Köse tarafından Türkçeye uyarlanmıştır.<sup>21,22</sup> Bireyin ölüm ile ilgili kaygı ve korkularını ölçen, doğru-yanlış şeklinde yanıtlanan 15 soruluk bir ölçektir. Ölçekteki 1-9 arası maddeye verilen her bir hayır yanıtı için 0, evet yanıtı için 1, diğer 10-15 arası maddeye verilen her bir evet yanıtı için 0, hayır yanıtı için ise 1 puan verilmektedir. Elde edilen puanların toplamına göre, 0-4 puan hafif düzeyde, 5-9 puan orta düzeyde, 10-14 puan ağır düzeyde, 15 puan panik düzeyde ölüm kaygısı olarak değerlendirilir. Ülkemizde uyarlanan çalışmada<sup>22</sup> ölçeğin Cronbach’s Alfa değeri 0,75, bu çalışmada 0,70’ dir.

Öz-bakım gücü ölçeği (ÖBGÖ); Öz bakım gücünü değerlendirmek amacıyla Kearney ve Fleischer tarafından geliştirilmiş ve Nahçıvan tarafından Türkçeye uyarlanmıştır.<sup>23,24</sup> Öz-bakım gücü ölçeği; beşli likert tipli, 35 soruluk kendini değerlendirme ölçeğidir. Maddelerden 8’i tersten değerlendirilip, puanlama tersine döndürülmektedir. Ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 35 iken en yüksek 140’ tır. Ölçek puanınının 82’nin altında olması düşük, 82-120 puan arasında olması

orta, 120 puanın üstü olması öz-bakım gücünün yüksek olduğunu ve bireyin öz bakımını yeterli ve bağımsız olarak gerçekleştirebildiğini göstermektedir. Ülkemizde uyarlanan çalışmada<sup>24</sup> ölçeğin Cronbach's Alfa değeri 0,92, bu çalışmada 0,83'tür.

### Araştırmanın etik boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu için Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesinin Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18.05.2018 tarihinde 2018/48 sayılı etik onay alındıktan sonra Ağrı Devlet Hastanesi Başhekimliği'nden (01.07.2018) kurum izni alınmıştır.

Araştırmanın verileri, klinikte hastanın izni alındıktan ve çalışma ile ilgili açıklama yapıldıktan sonra araştırmacı tarafından gün içerisinde hastaların müsait olduğu uygun zaman dilimlerinde, formlar bire bir hastalarla yüz yüze görüşülerek soru cevap şeklinde uygulanmıştır. Formlarda soru sayısının fazla olması nedeniyle hastaları yormamak, sorularla bunaltmamak için bir hasta ile 3 defa da yaklaşık 30dk'lık toplamda 90 dk'lık bir görüşme yapılmıştır. Birinci görüşmede KBF ve ÖKÖ, ikinci görüşmede HAÖ ve üçüncü görüşmede ÖBGÖ sorularıyla ilgili veriler toplanmıştır.

### Verilerin analizi

Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 23,0 (IBM Statistical Package for the Social Sciences, version 23,0 IBM Corp.; Armonk, NY, ABD) programı kullanılmıştır. Analizler önce-sinde nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluklarında tek örneklem Kolmogorov Smirnov testi kullanılmıştır. Hastaların sosyo-demografik ve hastalık ile ilgili özellikleri tanımlayıcı istatistikler kullanılarak (ortalama, standart sapma, yüzde) değerlendirilmiştir. Ölçek puanlarının dağılım özellikleri incelendiğinde, tek örneklem Kolmogorov Smirnov testine göre normal dağılım gösterdiği ( $p>0,05$ ) bulunmuştur. Değişkenler arası ilişkileri incelemeye Pearson korelasyon analizi kullanılmış ve  $p<0,05$  değeri

istatistiksel anlamlılık sınır değeri olarak kabul edilmiştir.

