



T.C.

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN İLAÇ UYUMU
VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBRU PARLAK

Tez Danışmanı

**DR. ÖĞR. ÜYESİ SEVDA EFİL
UZM. DR. ESMEHAN AKPINAR**

ÇANAKKALE – 2022



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN İLAÇ UYUMU VE YAŞAM KALİTESİ İLE
İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBRU PARLAK

Tez Danışmanı

DR. ÖĞR. ÜYESİ SEVDA EFİL
UZM. DR. ESMEHAN AKPINAR

ÇANAKKALE – 2022



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



Ebru PARLAK tarafından Dr. Öğr. Üyesi Sevda EFİL yönetiminde ve Uzm. Dr. Esmehan AKPINAR ikinci danışmanlığında hazırlanan ve **23/11/2022** tarihinde aşağıdaki jüri karşısında sunulan “**Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Algılanan Sosyal Desteğin İlaç Uyumu Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi**” başlıklı çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik **Anabilim Dalı**'nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Sevda EFİL
(Danışman)

.....

Dr. Öğr. Üyesi Naile ALANKAYA

.....

Dr. Öğr. Üyesi Sevda TÜREN

.....

Tez No : 10507650

Tez Savunma Tarihi : 23/11/2022

.....

Doç. Dr. Yener PAZARCIK
Enstitü Müdürü

.././20..

ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

(İmza)

Ebru PARLAK

(Tarih) ../../2022

TEŞEKKÜR

Lisans ve lisansüstü eğitimim boyunca akademik ve mesleki katkıları ile İç Hastalıkları Hemşireliğini bana sevdiren, mesleki bilgi birikimi ve deneyimleri ile yolumu aydınlatan, tez çalışmam süresince ilgisi ve desteği ile bir an olsun beni yalnız bırakmayan, bu çalışmanın oluşmasında büyük sabır ve emek gösteren saygı değer danışman hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Sevdâ EFİL'e katkılarından dolayı en içten teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmanın gerçekleşmesinde büyük katkıları olan Sayın Prof. Dr. Ayşegül Karalezli ve sayın danışmanım Uzm. Dr. Esmehan Akpınar'a ve Ankara Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği hekimlerine ve hemşirelerine teşekkürlerimi sunarım.

Hemşirelik Ana Bilim Dalı hocalarıma, pediatri acil kliniği çalışma arkadaşlarıma, zorlu şartlar altında katılmaya gönüllü oldukları için çalışmanın ana kahramanları olan değerli KOAH hastalarına, beni yetiştiren, hayatımın her anında ve her kararında yanımda olan en büyük destekçilerim annem, babam, kardeşlerim ve sevgili aileme tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ebru PARLAK
Çanakkale, Kasım, 2022

ÖZET

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN İLAÇ UYUMU VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Ebru PARLAK

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sevda EFİL

İkinci Danışman: Uzm. Dr. Esmehan AKPINAR

23/11/2022, 108

Amaç: Bu çalışma KOAH olan bireylerde algılanan sosyal desteğin ilaç uyumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel ve ilişki arayıcı bir tasarımda yürütülen çalışmanın verileri 1 Aralık ile 30 Mayıs 2022 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi'nde toplandı. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 221 katılımcı ile çalışma tamamlandı. Verilerin toplanmasında “Katılımcı Bilgi Formu”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”, “St. George Solunum Anketi” ve “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği” kullanıldı. Verilerin analizinde SPSS 24.0 programı kullanıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel analizler, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis H kullanıldı. Normallik testi Kolmogorov Smirnov normallik testi ile yapıldı.

Bulgular: Katılımcıların toplam algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarının $51,87 \pm 17,56$, yaşam kalitesi puan ortalamalarının $31,47 \pm 10,2$, ilaç uyumu puan ortalamalarının $19,84 \pm 5,53$ olduğu saptandı. Algılanan sosyal destek ile etki skoru ($r=-0,18$); semptom skoru ($r=-0,21$), aktivite skoru ($r=-0,30$), solunum skoru ($r=-0,23$) arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirlendi ($p \leq 0,01$). Algılanan sosyal destek ($r=0,17$, $p < 0,05$) ve aile desteği ($r=0,39$, $p \leq 0,01$) ile ilaç uyumu arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulundu.

Sonuç: Algılanan sosyal destek ve aile desteğinin iyi düzeyde olması, ilaca uyum sağlanmasında önemlidir. İyi düzeyde aile ve arkadaş desteği sağlıkla ilgili yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir.

Anahtar Kelimeler: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Algılanan sosyal destek, Sosyal destek, Yaşam kalitesi, İlaç uyumu, Hemşirelik



ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT WITH MEDICATION ADHERENCE AND QUALITY OF LIFE IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Ebru PARLAK

Çanakkale Onsekiz Mart University

Postgraduate Education Institute

Nursing Department Master's Thesis

Advisor: Asst. Prof. Sevda EFİL, PhD.

Second Advisor: Dr. Esmehan AKPINAR, specialist

23/11/2022, 108

Aim: The aim of this study was to determine the relation of perceived social support to medication adherence and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Method: Data for this descriptive-correlational study was collected at Ankara City Hospital between 1 December and 30 May 2022. The study was completed with 221 participants who conformed to the inclusion criteria of the research. A Participant Information Form, the Multi-Dimensional Perceived Social Support Scale, the St. George Respiration Questionnaire, and the Medication Adherence Report Scale were used to collect data. The program SPSS 24.0 was used in the analysis of data, using descriptive statistical analyses, the Mann Whitney U test and Kruskal Wallis H. Testing for normality was performed with the Kolmogorov Smirnov normality test.

Findings: It was found that the participants' total mean score for perceived social support was 51.87 ± 17.56 , and the mean quality of life score was 31.47 ± 10.2 , and the mean medication adherence score was 19.84 ± 5.53 . A negative correlation was found between perceived social support and effect score ($r = -0.18$), symptom score ($r = -0.21$), activity score ($r = -0.30$), and respiration score ($r = -0.23$) ($p \leq 0.01$). A positive correlation was found between medication adherence and perceived social support ($r = 0.17$, $p < 0.05$) and family support ($r = 0.39$, $p \leq 0.01$).

Conclusion: A good level of perceived social support and of family support are important to ensure medication adherence. A good level of family and friend support can have a positive effect on health-related quality of life.

Key words: Chronic obstructive pulmonary disease, Perceived social support, Social support, Quality of life, Medication adherence, Nursing.



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

JÜRİ ONAY SAYFASI.....	i
ETİK BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	xiii
TABLolar DİZİNİ.....	xiv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xvii

BİRİNCİ BÖLÜM GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Soruları.....	3

İKİNCİ BÖLÜM KURAMSAL ÇERÇEVE/ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

2.1. KOAH'ın Tanımı	4
2.2. KOAH'ta Görülen Semptomlar	4
2.2.1. Dispne	4

2.2.2. Öksürük.....	5
2.2.3. Balgam.....	5
2.2.4. Wheezing ve Göğüste Sıkışma.....	5
2.2.5. Diğer Semptomlar ve Komorbiditeler.....	6
2.3. KOAH Epidemiyolojisi	6
2.3.1. Dünyada KOAH'ın Epidemiyolojisi.....	7
2.3.2. Türkiye'de KOAH'ın Epidemiyolojisi.....	8
2.4. KOAH'ta Risk Faktörleri.....	9
2.4.1. Genetik faktörler.....	9
2.4.2. Yaş	10
2.4.3. Cinsiyet	10
2.4.4. Tütün/Sigara Kullanımı.....	11
2.4.5. Mesleki ve Çevresel Faktörler.....	11
2.4.6. Akciğer büyüme ve gelişmesi.....	12
2.4.7. Diğer Risk Faktörleri.....	12
2.5. KOAH'ın Fiziopatolojisi.....	12
2.6. KOAH'ın Tanı ve Sınıflandırması.....	14
2.7. KOAH'ın Tedavisi.....	16
2.7.1. KOAH'ın Tedavisinde Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar	17
2.7.2. KOAH'ın Tedavisinde Farmakolojik Yaklaşımlar	19
2.8. KOAH'ta Hemşirelik Yönetimi.....	20
2.8.1. KOAH'ta Algılanan Sosyal Destek ve Hemşirelik.....	21
2.8.2. KOAH'ta İlaç Uyumu ve Hemşirelik	23
2.8.3.KOAH'ta Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik	25