### Bulgular

Tablo 1'de hastaların demografik ve tıbbi özellikleri görülmektedir. Araştırma-maya katılan hastaların çoğu erkek (%61,6), 62-83 yaş aralığında (%67,1), genellikle evli (%79,5), okuryazar (%58,9) olmayan, işçi (%46,6) olarak çalışan ve gelir düzeyi orta düzeyde (%60,3) olanlardan oluşmaktadır. Hastaların aileleriyle birlikte yaşadıkları (%97,3) ve aile bireylerinin hastalık sürecinden etkilendikleri (%84,9) belirlenmiştir. Hastaların %56,2'si günlük yaşam işlevlerini yerine getirirken bir desteğe ihtiyaç duymadığını ifade etmektedir. Hastaların %76,7'si 0-11 yıl arasında KOAH tanısı almış, %46,6'sı hastalığın üçüncü evresinde, %67,1'inin KOAH dışında kronik bir hastalığı olduğu belirlenmiştir. En yüksek oranda (%27,4) görülen kronik hastalık hipertansiyondur. Hastaların beden kitle indeksleri %49,3'ü normal (18,6-24,9 kg/m<sup>2</sup>) sınırlar için-dedir. Hastalar için ölüm ifadesi daha çok kader (%34,3) ve ceza (%32,9) olarak nitelendirilmiştir. Hastaların %68,5'i ölü-mün sorgulanmasından rahatsızlık hissettiklerini bildirmişlerdir.

Tablo 2'de KOAH hastalarının HAÖ'ne göre yaşadıkları hastalık belirtilerinin dağılımı görülmektedir. Tabloya göre hastaların hastalık belirtilerinin (Kimlik A) hastalığın başlangıcından beri görüldüğü ve bu belirtilerin (Kimlik B) hastalıklarıyla ilgili olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hastaların sırasıyla en fazla ağrı (%94,5), boğazda yanma (%87,7), soluk almada güçlük (%86,3) yaşadıkları saptanmıştır. Hastaların bu belirtilerin hastalıklarıyla ilgili olduğu görüşüne ise sırasıyla ağrı (%87,7), boğazda yanma (%84,9), soluk almada güçlük (%78,1) olarak benzer oranlarda katıldıkları görülmüştür. Hastalık başlangıcından sonra en az seviyede yaşandığı bildirilen belirti ise mide yakınmaları (%39,7) olmuştur. Bu belirtiyi hastalıkla ilgili görenlerin oranı da aynı şekilde azdır (%52,1).

**Tablo 1.** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanımlı hastaların demografik ve tıbbi özellikleri.

Demografik ve tıbbi özellikler		n(sayı=146)	%(yüzde)
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	56	38,4
	Erkek	90	61,6
<b>Yaş</b>	40-61	34	23,3
	62-83	98	67,1
	84 ve üzeri	14	9,6
<b>Medeni Durum</b>	Bekâr	30	20,5
	Evli	116	79,5
<b>Eğitim Durumu</b>	Okuryazar değil	86	58,9
	İlköğretim	52	35,6
	Ortaöğretim	8	5,5
<b>Çalışma Durumu</b>	İşçi	68	46,6
	Memur	6	4,1
	Emekli	6	4,1
	Ev hanımı	54	37,0
	İşsiz	12	8,2
<b>Gelir Durumu</b>	İyi	12	8,2
	Orta	88	60,3
	Kötü	46	31,5
<b>Kiminle Yaşadığı</b>	Yalnız	4	2,7
	Ailesiyle birlikte	142	97,3
<b>Hastalığınızdan sonra aile bireyleri hastalığınızdan etkilendi mi?</b>	Etkileniyor	124	84,9
	Etkilenmiyor	22	15,1
<b>Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede desteğe gereksiniminiz var mı?</b>	Hayır	82	56,2
	Evet	64	43,8
<b>Kaç yıldır KOAH hastasıdır?</b>	0-5 yıl	62	42,5
	6-11 yıl	50	34,2
	12 yıl ve üzeri	34	23,3
<b>KOAH evre</b>	Evre I	4	2,7
	Evre II	52	35,6
	Evre III	68	46,6
	Evre IV	22	15,1
<b>Kronik hastalık</b>	Var	98	67,1
	Yok	48	32,9
<b>Kronik hastalık nedir?</b>	Hipertansiyon	40	27,4
	Diabetes Mellitus	24	16,4
	Kardiyovasküler Hast.	16	11,0
	Birden Fazla Ek Tanı Var	18	12,3
	Yok	48	32,9
<b>Beden Kitle İndeksi</b>	18,5 kg/m <sup>2</sup> ve alt	2	1,4
	18,6- 24,9kg/m <sup>2</sup>	72	49,3
	25-29,9 kg/m <sup>2</sup>	36	24,7
	30-34,9 kg/m <sup>2</sup> ve üstü	36	24,7
	<b>Sizce aşağıdakilerden hangisi ölümü en iyi ifade eder?</b>	Kader	50
	Kurtuluş/Huzur	18	12,3
	Son, belirsizlik	30	20,5
	Ceza	48	32,9
<b>Ölümün sorgulanmasından Rahatsızlık hissetme</b>	Hissetmedim	46	31,5
	Hissettim	100	68,5
<b>Toplam</b>		<b>146</b>	<b>100</b>