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Türü	27
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	27
3.3.2. Araştırmanın Dahil Edilmeme Kriterleri.....	28
3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması	28
3.4.1. Katılımcı Bilgi Formu.....	28
3.4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	29
3.4.3. St. George Solunum Anketi (SGRQ)	29
3.4.4. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İUBÖ)	29
3.5. Araştırmanın Etik Yönü	29
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3.7. Araştırma Verilerinin Analizi.....	31

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1. Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular.....	33
4.2. Kategorik değişkenlere göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	37
4.3. Yaş ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular	64
4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi.....	66

4.5. Aile Desteği, Arkadaş Desteği ve Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Semptom Skoru, Aktivite Skoru, Etki Skoru ve Solunum Skoru Puanları Üzerindeki Etkisine Yönelik Çoklu Regresyon Analizi.....	68
--	----

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

5. Tartışma.....	73
5.1. KOAH Olan Bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği' Ne İlişkin Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması.....	73
5.2. KOAH Olan Bireylerin Sosyo-Demografik, Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri İle Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	76
5.3.KOAH Olan Bireylerin Sosyo-Demografik, Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri İle St. George Solunum Anketi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	79
5.4. KOAH Olan Bireylerin Sosyo-Demografik, Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri İle İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	82
5.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması.....	85

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç	88
6.2. Öneriler	92
KAYNAKÇA	93
EKLER	I
EK 1. KATILIMCI BİLGİ FORMU	I
EK 2. ÇBASDÖ.....	III
EK 3. SGRQ	V

EK 4. İÜBÖ.....	IX
EK 5. ETİK KURUL KARARI.....	X
EK 6. KURUM İZİNİ	XI
EK 7. ÇBASDÖ KULLANIM İZİNİ.....	XII
EK 8. SGRQ KULLANIM İZİNİ.....	XIII
EK 9. İÜBÖ KULLANIM İZİNİ	XIV
EK 10. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	XV
ÖZGEÇMİŞ	XVI

SİMGELER VE KISALTMALAR

BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
BOLD	Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü
CAT	KOAH Değerlendirme Testi (COPD Assessment Test)
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DALY	Erken Ölümler ve Sakatlıklar Nedeniyle Kaybedilen Yılların Toplamı (Disability Adjusted Life Years)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (WHO-World Health Organization)
FEV ₁	Birinci Saniyedeki Zorlu Ekspiratuvar Volüm (Forced Expiratory Volume in one Second)
GOLD	Global İnitative for Chronic Obstructive Lung Disease (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Küresel Girişimi)
İUBÖ	İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)
mMRC	Modifiye Tıbbi Araştırmalar Konseyi Dispne Skalası (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale)
PR	Pulmoner Rahabilitasyon
SGRQ	St. George Solunum Anketi (St. George's Respiratory Questionnaire)
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USOT	Uzun Süreli Oksijen Tedavisi

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1	Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Analizler	32
Tablo 2	Korelasyon Katsayıları ve Güç İlişkisi	32
Tablo 3	Sosyo-demografik Özellikler	34
Tablo 4	KOAH ve Tedavisine İlişkin Özellikler	35
Grafik 1.	KOAH'a Eşlik Eden Kronik Hastalıklar	36
Tablo 5	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği' ne İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	37
Tablo 6	Cinsiyete göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Puanlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 7	Medeni Durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 8	Çocuğu Olma Durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Puanlarının Karşılaştırılması	40
Tablo 9	Birlikte Yaşanılan Kişiyeye göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Puanlarının Karşılaştırılması	41
Tablo 10	Çalışma Durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Puanlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 11	Ekonomik Durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Puanlarının Karşılaştırılması	44

Tablo 12	Beden Kitle İndekslerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 13	Eğitim Durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 14	Sigara Kullanım Durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 15	KOAH Süresine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 16	KOAH Evresine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 17	Başka Bir Kronik Hastalık Durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 18	Son 1 Yılda KOAH Nedeniyle Hastaneye Yatma Sayısına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması	56
Tablo 19	Son 1 Yılda KOAH Nedeniyle Acil Servise Başvurma Sayısına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 20	Evde Uzun Süreli Oksijen Tedavisi Alma Durumu göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması	60
Tablo 21	Son 1 Yıl içinde KOAH ile İlgili Eğitim Alma Durumu göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması	61
Tablo 22	Antidepresan İlaç Kullanımına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması	62

Tablo 23	Toplam Kullanılan İlaç Sayısına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması	63
Tablo 24	Yaş ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi	65
Tablo 25	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi	66
Tablo 26	Aile Desteği, Arkadaş Desteği ve Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Semptom Skoru, Aktivite Skoru, Etki Skoru ve Solunum Skoru Puanları Üzerindeki Etkisine Yönelik Çoklu Regresyon Analizi	69

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Şekil Adı	Sayfa No
Şekil 1	KOAH'ta postbronkodilatör FEV ₁ değerine dayalı hava akımı kısıtlanmasının sınıflaması (FEV ₁ /FVC <0,70 olan hastalarda) KOAH Sınıflandırması. GOLD Report, 2021.	15
Şekil 2	Nefes darlığının şiddetini değerlendiren mMRC dispne skalası	16
Şekil 3	KOAH değerlendirme testi "CAT"	16
Şekil 4	2014 GOLD Raporuna Göre KOAH Şiddetinin Değerlendirilmesi	17
Şekil 5	KOAH birleşik ABCD Değerlendirme	17

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) olarak da bilinen kronik hastalıklar önlenebilir olmasına rağmen her yıl 41 milyon insan kronik hastalıklar nedeni ile hayatını kaybetmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), BOH'dan kaynaklı tüm erken ölümlerin %80'inden fazlasının başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere, kanserler, solunum yolu hastalıkları ve diyabet nedeniyle olduğunu bildirmiştir (DSÖ, 2022). Kronik solunum hastalıkları içerisinde yer alan kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) küresel olarak üçüncü önde gelen ölüm nedenidir (GOLD, 2021). Dünyada 300 milyon KOAH vakası olduğu bilinmektedir (FIRS, 2021). Dünya Sağlık Örgütü, 2019 yılında KOAH nedeni ile 3,23 milyon insanın öldüğünü ve ölümlerin çoğunun düşük ve orta gelirli ülkelerde olduğunu bildirmiştir (DSÖ, 2022).

Türkiye İstatistik Kurumu ülkemizde ölüme neden olan hastalıklar içerisinde dolaşım sistemi hastalıkları (%36,8), tümörler (%18,4) ve solunum sistemi hastalıklarının (%12,9) ilk üç sırada yer aldığını raporlandırmıştır (TÜİK, 2019). Ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer alan solunum sistemi hastalıklarının %61,5'i KOAH nedeniyledir (SB, 2018). KOAH görülme sıklığının önümüzdeki 40 yılda daha fazla olacağı ve KOAH'a bağlı ölümlerin 2060 yılında 5,4 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (GOLD, 2022). KOAH'ın artan yükü (prevalans, mortalite, morbidite, ekonomik ve sosyal yük) KOAH'ın yönetimini sağlamayı etkileyebilecek durumların belirlenmesi ve bu faktörlere yönelik çözüm önerilerinin sunulmasının önemini ortaya koymaktadır.

KOAH ve etkileri ile baş etme sürecini yönetemeyen bireyler fiziksel, sosyal ve psikolojik birçok sorunla hayat boyu mücadele etmektedir. Oluşan bu sorunlar birçok komplikasyonu da beraberinde getirmekte ve hastalığın şiddetini arttırmaktadır. Bu nedenle KOAH'lı bireylerin fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Yenilmez vd., 2018). Bununla birlikte ilaç uyumunu sağlayamayan, risk faktörlerine maruziyeti devam eden KOAH'lı bireylerde evre ilerledikçe tekrarlayıcı ataklar görülür (Efil vd., 2020; Efil ve Türen, 2021). Oluşan birçok komplikasyon nedeni ile tekrarlayan

hastaneye yatışlar bireylerin normal günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme işlevini önemli ölçüde azaltır (Karasu ve Aylaz, 2020; Lee, vd., 2018), sosyal ve ekonomik kayıpları arttırır (TÜHKE, 2020; Zhu, vd., 2019; Perez-Padilla ve Menezes, 2019). Hastalığın kronik seyri ve oluşan komplikasyonların yönetilebilmesi için sürdürülebilir tedavi, bakım ve takip süreci önerilmektedir (Efil vd., 2020; Karasu ve Aylaz, 2020).