Birden Fazla Ek Tanı: Hipertansiyon, Diabetes Mellitus, Kardiyovasküler hast.

Hastaların HAÖ, ÖKÖ ve ÖBGÖ'den elde edilen puanlarının ortalaması Tablo 3' te verilmiştir. Hastaların HAÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde, hastalık belirtilerinin yüksek oranda hastalığın başlangıcından itibaren görüldüğü (Kimlik A) ve hastalıkla ilişkilendirildiği (Kimlik B) belirlenmiştir. Hastalık hakkındaki görüşler boyutunun

sırasıyla 'Duygusal Temsiller'(18,45±5,468), 'Sonuçlar'(18,42±5,124) ve 'Kişisel Kontrol'(18,12±4,505) alt boyutu puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalık nedenleri boyutunun sırasıyla 'Risk Faktörleri' (18,16±4,611), 'Psikolojik Atıflar' (16,56±4,327) alt boyutlarının puan ortalamasının en yüksek

olduğu saptanmıştır. Hastaların ÖKÖ'nin puan ortalamasına 8,75±2,347 göre orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadıkları belirlenmiştir. Hastaların ÖBGÖ'ü puan

ortalamasının ise 73,09±14,153 olduğu ve hastaların öz bakım gücünün düşük seviyede olduğu görülmektedir.

**Tablo 2.** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanımlı hastaların hastalık algısı ölçeği'nin hastalık belirtileri (Kimlik A ve B) alt boyutu yüzdelere dağılımı.

Belirtiler	Kimlik A				Kimlik B			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ağrı	138	94,5	8	5,5	128	87,7	18	12,3
Boğazda yanma	128	87,7	18	12,3	124	84,9	22	15,1
Bulantı	96	65,8	50	34,2	88	60,3	58	39,7
Soluk almada güçlük	126	86,3	20	13,7	114	78,1	23	21,9
Kilo kaybı	94	64,4	52	35,6	96	65,8	50	34,2
Yorgunluk	109	74,0	38	26,0	110	75,3	36	24,7
Eklem sertliği	80	54,8	66	45,2	84	57,5	62	42,5
Gözlerde yanma	102	69,9	44	30,1	88	60,3	58	39,7
Hırıltılı soluma	118	80,0	28	19,2	114	78,1	32	21,9
Baş ağrıları	126	86,3	20	13,7	96	65,8	50	34,2
Mide yakınmaları	58	39,7	88	60,3	76	52,1	70	47,9
Uyku güçlükleri	108	74,0	38	26,0	100	68,5	46	31,5
Sersemlik hissi	88	60,3	58	39,7	106	72,6	40	27,4
Güç kaybı	100	68,5	46	31,5	102	69,9	44	30,1

n; sayı, %; yüzde,

**Tablo 3.** Hastalık algısı ölçeği'nin alt boyutlarının, temper ölüm kaygısı ölçeğinin, öz bakım gücü ölçeğinin ortalama puanları.

Ölçekler	Min-Max	Ort ± SS
<b>Hastalık Belirtileri</b>		
Kimlik A (0-14*)	6-14	10,06±2,096
Kimlik B (0-14*)	3-14	9,76±2,322
<b>Hastalık Hakkındaki Görüşler</b>		
Süre(Akut/Kronik)(6-30*)	7-26	16,16±4,560
Sonuçlar(6-30*)	6-27	18,42±5,124
Kişisel Kontrol(12-30*)	6-28	18,12±4,505
Tedavi Kontrolü(9-25*)	7-23	15,17±3,418
Hastalığı Anlayabilme(5-25*)	8-25	15,01±3,477
Süre (Döngüsel) (4-20*)	4-18	12,46±3,212
Duygusal Temsiller(6-30*)	6-28	18,45±5,468
<b>Hastalık Nedenleri</b>		
Psikolojik Atıflar(6-30*)	8-27	16,56±4,327
Risk Faktörleri(7-35*)	8-30	18,16±4,611
Bağışıklık(3-15*)	3-15	8,53±2,749
Kaza -Şans(2-10*)	2-10	5,21±1,851
<b>Templer Ölüm Kaygısı (0-15*)</b>	3-14	8,75±2,347
<b>Öz Bakım Gücü (35-140*)</b>	50-112	73,09±14,153

\*Ölçeğin kendisinden alınabilecek min-max değerler, min; alınan en küçük değer, max; alınan en yüksek değer, Ort; ortalama, SS;standart sapma

Tablo 4 incelendiğinde, hastaların hastalık algılarının hastalık belirtileri Kimlik A boyutu ile ölüm kaygıları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ( $r=0,261;p<0,05$ ) tespit edilmiştir. Tablo 4'e bakıldığında, hastaların hastalık algılarının hastalık hakkındaki görüşler boyutunun yalnızca kişisel kontrol alt boyutu ile ölüm kaygısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ( $r=-0,203;p>0,05$ ) bulunmuştur. HAÖ'nin nedenler boyutu ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki

saptanmamıştır. Bir diğer sonuca göre hastaların hastalık algılarının hastalık hakkındaki görüşler boyutu ile öz bakım gücü arasında anlamlı ilişkilerin olduğu ve alt boyutları ele alındığında sırasıyla öz bakım gücü ile 'Süre (Akut/Kronik)' ( $r=0,497;p<0,05$ ), 'Süre(döngüsel)' ( $r=0,330;p<0,05$ ), 'Sonuçlar' ( $r=0,306;p<0,05$ ), 'Duygusal Temsiller' ( $r=0,251;p<0,05$ ) alt boyutları arasında pozitif yönde ve 'Kişisel Kontrol' ( $r=-0,237;p<0,05$ ) alt boyutu ile

negatif yönde korelasyon olduğu görülmektedir. Araştırmada hastaların hastalık algılarının hastalık nedenleri boyutu ile öz bakım güçleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ve hastalık nedenleri boyutunun alt boyutlarına göre öz bakım gücü ile sırasıyla ‘Bağışıklık’ ( $r=0,358;p<0,05$ ), ‘Risk faktörleri’ ( $r=0,330;p<0,05$ ), ‘Kaza veya Şans’ ( $r=0,299;p<0,05$ ) ve ‘Psikolojik

Atıflar’ ( $r=0,201;p<0,05$ ) arasında pozitif yönde korelasyon olduğu bulunmuştur. Son olarak, araştırmaya katılan hastalarda öz bakım gücü ile ölüm kaygısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=-0,193;p<0,05$ ). Hastalarda öz bakım gücü düzeyi azaldıkça ölüm kaygı düzeyinin arttığı görülmektedir (Tablo 4).

**Tablo 4.** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanılı hastaların hastalık algıları ile ölüm kaygıları ve öz bakım güçleri arasındaki ilişki.

ÖLÇEKLER		Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği		Öz Bakım Gücü Ölçeği	
Hastalık Algısı Ölçeği		r	p	r	p
Hastalık Belirtileri	Hastalığımın önce	0,261	0,001*	0,071	0,395
	Hastalığımın ilgili	0,118	0,155	-0,030	0,723
Hastalık Hakkındaki Görüşler	Süre (Akut/Kronik)	0,019	0,817	0,497	0,000*
	Sonuçlar	0,023	0,787	0,306	0,000*
	Kişisel Kontrol	-0,203	0,014*	0,237	0,004*
	Tedavi Kontrolü	-0,027	0,749	0,149	0,073
Hastalık Nedenleri	Hastalığı Anlayabilme	0,092	0,271	0,052	0,535
	Süre (Döngüsel)	-0,135	0,105	0,330	0,000*
	Duygusal Temsiller	0,003	0,968	0,251	0,002*
	Psikolojik Atıflar	0,027	0,744	0,201	0,015*
Hastalık Nedenleri	Risk Faktörleri	-0,055	0,511	0,330	0,000*
	Bağışıklık	0,074	0,375	0,358	0,000*
	Kaza veya Şans	-0,121	0,146	0,299	0,000*
Ölüm Kaygısı				-0,193	0,019*
Öz Bakım Gücü				-0,193	0,019*