Yaşamı tehdit eden komplikasyonlar hastalığın kontrolünü sağlamayı güçleştiren kritik bir engeldir. Bu nedenle KOAH'ın yönetiminde tedavi önemli bir yere sahiptir (GOLD, 2021). Semptom yönetimini sağlayamayan KOAH'lı bireylerde yaşam kalitesi kötüleşir (Aldan, 2019; Ahmed vd., 2016; Efil vd., 2020) ve ilaca uyum sağlamada güçlük yaşanır (Helvacı vd., 2020; Klijn, vd., 2017; Efil vd., 2020). İlaça uyum sağlanması KOAH'ı olan bireylerde sağlık çıktılarının iyileşmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılması ve yaşam kalitesi için önemlidir (Agh vd., 2015; Brandstetter vd., 2017; Duarte-de-Araújo, vd., 2020; Efil vd., 2020; Humenberger vd., 2018; Jarab ve Mukattash, 2019; Molimard, vd., 2017).

KOAH'da etkili bir öz yönetim için fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra hastaların psikososyal ihtiyaçları da ele alınmalıdır (Russell, vd., 2018). Yaşadıkları sağlık sorunları ile baş edemeyen KOAH'lı bireyler anksiyete yaşarlar ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenir (Başkan vd., 2021). Ayrıca hastalıkları ile mücadele etmeye yönelik güvenleri azalır ve sosyal desteğe ihtiyaç duyarlar (Gardener vd., 2018; Russell, vd., 2018; Parlak ve Efil, 2022). KOAH'ı olan bireylerde hastalığın şiddeti arttıkça sosyal desteğin azaldığı (Kuzulu, vd., 2017), azalan sosyal desteğin hastaların fonksiyonel kapasitelerinin azalmasına sebep olduğu, fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan olumsuz etkilediği bilinmektedir (Aldan, 2019; Karagülle ve Can Çiçek, 2020; Kuzulu, vd., 2017; Arabyat ve Raisch 2019). Sosyal desteğin iyi düzeyde olması KOAH olan bireylerin yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik çözüm sağlayabilmeleri için önemlidir (Lenferik, vd., 2018; Sarı, 2020).

Literatürde KOAH olan bireylerde yaşam kalitesi (Ahmed, vd., 2016; Görüş, vd., 2013; Gökçek, vd., 2019; Yenilmez, vd., 2018), ilaç uyumu (Efil, vd., 2020; Jarab ve Mukattash, 2019; Montes de Oca, vd., 2017); sosyal destek ve ilaç uyumu (Molaoğlu ve Yanmış, 2018), sosyal destek ve öz bakım yönetimi (Chen, vd., 2017; Lenferik, vd., 2018); sosyal destek ve yaşam kalitesi (Arabyat ve Raisch, 2019; Turnier vd., 2021); semptom yükü, ilaç uyumu ve spiritüel iyi oluş hali (Helvacı, vd., 2020) ile ilgili çalışmalar

bulunmaktadır. KOAH'ın artan yükü (GOLD, 2021), sosyal desteğin kronik hastalığın yönetimindeki önemi (Barutcu ve Mert, 2013; Lenferik, vd., 2018) dikkate alındığında algılanan sosyal destek, sosyal destek ile ilişkili faktörler ve sosyal destek algısını olumsuz etkileyebilecek durumları belirlemek önemini korumaktadır. Bildiğimiz kadarıyla literatürde KOAH olan bireylerde sosyal desteğin ilaç uyumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri eş zamanlı olarak inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle, KOAH'ı olan bireylerde algılanan sosyal desteğin ilaç uyumu ve yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemenin önemli olduğu düşünüldü. Araştırmadan elde edilen sonuçlar, bu üç değişkeni bir arada incelemeye imkân sağlayacaktır. Aynı zamanda elde edilen veriler ışığında algılanan sosyal destek ve ilişkili olan değişkenleri etkileyebilecek faktörlere yönelik çözüm önerilerinin sunulması literatüre katkı sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı: Bu çalışmada KOAH olan bireylerde algılanan sosyal desteğin ilaç uyumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları:

- KOAH olan bireylerin sosyo-demografik, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri nelerdir?
- KOAH olan bireylerin algıladıkları sosyal destek ne düzeydedir?
- KOAH olan bireylerde ilaç uyumu nasıldır?
- KOAH olan bireylerde yaşam kalitesi ne düzeydedir?
- KOAH olan bireylerde sosyo-demografik, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ile algılanan sosyal destek arasında ilişki var mıdır?
- KOAH olan bireylerde sosyo-demografik, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ile ilaç uyumu arasında ilişki var mıdır?
- KOAH olan bireylerde sosyo-demografik, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ile yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?
- KOAH olan bireylerde algılanan sosyal desteğin ilaç uyumu ve yaşam kalitesi ile ilişkisi var mıdır?

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. KOAH'ın Tanımı

KOAH prognozu ve biyolojik olarak birden fazla bileşenin içerisinde yer aldığı dinamik, giderek artmaya devam eden ve hayat boyu süren çeşitli genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal birçok risk faktörü sonucunda oluşan, her bir hastaya özgü değişiklik gösterebilen kronik bir solunum sistemi hastalığıdır (TTD, 2021). KOAH çoğunlukla zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyet ve anormal akciğer gelişimini de barındıran konakçı faktörlerden kaynaklanan kronik bir hastalıktır. KOAH olan bireylerde hava akımı kısıtlılığı ve geçici olmayan solunumsal belirtiler hava yolu ve/veya alveoller bozulmalar nedeniyle kendini gösterir (GOLD, 2021).

2.2. KOAH'ta Görülen Semptomlar

KOAH varlığında hava akımı kısıtlılığı, ekspirasyon süresinde uzama, hava hapsi, gaz değişiminde bozulma, siliyer fonksiyonda bozulma nedeni ile KOAH'ta bireylerin aktif yaşam sürmelerini engelleyen birçok sorun ile (artan sekresyon, kronik şiddetlenen dispne, öksürük, wheezing, egzersiz kapasitesinde azalma, hipoksemi, hiperkapni, kilo kaybı ve depresyon) mücadele etmek zorunda kalmaktadır (Başyigit, 2010; Efil, 2018; Efil ve Türen, 2021; Gulanick ve Myers, 2014). KOAH'ta evre ilerledikçe pulmoner hipertansiyon, korpulmonale ve sistemik bulgular eşlik etmekte (Efil ve Türen, 2021), hastalarda risk faktörü olan partiküllere maruziyetin devam etmesi ve solunum yolu enfeksiyonu kaynaklı KOAH alevlenmesi görülebilmektedir (TÜHKE, 2020).

2.2.1. Dispne

Kısıtlı fiziksel aktivite, artan anksiyete ve depresyon, azalmış sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve azalmış sağkalım ile ilişkili olan KOAH'da dispne önemli bir semptomdur (Anzuetto ve Miravitlles, 2017). KOAH olan bireyler dispneyi nefes almada zorluk, göğüsde oluşan ağırlık hissi, hava açlığı ya da nefes nefese olma hali olarak ifade etmektedirler. KOAH olan birey ve kültürel özelliklerine göre yaşadıkları solunum güçlüğüne ifade etme

şekilleri değişebilmektedir. Nefes darlığının şiddetinin belirlenmesinde genellikle Modified Medical Research Council (Modifiye Tıbbi Araştırmalar Konseyi, mMRC) skalası kullanılmaktadır (GOLD, 2021).

2.2.2. Öksürük

KOAH olan bireyler en sık nefes darlığı ve öksürük varlığından şikâyet eder ve bunların ikisi de alevlenmeler sırasında artış gösteren semptomlardır (Smith ve Woodcock, 2006). Öksürük hasta tarafından sigara gibi zararlı partiküllere maruziyet ile ilgili beklenen sıradan bir durum olarak düşünüldüğü için önemsenmemektedir. Sigara içmenin ve/veya çevresel maruziyetin sonucu oluşan öksürük şikâyeti başlangıçta aralıklı olurken, hastalığın evresi ilerledikçe daha sık görülmektedir (GOLD, 2021). Bazı hastalarda öksürük görülmeden de belirgin hava yolu obstrüksiyonu bulguları görülebilir (Özer ve Çıray, 2019).