\*= $p<0,05$

## Tartışma

Araştırmada KOAH hastalarının hastalıklarını nasıl algıladıkları ve bu algının ölüm kaygısı, öz bakım gücü ile ilişkisi araştırılmış ve bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Hastaların HAÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde, hastalık belirtilerinin yüksek oranda hastalığın başlangıcından itibaren görüldüğü (Kimlik A) ve hastalıkla ilişkilendirildiği (Kimlik B) belirlenmiştir. En sık görülen belirtiler ise ağrı, boğazda yanma ve soluk almada güçluktur. Araştırmada hastalık belirtilerinin yüksek oranda görülme nedeni olarak hastaların, hastalığın üçüncü evresinde (%46,6) olması, 62-83 yaş aralığında (%67,1) olması ve ek tanının (%67,1) var olması ile ilişkilendirilmektedir. Hastaların yaşının ilerlemesiyle, hastalık süresinin uzama-sıyla, ortaya çıkabilecek olan ek kronik hastalıklar hastaların birçok hastalık belirtisi deneyimlemesine neden olabilmektedir.<sup>25-27</sup> Araştırma bulguları KOAH

belirtilerinin şiddeti ve sıklığının progresif bir hastalık olması ve hastalık evresi nedeniyle arttığını ifade eden literatürle uyumludur.<sup>28,29</sup>

Araştırmada hastalık algısının hastalık hakkındaki görüşler boyutunun ‘Duygusal Temsiller’, ‘Sonuçlar’ ve ‘Kişisel Kontrol’ puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir. ‘Duygusal Temsiller’, ‘Sonuçlar’ boyutu hastaların hastalığın şiddetine, psikolojik sosyal ve fiziksel işlevselliğine olan etkileriyle ilişkili olumsuz inançlarını ifade etmektedir.<sup>8</sup> Araştırma sonuçları hastaların hastalığına ilişkin duygusal yönden endişelerinin fazla olduğunu ve bu durumdan olumsuz etkilendiklerini, hastalığın yaşamları için ciddi sonuçlar doğuracağına inandıkları şeklinde olumsuz algılarının olduğunu, ancak hastaların hastalığı kontrol altına alabileceklerine ilişkin olumlu algılarının da olduğunu göstermektedir. Hastalarda artan kaygı düzeyi, hastalığın daha fazla önemsenmesine neden olmuştur. Böylece farkındalığı artan hastaların bireysel kontrollerinin de arttığı düşünülmektedir.

İlgili literatür incelendiğinde çalışmalarda hastaların hastalıkları hakkında farkındalıkları arttıkça bireysel kontrollerinin de arttığı belirtilmektedir.<sup>5,9,30,31</sup>

Katılımcıların hastalık algılarının hastalık nedenleri boyutunun sırasıyla 'Risk Faktörleri', 'Psikolojik Atıflar' alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. İnsanların algıları, kendilerinin ve yakınlarının yaşam deneyimlerine göre şekillenir.<sup>5,6</sup> Hastalıkla ilgili deneyimler, hastalıkla ilgili algı ve görüşlerini etkileyerek, hastalık hakkında bir takım inançlarının oluşmasına neden olmaktadır.<sup>5,8</sup> Bazı sosyo-kültürel yapı-larda hastalık nedenlerinin özellikle stres, sıkıntı ve endişe gibi psikolojik durumlarla ilişkilendirildiği görülmektedir.<sup>9</sup> Yapılan bu araştırmada hastaların çoğunluğunun okuma yazma bilmeyen, işçi olarak çalışan ve yaşlılardan oluştuğu göz önünde bulundurulursa sosyal, kültürel ve ekonomik yapının düşük olduğu söylenebilir. Bu durum hastaların algılarına yönelik risk etkenlerini ve psikolojik sıkıntıları, neden daha çok hastalık sebebi olarak gördüklerini açıklamaktadır.

Hastaların ÖKÖ puan ortalamasının orta düzeyde olması ölüm kaygısı yaşadıklarını göstermektedir. ÖBGÖ'ü puan ortalamasının düşük olması hastaların öz bakımını yeterli ve bağımsız olarak gerçekleştiremediğini göstermektedir. Yapılan bu araştırma ile paralel olarak çalışmalarda KOAH hastalarının öz bakım gücünün düşük düzeyde olduğu belirtilmektedir.<sup>4,13,29</sup> Araştırmada hastaların deneyimledikleri semptomların hastalıklarıyla ilgili olduğunu bildikleri ve belirtiler arttıkça ölüm kaygısının arttığı görülmektedir. Hastalarda sıkıntılı ve zorlu solunum şikayetinin fazla olması, hastaların bu belirtiyi yaşamları için ciddi bir tehdit kaynağı olarak algıladıklarını göstermektedir. Bu belirtinin hastalarda ölüm kaygısını artırma nedeni solunumun en temel yaşamsal bulgu olmasıyla açıklanabilir.<sup>18,32</sup>

Hastalık algısının hastalık hakkındaki görüşler boyutu ile ölüm kaygısı arasında ve hastalık nedenleri boyutu ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Araştırmada hastaların çoğunluğunun ölümü, kader ya da ceza olarak

algıladıkları görülmekte ve ölüme ilişkin sorular sorulmasından rahatsızlık hissettikleri (%68,5) belirlenmiştir. Bu durum ölüm konusunun toplumda halen bir tabu olarak görüldüğünü gösterebilir. Ölümün tabu olduğu toplumlarda bu konunun konuşulması ölümün kendilerine yaklaşacağı inancını desteklemektedir. Modern insanın, ölüm olgusunu hayata aktarmakta zorlandığı, yadsıdığı, yadır-gadığı belirtilmektedir.<sup>33</sup> Bu doğrultuda araştırma bulgusu değerlendirildiğinde hastaların ölüm kaygısı yaşadıkları ancak hastalıkları hakkında ölüm konusunu çoğunlukla konuşmak istememeleri ise ölümden kaçmaya yönelik bir savunma oluşturduklarını düşündürmektedir.

Hastaların hastalık hakkındaki algıları arttıkça öz bakım güçleri de artmaktadır. Hastaların, hastalık hakkındaki bilgileri arttıkça algılarının değiştiği ve hastalık yönetimindeki kişisel kontrolleri arttıkça öz bakım gücünün de arttığı görülmektedir. Sonuç olarak hastalıkla ilgili algıların artması öz bakımın yeterli ve bağımsız bir şekilde gerçekleşmesine katkı sağlamaktadır. Literatürde kronik hastalıklar içerisinde özellikle KOAH hastalarında hastalık algısının hastalık hakkındaki görüşler boyutunun kişisel kontrol alt boyutu arttıkça öz bakım gücünün de arttığı belirtilmektedir.<sup>34,35</sup> KOAH'lı hastaların hastalık yönetiminde hastanede ve evde bakım modelleri kullanılarak verilen hemşirelik bakımlarının, hastaları motive ettiği, öz etkililik ve öz bakım gücünü arttırdığı görülmektedir.<sup>13,18,36</sup>

Araştırmada hastaların hastalık nedenini, bağımsızlık, risk faktörleri ve psikolojik özelliklerle ilişkilendirmeye yönelik algıları arttıkça öz bakım gücünün de arttığı görülmektedir. Bu bağlamda hastaların hastalık nedenini çoğunlukla vücut direnci, virüsler, hava kirliliği, sigara, alkol, kalıtım, kötü beslenme, yaşlanma, kötü yaşam koşulları, kaza, şans gibi sorunlarla ilişkilendirdikleri görülmektedir. Hastalık nedenleri engellenebilirse hastalığa yönelik algılarda değişeceği için, bireylerin öz bakımı gerçekleştirmelerine olumlu katkı sağlayacaktır. Son olarak, hastaların öz



bakım güçleri arttıkça ölüm kaygısının azaldığı görülmektedir.