2.2.3. Balgam

KOAH olan bireylerde sıklıkla öksürüğe eşlik eden balgam görülmektedir. KOAH şiddeti arttıkça hastalarda sekresyonları atmada zorluk, kronik ve ilerleyici solunum güçlüğü, öksürük ve wheezing görülür. Yoğun miktarda görülen balgam altta yatan bir bronşektazi kaynaklı olabilir. Balgamın sarı ve yeşil renkte olması hava yolu inflamasyonunun arttığını göstermektedir (GOLD, 2021).

2.2.4. Wheezing ve Göğüste Sıkışma

KOAH'lı bireylerde hava yolu obstrüksiyonu ile ilişkili olan wheezing görülmektedir. Wheezing, ıslık ve ötme şeklindedir. Akciğer seslerinin oskültasyonu ile yaygın ekspiratuvar ve inspiratuvar ronküs duyulabilir. KOAH'lı bireyler bir aktivite sonrasında sıklıkla göğüste daralma veya sıkışma yaşadıklarını belirtirler (Efil, 2018; Efil ve Türen, 2021; TTD, 2021).

2.2.5. Diğer Semptomlar ve Komorbiditeler

Ağır ve çok ağır evre KOAH'ta hastalığın yönetimi daha zor hale gelmektedir. KOAH'lı bireyler fizyolojik, psikolojik ve sosyal birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar. KOAH'ta evre ilerledikçe prognozu olumsuz etkileyebilecek olan yorgunluk, kilo kaybı, kas kaybı ve anoreksi görülebilecek önemli sorunlardır. Homeostazisi sürdürmek için doku düzeyinde gerekli olan oksijenin yetersiz kalması olarak ifade edilen hipoksi görülebilmekte, hipoksi varlığı solunum çabasının artmasına ve yorgunluğa neden olabilmektedir. Uzun süren öksürük nöbetlerinde intratorasik basınçtaki hızlı artış senkop gelişmesine neden olabilir. Eşlik eden korpulmonale varlığında ayak bileğinde ödem görülür. Bununla birlikte anksiyete, depresyon görülebilmektedir (Efil ve Türen, 2021; GOLD, 2021).

Kilo kaybı, iskelet kası güçsüzlüğü, miyokard enfarktüsü, osteoporoz, solunum yolu enfeksiyonu, depresyon, diyabet, metabolik sendrom, uyku hastalıkları, akciğer kanseri KOAH'a eşlik eden komorbiditelerdir (TÜHKE, 2020). KOAH'da görülen komorbiditeler, mortalite ve morbiditeyi etkileyebilir (TTD, 2021; Sarı, vd., 2022). Kore'de yapılan beş yıllık bir kohort çalışmasında KOAH olan bireylerde ölüm nedenlerine bakıldığında kronik alt solunum yolu hastalığı, akciğer kanseri, kardiyovasküler hastalık ve serebrovasküler hastalığın ilk dört sırada yer aldığı saptanmıştır (Park, vd., 2019). KOAH'a eşlik eden komorbiditeler hastaneye yatış veya alevlenme riskini artırabilir, prognozu kötüleştirebilir, morbiditeyi artırabilir, tedaviye uyumu güçleştirir. Aynı zamanda hasta ve ailesi için daha fazla sağlık hizmeti kullanımı nedeni ile yük oluşturabilir (Yawn ve Kim, 2018).

2.3. KOAH'ın Epidemiyolojisi

Tüm dünyada önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olan KOAH küresel bir sağlık sorunudur. Gelecek 40 yılda KOAH'ın görülme sıklığı, sosyal ve ekonomik yükünün daha da artacağı öngörülmektedir (GOLD, 2021). 2019 yılı Küresel Hastalık Yüğü Çalışması 74,4 milyon küresel DALY (erken ölümler ve sakatlıklar nedeniyle kaybedilen yılların toplamı) ve toplam kronik solunum yolu hastalığı DALY'lerinin %71,9'u KOAH kaynaklı olduğunu bildirmiştir (GBD, 2020). KOAH, dünya genelinde iskemik kalp hastalığı ve kanserlerden sonra üçüncü önde gelen ölüm nedenidir. 70 yaşın altındaki KOAH ölümlerinin yaklaşık %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir (DSÖ, 2022).

2.3.1. Dünyada KOAH'ın Epidemiyolojisi

2016 yılı DSÖ Küresel Hastalık Yükü çalışmasında dünya genelinde 251 milyon KOAH vakası olduğu bildirilmiştir (DSÖ, 2022). Günümüzde dünya genelinde görülen KOAH vakası (300 milyon) daha fazladır (FIRS, 2021). 2011 yılı Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yükü (Burden of Obstructive Lung Disease, BOLD) çalışmasında KOAH prevalansı Evre I hariç diğer evreler için %10,1 bulunmuştur (erkek %11,8, kadın %8,5) (GOLD, 2021).

2019 yılı Küresel Hastalık Yükü Çalışması'na göre KOAH'ın altıncı sırada DALY, yedinci sırada YLL (erken ölümler nedeniyle kaybedilen yıllar, Years Life Lost) ve ondüzdüncü sırada YLD (maluliyet/sakatlık nedeniyle kaybedilen yıllar, Years Life Disabled) nedenleri arasında olduğu bildirilmiştir (GBD, 2020). Amerika Birleşik Devletleri'nde KOAH, önde gelen DALY nedenleri arasında iskemik kalp hastalığından sonra ikinci sıradadır (GOLD, 2022).

Ntritsos ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında KOAH prevalansı erkeklerde %9,2 ve kadınlarda %6,2 olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada da bronkodilatör sonrası KOAH prevalansının %12,16 olduğu, KOAH'ın küresel prevalansının erkeklerde kadınlara göre yaklaşık %5 daha fazla olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada Evre I'de olduğu bildirilen KOAH vakası çoğunluktadır (Varmaghani, vd., 2019).

Çin'de KOAH'ın hastalık yükünü değerlendirmek amacıyla yapılan sistematik bir incelemede, Çin genelinde KOAH prevalansının %1,20 ile %8,87 arasında değiştiği, görülme sıklığının erkeklerde (%7,76) kadınlara (%4,07) göre daha yüksek olduğu, kırsal alanlarda (%7,62) kentsel alanlara göre (%6,09) daha yaygın görüldüğü saptanmıştır (Zhu, vd., 2019). KOAH'ın küresel, bölgesel ve ulusal prevalansının incelendiği başka bir çalışmada; KOAH'ın tahmini prevalansının genellikle ilerleyen yaşla birlikte arttığı, bölgelere göre değişmekle birlikte erkeklerde kadınlara göre daha yüksek seyrettiği belirlenmiştir (Adeloye, vd., 2022).

2008-2013 yılları arasında Kore'de KOAH'ın uzun vadeli mortalitesini gösteren popülasyona dayalı bir çalışmada beş yıllık süre zarfında 14.127 kişinin KOAH tanısı aldığı ve KOAH hastalarının %26,2'sinin (3.695) öldüğü belirlenmiştir. KOAH hastalarının 5 yıllık mortalitesinin %25,4 (erkek %29,9, kadın %19,1) olduğu, ölüm oranının yaşla birlikte hızla arttığı bulunmuştur (Park, vd., 2019). Amerikan Akciğer Birliği 2018 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde 156.045 kişinin KOAH'tan öldüğünü, KOAH ölümlerinin %86'sının 65 yaş ve üzerinde görüldüğünü bildirmiştir (ALA, 2018).

2.3.2. Türkiye'de KOAH'ın Epidemiyolojisi

Kocabaş ve arkadaşları tarafından yapılan BOLD çalışmasında Adana'da yaşayan 40 yaş üstü bireylerde KOAH prevalansı %19,1 olduğu belirlenmiştir (Kocabaş, vd., 2006). Malatya'nın kentsel ve kırsal bölgelerinden rastgele seçilen bir popülasyonda (1160 katılımcı) KOAH prevalansını değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada KOAH prevalansının %6,9 olduğu ve erkeklerde kadınlara göre daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Güven, vd., 2008).

Elazığ'ın kentsel ve kırsal alanlarında KOAH prevalansını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada KOAH prevalansının %4,5 olduğu, KOAH vakalarının çoğunluğunun Evre I ve II'de olduğu, yaşlılar ve sigara içenler arasında daha yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir (Deveci, vd., 2011). Kocaeli ilinde yaşayan 40 yaş ve üzeri bireylerde KOAH prevalansını belirlemek amacı ile yapılan bir çalışmada, KOAH prevalansının 13,3 olduğu, erkeklerde (%16,5) kadınlara (%8,7) göre görülme oranının fazla olduğu bulunmuştur (Arslan, vd., 2013).

2015 yılında Zonguldak ilinde yapılan bir çalışmada, KOAH prevalansının 40 yaş ve üstü bireylerde %14,1 (erkek %19,3, kadın %9,8) olduğu ve Evre 2'de (%58,8) olanların daha fazla olduğu saptanmıştır (Örnek, vd., 2015). Türkiye'de yapılan popülasyon temelli epidemiyolojik bir çalışmada 2016 yılında ülkemizde 3.344.262 KOAH vakası olduğu, %56,2'sinin erkek olduğu ve en yüksek orana sahip KOAH prevalansının Karadeniz bölgesinde (%7,65) olduğu bulunmuştur (Özdemir, vd., 2020).

Türkiye’de 2008-2013 yılları arasında yoğun bakım ünitesinde tedavi gören KOAH hastalarının klinik sonuçlarını ve mortalite analizini inceleyen bir çalışmada, mortalite oranının %44,64 olduğu belirlenmiştir (Osman Kılınç, vd., 2016). Özdemir ve arkadaşları, Türkiye’de 2012-2016 yılları arasında KOAH prevalansının %35,0 arttığını, KOAH insidansının %26,6 azaldığını ve KOAH’lı bireylerin genel tüm nedenlere bağlı ölüm oranının %4,2 olduğunu saptamışlardır (Özdemir, vd., 2020).

KOAH alevlenmesi ile hastaneye yatışı olan hastalarda mortaliteyi etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan başka bir çalışmada KOAH'ta kısa ve uzun dönem mortalitenin özellikle akciğer karsinomu ve hipokseminin gösterdiği solunum yetersizliği ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Sarı, vd., 2022). Türkiye’de ölüme neden olan hastalıkların içerisinde yer alan solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin çoğu (%61,5) KOAH kaynaklıdır (SB, 2018). Ülkemizde 2000 yılında ilk 20 sırada yer alan DALY nedenleri arasında KOAH sekizinci sırada yer alırken, 2013’te üçüncü sırada yer almaktadır (TÜHKE, 2020).

2.4. KOAH’ta Risk Faktörleri

Kronik obstrüktif akciğer hastalığına neden olan risk faktörlerini belirlemek önleyici yaklaşımların uygulanmasında, KOAH’ın artan prevalans, morbidite ve mortalite yükünün azaltılmasında önemlidir (TÜHKE, 2020). KOAH’a neden olan risk faktörleri;

2.4.1. Genetik faktörler

KOAH’nın riskinin artması sigara veya tütün kullanımından güçlü bir şekilde etkilenmesine karşın, KOAH duyarlılığının genetik belirleyicilerinin belirlenmesinde uzun süredir eğilim bulunmaktadır. KOAH, gelişimsel bağlamda hareket eden genetik ve çevresel birçok faktörden etkilenen kompleks bir hastalıktır (Silverman, 2020). Alfa-1 antitripsin (AAT; proteaz enzim inhibitörü) eksikliği olan bireylerde sigara içimi ve diğer çevresel maruziyetlerin olması KOAH gelişimi için bir risktir. Matriks metalloproteinler, Glutatyon S-transferazlarında KOAH riski veya akciğer fonksiyonunda azalma ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (GOLD, 2022).

2.4.2. Yaş

KOAH çoğunlukla bireyin risk faktörlerine uzun süre maruziyeti sonucunda oluşur. Hem sigara içenlerde hem de hiç sigara içmeyenlerde yaşla birlikte KOAH prevalansı artmaktadır (Adeloye, vd., 2022; Huang, vd., 2019). Yaşlanma ile birlikte akciğer fonksiyonlarındaki azalma, oksidatif strese sebep olarak DNA'da hasar meydana getiren sigara kullanımı, biyokütle dumanı gibi çevresel kirlilik maruziyeti ve mesleki maruziyet KOAH'a ve ilerlemesine neden olmaktadır (Keskin ve Başkurt, 2021; Raheison ve Girodet, 2009). Ayrıca literatürde KOAH'lı bireylerde yaşla birlikte ölüm görülme oranının arttığı bildirilmiştir (Park, vd., 2019, ALA, 2018).

2.4.3. Cinsiyet

Sigara içimi ve mesleki maruziyet kadınlara oranla erkeklerde KOAH prevalansı ve mortaliteyi arttırmaktadır (GOLD, 2022). Yapılan çalışmalarda KOAH prevalansının erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Adeloye ve ark., 2022; Arslan, vd., 2013; Günen, vd., 2008; Ntritsos, vd., 2018; Örnek, vd., 2015; Varmaghani, vd., 2019; Zhu, vd., 2019). Gut-Gobert ve arkadaşları, kadınlarda KOAH'ın önemli bir halk sağlığı sorunu olduğuna, cinsiyetler arasında hastaneye başvuru nedenlerinin farklı olmasının kadınlarda KOAH tanısının daha geç konulması ile ilişkili olabileceğine dikkat çekmektedir. KOAH için önemli bir risk faktörü olan sigara kullanımı kadınlarda artmaktadır (Gut-Gobert, vd., 2019).

Özdemir ve arkadaşları, 2012 ve 2016 yılları arasında erkek (%37) ve kadınlarda (%38) KOAH tanısı alma oranındaki artışı benzer oranda bulmuşlardır (Özdemir, vd., 2020). Amerikan Akciğer Birliği (American Lung Association) kadınlarda erkeklerden daha fazla KOAH kaynaklı ölüm olduğunu (82.158'e karşı 73.887), kadın nüfusunun erkek nüfusundan fazla olması nedeni ile KOAH ölüm oranının erkeklerde daha yüksek (42.9'a karşı 100.000'de 35,8) olduğunu bildirmiştir (ALA, 2018).

2.4.4. Tütün/Sigara Kullanımı

Sanayileşmiş ve gelişmiş ülkelerde, KOAH ile ilişkili en yaygın maruziyet aktif tütün içimidir (GOLD, 2021). Tütün kullanımı KOAH için önde gelen çevresel risk faktörü olmakla birlikte KOAH ile ilişkili ölümlerinin %80'inden sorumludur. Bu nedenle tütünün/sigara içiminin bırakılması KOAH'ın önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Criner ve Han, 2018).

Sigara kullanımının azalması KOAH prevalansında düşmeye neden olur (Backman, vd., 2020). Örnek ve arkadaşları, Zonguldak'ta yaşayan KOAH'lı bireylerde en sık görülen risk faktörünün sigara (%80,9) olduğunu, biyomass maruziyeti, mesleki maruziyetler ve pasif sigara içiciliğinin diğer risk faktörleri arasında yer aldığını belirlemişlerdir (Örnek, vd., 2015). KOAH'ın şiddetini sigara içiminin süresi ve miktarı etkilemektedir. Pasif tütün dumanına maruziyet akciğerin toplam inhale edilen partikül ve gaz yükünü artırarak, solunumla ilgili problemlere ve KOAH'a neden olabilmektedir (TTD, 2021; Adeloye ve ark., 2022).

2.4.5. Mesleki ve Çevresel Faktörler

Kimyasal partiküllere mesleki maruziyet nedeniyle KOAH gelişme riskinin arttığı bilinmektedir. Yapılan bir kohort çalışmasında, solunabilir kristal silika, alçı ve yalıtım malzemesine, dizel egzozuna maruz kalan erkeklerde; toprak, deri, plastik, is/duman, hayvansal, tekstil ürünü, un gibi çeşitli organik partiküllere yüksek oranda maruz kalan kadınlarda KOAH riskinde artış olduğu belirlenmiştir (Grah, vd., 2021).