### Sonuç

Hastaların, hastalık hakkındaki görüşlerine ilişkin duygusal endişelerinin ve hastalığın yaşamları için ciddi sonuçlar doğuracağına inandıkları şeklinde olumsuz algılarının olduğu ancak hastaların hastalığı kontrol altına alabileceklerine ilişkin olumlu algılarının da olduğu görülmektedir. Hastaların hastalık algısı ile öz bakım gücü arasında anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur. Hastalık belirtileri ve kişisel kontrole yönelik algılar ile ölüm kaygısı arasında ve ölüm kaygısı ile öz bakım gücü arasında anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. KOAH, ara ara ataklar yapabilen kronik bir hastalık olduğundan, hastaların öz bakım güçlerini arttıracak girişimlerin düzenlenmesi ve bu süreçte hastanın ailesiyle birlikte ele alınacağı, hastaneye yatmadan ev ortamında hastalık yönetiminin destekleneceği bir bakımın geliştirilmesi önerilmektedir. KOAH hastalarının sağlık davranışlarını geliştirmeye olan inançlarını olumlu yönde etkileyebilmek için hemşireler tarafından hastalık hakkında ve hastalık yönetimine ilişkin öz bakım güçlerini geliştirecek eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu için Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitenin Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18.05.2018 tarihinde 2018/48 sayılı etik onay alındıktan sonra Ağrı Devlet Hastanesi Başhekimliği'nden (01.07.2018) kurum izni alınmıştır.

### Bilgilendirilmiş Onam

Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü KOAH tanılı yatan hastalardan sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam alınarak, çalışma Helsinki Deklarasyonu 2008 Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır.

### Yazar Katkıları

Fikir/Kavram B.D.G., Tasarım B.D.G., Veri Toplama ve/veya İşleme B.D.G., Analiz ve/veya Yorum B.D.G., M.F., Literatür Taraması B.D.G., M.F., Makale Yazımı

B.D.G., M.F., Eleştirel İnceleme B.D.G., M.F.

### Teşekkür

Araştırmaya katılan tüm hastalara ve destekleyen hemşirelere teşekkür ederiz.

### Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarların herhangi bir çıkar dayalı ilişkisi yoktur.

### Araştırma Desteği

Herhangi bir maddi destek alınmamıştır.

### Beyanlar

Bu çalışma 2.Uluslararası 3. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği (Online) Kongresinde 7-9 Ocak 2021 tarihleri arasında sözel bildiri olarak sunulmuştur.

### Hakem Değerlendirmesi

Dış bağımsız.

### Kaynaklar

1. Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010;13(2):38-45.
2. Türk Toraks Derneği'nin Gold 2021 kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) raporuna bakış. [https://toraks.org.tr/site/community/downloads/HzYtedQ AuPN\\_tYAV](https://toraks.org.tr/site/community/downloads/HzYtedQ AuPN_tYAV) 21 Nisan 2021 tarihinde güncellenmiştir. 18 Ocak 2022 tarihinde erişilmiştir.
3. Tülüce D, Kutlutürkan S, Çetin N, Köktürk N. Hasta koçluğunun kronik obstrüktif akciğer hastalığı (Koah) ile izlenen hastaların dispne, öksürük ve balgam semptomları üzerine etkisi: Pilot bir çalışma. *GÜSBD*. 2016; 5(2): 32-41.
4. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu Aşlar R, Bakar N, Demir N. Effect of anxiety and depression on self-care agency and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease: A questionnaire survey. *Int J Nurs Pract*, 2013;19:14-22 doi:10.1111 / ijn.12031.
5. Ekenler Ş, Arslan S. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;22(3): 151-160.
6. Yeşil-Bayülgen M, Gün M, Erdoğan S. Self-Care Management of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Evaluation of the Factors Affecting Them. *Eurasian JHS* 2021;4(2):106-112.
7. 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;15,140. doi:10.1186 / 1471-2296-15-140.
8. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;8:271-280.
9. Karabulutlu E, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;14:4-10.
10. Kocabaş A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. *Türk Toraks Dergisi* 2010; 1:105-113.
11. Annandale J, Hurlin C, Lewis K. Reducing COPD admissions with a specialist chronic disease management team. *Nurs Times* 2009;5;105(38):25. doi:10.1177/1479972309104419
12. Zwerink M, Brusse-Keizer M, Van Der Valk PD et al. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary

- disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;19:3:CD002990. doi:10.1002/14651858.CD002990.pub3.
13. Bilgehan T, Koç A, İnkaya B. KOAH tanısı ile izlenen bireyin Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre bakımı (olgu sunumu). *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 2020;7:3:231-238.
  14. Cicutto CL, Brooks D. Self-care approaches to managing chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med* 2006;100(9):1540-1546. doi:10.1016/j.rmed.2006.01.005.
  15. Mousing CA, Lomborg K. Self-care 3 months after attending chronic obstructive pulmonary disease patient education: a qualitative descriptive analysis. *Patient Prefer Adherence* 2012;6:19-25. doi:10.2147/PPA.S28466
  16. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick L. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002;17:1-16. doi:10.1080/08870440290001494
  17. Turhalı E, Koç Z. Koah Tanısı Alan Bir Bireyin Nanda'ya Göre Hemşirelik Tanıları ve NIC Girişimleri: Olgu Sunumu. *Sağlık ve Toplum*, 2021;31(3):294-204
  18. Ünsal A, Yetkin A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumunun İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2005; 8(1), 42-53.
  19. Çapık C. İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: Temel bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014;17(4):268-274.
  20. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* 1996;11:431-445.
  21. Templer DI, Lester D, Ruff CF. Fear of death and femininity. *Psychol Report.* 1974;35:530. doi:10.2466/pr0.1974.35.1.530
  22. Akça F, Köse YA. Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Kln Psk* 2008;11:7-16
  23. Kearney BY, Fleischer BJ. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Research in Nursing & Health* 1979;2(1):25-34. doi:10.1002/nur.4770020105.
  24. Nahcivan NO. A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *WJNR.* 2004;26(7):813-824. doi:10.1177/0193945904267599.
  25. 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.
  26. Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikosozal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013;1(1):57-72.
  27. Martinez CH, Diaz AA, Parulekar AD et al. 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. doi:10.1016/j.chest.2015.11.025.
  28. Sinha T, Nalli SK, Toppo A. A study of clinical profile of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *IJCMPH.* 2017;4(4):1000-4. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20171314
  29. Kılıç Z, Görüş S. Self-care agency and affecting factors in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *East J Med* 2020;25(4):484-490. doi:10.5505/ejm.2020.55822
  30. Borge CR, Moum T, Puline Lein M, Austegard EL, Wahl AK. Illness perception in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Scand J Psychol* 2014; 55(5):456-63. doi:10.1111/sjop.12150.
  31. Karagülle Ç, Can Çicek S. Obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık algısının yaşam kalitesine etkisi. *TFSD* 2020;1(2):36-49.
  32. Özkan S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında palyatif ve yaşam sonu bakımı. *Selçuk Tıp Derg.* 2011;28(1): 69-74.
  33. Durmuşoğlu K, Ataman K. Kutsaldan sekülere: Değişen ölüm algısı üzerine sosyolojik bir değerlendirme. *BEUIFD* 2018;5(1):123-149.
  34. Demir Doğan M, Tosun E, Tek AD. Kronik hastalıklarda hastalık algısı, yaşam kalitesi, öz-bakım yönetimi. *GÜSBD.* 2018;7(3): 33- 40.
  35. Bos-Touwen I, Schuurmans M, Monnikhof EM et al. Patient and disease characteristics associated with activation for self-management in patients with diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure and chronic renal disease: a cross-sectional survey study. *PLoS ONE.* 2015;10(5), e0126400. doi:10.1371/journal.pone.0126400.
  36. Kılıç Z, Görüş S. Self-Care Agency and Affecting Factors in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *East J Med.*2020;25(4):484-490. doi:10.5505/ejm.2020.55822