Yüksek dozda pestisit solunmasına maruz kalan bireylerde solunum semptomları, hava yolu tıkanıklığı ve KOAH görülme sıklığı daha yüksektir. Odun, hayvan gübresi, mahsül artıkları ve kömürün açık ateşte veya kötü fonksiyonlu sobalarda yakılması çok yüksek düzeyde iç ortam kirliliğine neden olabilir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde organik yakıtlardan kaynaklanan iç ortam kirliliği KOAH'a neden olmaktadır. Fabrikalar, üretim tesisi, çiftlik gibi iş yerlerinde organik ve inorganik tozlara, kimyasal ajan ve buhara uzun süre maruziyet KOAH için önemli risk faktörleridir (TTD, 2021; Adeloye ve ark., 2022).

2.4.6. Akciğer Büyüme ve Gelişmesi

KOAH'a neden olan genetik ve çevresel faktörler ve bunların karşılıklı etkileşimi, erken akciğer gelişimini etkileyebilir (Huang, vd., 2019). Akciğerin büyüme ve gelişmesindeki normal süreci olumsuz etkileyebilecek durumlar akciğer fonksiyonlarında hızlı kayıplara neden olur. Oluşan kayıplar KOAH için risk faktörüdür (GOLD, 2022).

2.4.7. Diğer Risk Faktörleri

KOAH'a eşlik eden komorbiditeler hastaneye yatış riskini, mortaliteyi ve ekonomik yükü artırmaktadır. Astım, hava akım kısıtlılığına ve KOAH'a neden olabilmektedir. Genç yetişkinlerde kronik bronşit varlığı ve sigara içimi KOAH gelişme riskini arttırmaktadır. Nedeni açık olmamakla birlikte iç ve dış ortam kirliliğine maruz kalma, kötü beslenme, enfeksiyon (Tüberküloz ve HIV) gibi düşük sosyoekonomik durum ile ilişkili gelişen faktörler KOAH gelişimi için risk oluşturmaktadır. Çocukluk döneminde ağır solunumsal enfeksiyon geçirilmiş olması, yetişkinlik döneminde akciğer fonksiyonlarında azalma artan solunumsal belirti ve bulgular için risk oluşturmaktadır (GOLD, 2022).

2.5. KOAH'ın Fizyopatolojisi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, dispne, öksürük, wheezing ve sekresyona yol açan ilerleyici akciğer hasarını içeren yaygın bir kronik solunum hastalığıdır. KOAH'ın gelişimi ve ilerlemesine neden olan risk faktörlerinin çoğu (sigara içimi, ileri yaş gibi), hastalığın prognozunu etkileyen komorbiditelerin de nedenleri arasındadır. Hava akımı kısıtlılığı ve hiperinflasyon nedeni ile kardiyak fonksiyonlarda ve gaz değişiminde bozulma oluşur. Ayrıca dolaşımdaki enflamatuvar mediyatörler hastalarda iskelet kas yıkımı ve kaşeksiye neden olabilir. Bununla birlikte prognozun kötüleşmesine neden olan birçok komorbidite (iskemik kalp hastalığı, kalp yetersizliği, osteoporoz, normositik anemi, diyabet ve metabolik sendrom gibi) gelişir (GOLD, 2021; TTD, 2021).

KOAH'ta periferik hava yollarının inflamasyonu ve hava akımı kısıtlanması, FEV₁'in (Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm) azalmasına neden olur. Sigara içimi hava yollarındaki inflamasyonun nedenidir. Akciğerlerin toksik olan partiküllere maruziyeti,

akciğerlere artan makrofaj ve nötrofil infiltrasyonu ile enflamatuvar bir yanıtı yol açar. İnflamasyonun şiddeti, hava yolunda fibrozis gelişimi, sekresyonların veya eksüdaların varlığına bağlı olarak hava akımı kısıtlılığı değişebilir. Periferik hava yolu kısıtlılığı ekspirasyon sırasında hava hapsi ve hiperinflasyon ile sonuçlanır. Hastalarda eforla birlikte artan dispne, egzersiz kapasitesinde azalma görülür. Hiperinflasyonun hastalığın erken döneminde geliştiği ve efor dispnesinin temel nedeni olduğu düşünülmektedir (GOLD, 2021; TTD, 2021).

Gaz değişiminde bozulma ventilasyonda/perfüzyon oranının (V/Q) değişimi, alveolar yapının ve pulmoner vasküler yatağın kaybının bir sonucudur (Bourdin, vd., 2009; MacNee, 2006). KOAH'ın şiddeti arttıkça gaz değişiminde bozulma artar, hipoksemi ve hiperkapni ile sonuçlanır. Artan ölü boşluk ventilasyonu nedeni ile ventilasyon azalır. Oluşan hava akımı kısıtlılığı nedeniyle solunum çabasında artış söz konusudur. Ventilasyonda azalma, solunum kasları fonksiyonunda bozulma ve hiperinflasyon nedeniyle karbondioksit retansiyonu gelişir. Alveolar ventilasyondaki anormallikler ve azalmış pulmoner vasküler yatak, V/Q oranındaki değişimi kritik hale getirir (GOLD, 2021; TTD, 2021).

Kronik prodüktif öksürük ile sonuçlanan aşırı mukus salgılanması, kronik bronşitin bir özelliğidir. Mukus hipersekresyonu, hem sigara dumanı hem de diğer zararlı partiküller tarafından kronik hava yolu tahrişi nedeniyle artan sayıda goblet hücreleri ve genişlemiş submukozal bezlerden kaynaklanır (Efil, vd., 2020; Efil ve Türen, 2021; TTD, 2021). Siliyer fonksiyonlarında bozulma nedeni ile oluşan sekresyonlar ve etkin olmayan öksürük hava yolu açıklığında yetersizliğin nedenleridir (Gundry, 2019).

KOAH'ın ileri evrelerinde görülen pulmoner hipertansiyon, küçük pulmoner arterlerin hipoksik vazokonstriksiyonundan kaynaklanır. Hafif KOAH'ta veya amfizeme duyarlı sigara içenlerde, hastalığın ilerlemesi ile kritik hale gelen pulmoner mikrovasküler kan akımında bozulma vardır. Hava akımı kısıtlılığına hem küçük hava yolu hastalığı (obstrüktif bronşiyolit) hem de parankimal yıkımın (amfizem) bir kombinasyonu neden olur. Amfizeme bağlı parankimal yıkım hava akımı kısıtlılığına katkıda bulunur ve gaz değişiminde bozulmaya yol açar. Progresif pulmoner hipertansiyon, sağ ventrikül hipertrofisine ve sağ kalp yetersizliğine yol açabilir (GOLD, 2021; TTD, 2021).

Viral veya bakteriyel solunum yolu enfeksiyonları, KOAH alevlenmesinin başlıca nedenleridir (Ko, vd., 2016). Alevlenmeler sırasında, ekspiratuvar hava akımının azalmasıyla birlikte artan hiperinflasyon ve hava hapsi gelişir. Hastalarda artan bir dispne varlığı söz konusudur. Ventilasyonda/perfüzyon oranında bozulma hipoksemi ile sonuçlanır (GOLD, 2021; TTD, 2021).

2.6. KOAH'ın Tanı ve Sınıflandırması

KOAH pulmoner ve ekstrapulmoner özellikleri olan heterojen bir sendrom olarak da tanımlanmaktadır. KOAH tanısı, bronkodilatör sonrası spirometri ile kronik hava akımı kısıtlılığının değerlendirilmesi esasına dayanır (Lange, vd., 2016). Hastada var olan sorunların tespiti, KOAH'ın tanısı ve şiddeti belirlemek için sağlığın değerlendirilmesi, anamnez, fizik muayene, spirometrik değerlendirme ve radyografik görüntüleme yapılmaktadır. Solunum güçlüğü, uzun süredir devam eden öksürük ve sekresyon şikâyeti olan ve/veya risk faktörlerine maruziyeti olan kırk yaş ve üzeri bireylerde KOAH'tan şüphelenildiği için spirometrik değerlendirme yapılır. Bu değerlendirmede bronkodilatör sonrası FEV₁/FVC'ye (1. saniyedeki zorlu ekspiratuvar hacmin/zorlu vital kapasiteye) oranı %70'in altında ise persistan hava akımı kısıtlılığı olarak yorumlanır. KOAH dört evrede sınıflandırılmaktadır (Şekil 1; GOLD, 2022; TTD, 2021).

Evre	Spirometri (Bronkodilatör sonrası)
Evre 1: Hafif	FEV ₁ ≥ %80 (beklenenin)
Evre 2: Orta	%50 ≤ FEV ₁ < %80 (beklenenin)
Evre 3: Ağır	%30 ≤ FEV ₁ < %50 (beklenenin)
Evre 4: Çok Ağır	FEV ₁ < %30 (beklenenin)

Şekil 1. KOAH'ta postbronkodilatör FEV₁ değerine dayalı hava akımı kısıtlanmasının sınıflaması (FEV₁/FVC <0,70 olan hastalarda) KOAH Sınıflandırması. GOLD Report, 2021.

KOAH'ta semptomların değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan iki semptom ölçüsü vardır. Dispne, KOAH'ın en sık gözlenen belirtisidir. Nefes darlığının şiddetini değerlendirmek için mMRC dispne skalası kullanılır (Şekil 2). mMRC Dispne Skalası sadece dispne üzerine odaklanmış, dispneyi tanımlayan bazı fiziksel aktivitelerde hastanın hissettiklerinden oluşan beş maddeden oluşan kısa bir skaladır (GOLD, 2022; TTD, 2021).

KOAH Değerlendirme Testi (CAT) ise hastalığın günlük yaşama, sağlık durumuna etkilerini belirlemek için kullanılan diğer bir skaladır (Yorgancıoğlu, vd., 2012) (Şekil 3).

mMRC	
Derece 0	Sadece ağır egzersiz sırasında nefesim daralıyor.
Derece 1	Sadece düz yolda hızlı yürüdüğümde ya da hafif yokuş çıkarken nefesim daralıyor.
Derece 2	Nefes darlığım nedeniyle düz yolda kendi yaşitlarımaya göre daha yavaş yürümek ya da ara ara durup dinlenmek zorunda kalıyorum.
Derece 3	Düz yolda 100 m veya birkaç dakika yürüdüktan sonra nefesim daralıyor ve duruyorum.
Derece 4	Nefes darlığım yüzünden evden çıkamıyorum veya giyinip soyunurken nefes darlığım oluyor

Şekil 2. Nefes darlığının şiddetini değerlendiren mMRC dispne skalası

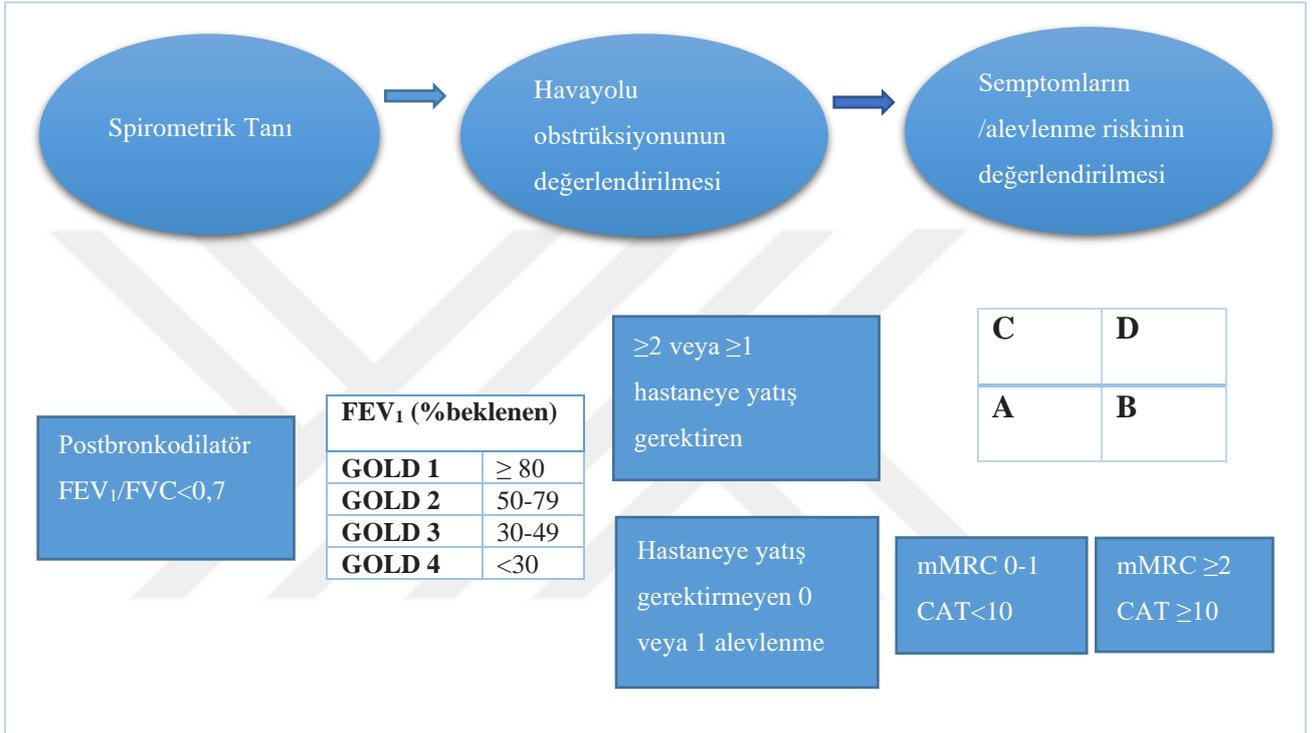
KOAH olan bireylerde semptomların değerlendirilmesi, alevlenme varlığı, hastaneye başvuru ve yatış sıklığının değerlendirilmesi hastalığın oluşturduğu morbidite yükünü belirlemede önemlidir. 2014 GOLD raporuna göre, KOAH şiddetinin değerlendirilmesi Şekil 4’te yer almaktadır (GOLD, 2014). Yüksek riskte ve semptomları fazla olan bireylerde multidisipliner ekip yaklaşımı önemlidir. 2017 yılında GOLD KOAH birleşik değerlendirme sistemi güncellenmiştir (Şekil 5; GOLD, 2021; TTD, 2017; TTD, 2021; Patel, vd., 2019).

KOAH Değerlendirme Testi “CAT”		
Değerlendirilen parametreler	Derecelendirme	Değerlendirilen parametreler
Hiç öksürmüyorum.	0 1 2 3 4 5	Sürekli öksürüyorum.
Akciğerlerimde hiç balgam yok.	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerim tamamen balgam dolu.
Göğsümde hiç tıkanma/daralma hissetmiyorum.	0 1 2 3 4 5	Göğsümde çok daralma var.
Yokuş veya bir kat merdiven çıktığımda nefesim daralmıyor.	0 1 2 3 4 5	Yokuş veya bir kat merdiven çıktığımda nefesim çok daralıyor.
Evdeki hareketlerimde hiç zorlanmıyorum.	0 1 2 3 4 5	Evdeki hareketlerimde çok zorlanıyorum.
Akciğerlerimin durumuna rağmen evimden çıkmaya hiç çekinmiyorum.	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerimin durumuna rağmen evimden çıkmaya çekiniyorum.
Rahat uyuyorum.	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerimin durumu nedeniyle rahat uyuyamıyorum.
Kendimi çok güçlü/enerjik hissediyorum.	0 1 2 3 4 5	Kendimi hiç güçlü/enerjik hissetmiyorum.
	Toplam Skor	

Şekil 3. KOAH değerlendirme testi “CAT”

	Risk Durumu	Spirometrik Sınıflandırma	Alevlenme/ Yıl	CAT	mMRC
A Grubu	Düşük Risk, Az Semptom	GOLD 1-2	0-1	<10	0-1
B Grubu	Düşük Risk, Fazla Semptom	GOLD 1-2	0-1	≥10	≥2
C Grubu	Yüksek Risk, Az Semptom	GOLD 3-4	≥2	<10	0-1
D Grubu	Yüksek Risk, Fazla Semptom	GOLD 3-4	≥2	≥10	≥2

Şekil 4. 2014 GOLD Raporuna Göre KOAH Şiddetinin Değerlendirilmesi



Şekil 5. KOAH birleşik ABCD Değerlendirme

2.7. KOAH'ın Tedavisi

Önlenebilir olan KOAH ve etkilerinin yönetilememesi nedeni ile morbidite ve mortalite riski yüksektir. Küresel bir sağlık sorunu olan KOAH'ta yaşam kalitesi ve yaşam beklentisi büyük ölçüde azalmaktadır (Fazleen ve Wilkinson, 2020). Bu nedenle KOAH'ın gelişimini önlemeye yönelik yaklaşımlar önceliklidir. KOAH gelişiminin önlenmesinde KOAH'a yatkınlığı olan veya olmayan bireylerin herhangi bir olumsuz çevresel faktöre maruz kalması önlenmelidir. Çocuklukta tekrarlayan enfeksiyonlar, pasif dumana maruz kalma akciğer fonksiyonlarında azalmaya neden olabilir (Fazleen ve Wilkinson, 2020). Bu nedenle erken çocukluk dönemi akciğer fonksiyon taramasının yapılması, halka açık yerlerde sigara içmenin yasaklanması, solunum yolu enfeksiyonlarının önlenmesi, çevresel

risk faktörlerine maruziyetin değerlendirilmesi akciğer fonksiyon bozukluğuna ve KOAH gelişimine karşı etkili koruyucu önlemler arasında sayılabilir (Huang, vd., 2019).

KOAH olan bireylerde etkisiz sağlık yönetimi nedeni ile hastalık şiddeti artmakta ve KOAH alevlenmesi görülebilmektedir. Tedavide amaç hastalığın ilerlemesini önlemek, semptom yönetimini sağlamak, komplikasyonları önlemek ve sağlıklı ilişkili yaşam kalitesini iyileştirmektir. Ayrıca hastanın günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde gerçekleştirmesini sağlamak, egzersiz kapasitesini arttırmak, morbidite ve mortaliteyi önlemek tedavinin amaçları arasındadır (TÜHKE, 2020; GOLD, 2021).

2.7.1. KOAH'ın Tedavisinde Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar

Semptom yönetiminin sağlanamaması, tedaviye uyumda güçlük, hayati risk oluşturan tekrarlayıcı ataklar KOAH'ta önlenmesi gereken kritik sorunlardır. Bu sorunların yönetiminde hastaya özgü tedavi yaklaşımlarını içeren farmakolojik olmayan yaklaşımlar önemli bir yere sahiptir. KOAH ile mücadelede bireylerin hastalığın yönetimi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olması, öz yönetimini gerçekleştirebilmesi, sorunlara yönelik baş etme mekanizmalarını uygulayabilmesi gereklidir. Bu bağlamda sağlıklı yaşam davranışlarını kazandırmaya yönelik girişimler, risk faktörlerine maruziyeti önleme, sigara bırakma programları, pulmoner rehabilitasyon (PR), hasta ve aile eğitimi, uzun süreli oksijen tedavisi (USOT) gibi KOAH'ın tedavisinde farmakolojik olmayan yaklaşımlar sergilenmelidir (GOLD, 2022; TTD, 2017; TTD, 2021).

- **Risk faktörlerine maruziyetin önlenmesi:** KOAH olan bireylerde kendi kendine sağlığın yönetimi, sağlıklı yaşam davranışlarını kazanma ve sürdürebilme önemli bir yere sahiptir (Fazleen ve Wilkinson, 2020; TTD, 2021). Sigarayı bırakma ve PR KOAH'ın başarılı bir şekilde yönetilmesini kolaylaştırır (Yawn ve Kim, 2018). KOAH gelişme riskini arttıran mesleki maruziyetin yaşandığı iş yerlerinde inhale edilen zararlı toz, partikül ve gaz yükünü azaltmaya yönelik stratejiler uygulanmalıdır (GOLD, 2021). Solunum maruziyetini önlemek amacıyla, iş yerlerinin gerekli yasal kontrollerinin yapılması, bunun için gerekli alt yapının oluşturulması, riskli iş yerlerinde çalışan işçilere, endüstri yöneticilerine, sağlık çalışanlarına yönelik tekrarlayan eğitimler önemlidir. İş yerlerinde yeterli

havalandırma sistemleri bulunmasını zorunlu kılmak ve riskli iş kollarında çalışan işçileri respiratuvar koruyucu gereçleri kullanmaları konusunda bilgilendirmek ve bu alandaki denetimlerin yapılmasını sağlamak gereklidir (TTD, 2021; TÜHKE, 2020)

- **Pulmoner rehabilitasyon:** Pulmoner rehabilitasyon, KOAH'lı bir bireyin sağlığının kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini takiben, egzersiz eğitimi, kendi kendine yönetim eğitimi, beslenme danışmanlığı, psikolojik destek, mesleki terapi ve diğer tedavileri içeren hastaya özgü farmakolojik olmayan bir müdahaledir (Franssen, vd., 2019; TTD, 2021; GOLD, 2021). Ayrıca, semptomatik ve günlük yaşam aktivitesi azalmış tüm olgularda standart tedavi yaklaşımı olarak önerilen, multidisipliner ve kapsamlı bir tedavi yaklaşımıdır (SB, 2018; TÜHKE, 2020).

- **Hasta eğitimi:** KOAH ya da komorbiditeleri nedeni ile gelişebilecek bir veya birden fazla sorunun yönetimi, tedaviye uyumun sağlanması, iyi düzeyde bir yaşam kalitesi, mortalite ve morbiditenin azaltılmasında hasta eğitimi önemli bir yere sahiptir. Hasta eğitimi müdahalelerinde eğitim gereksinimleri belirlenmeli ve bu gereksinimler doğrultusunda eğitim süreci gerçekleştirilmelidir. Hasta eğitimi, yaşanan sağlık sorunlarının yönetimi, risk faktörlerine maruziyeti önleme (sigara içimini bırakma gibi), tedavilerin nasıl doğru ve güvenilir kullanılabileceği ile ilgili birçok konuyu içermektedir (COPD 2, 2020; TTD, 2021; GOLD, 2021). Hasta eğitimi sadece hastaya değil KOAH'lı bireyin ailesine veya bakım verenlerine de verilmelidir. Bir KOAH alevlenmesi meydana geldiğinde bu durumun nasıl tanınacağı ve nasıl yönetileceği konusunda destek olunmalıdır (Bouza, vd., 2020).

- **Uzun süreli oksijen tedavisi:** KOAH olan bireylerin tedavisinde nefes darlığını önlemek veya tedavi etmek yerine hipoksemiye düzeltmek amacıyla USOT kullanılmaktadır. Uzun süreli oksijen tedavisinin şiddetli istirahat hipoksemisi olan KOAH hastalarında sağkalımı iyileştirdiği bilinmektedir. Günde 15 saatten fazla oksijen konsantratörleri veya oksijen tüpü ile "USOT" uygulanabilmektedir. USOT'a uyum gösteren hastalarda hastaneye başvuru ve/veya hastane yatış azalmakta, sağ kalım artmaktadır (TTD, 2021; GOLD, 2021). Hasta güvenliği için evde USOT kullanımı, süresi, akım hızı kontrol edilmelidir (Bouza, vd., 2020).

Ayrıca oluşabilecek riskli durumların (yanma, patlama riski, ciltte tahriş, enfeksiyon, oksijen toksisitesi gibi) kontrolü ile ilgili eğitim verilmelidir (TTD, 2021).

2.7.2. KOAH'ın Tedavisinde Farmakolojik Yaklaşımlar

KOAH'ta semptom yönetimini sağlamaya yönelik tedavi yaklaşımı söz konusudur. Tedavide KOAH şiddeti ve alevlenme sıklığını azaltmak, komplikasyonların önlenmek veya iyileştirilmesini sağlamak, egzersiz kapasitesinin arttırmak, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini iyileştirmek amaçlanmaktadır. Ayrıca KOAH ve etkileri nedeni ile polikliniğe başvuru, acil servise başvuru ve hastaneye yatışı önlemek, mortaliteyi azaltmak önemlidir (GOLD, 2014; TTD, 2021). KOAH'ta farmakolojik tedavi yaklaşımları;

- **Bronkodilatörler:** KOAH'ın tedavisinde bronkodilatörler ilaçlar (beta-2 agonistler, antikolinergikler, teofilin) önemli bir yere sahiptir. Periferik hava yollarına etki eden bronkodilatörler hava hapsini azaltır, semptomları ve egzersiz kapasitesini iyileştirir (GOLD, 2021). Bronkodilatörlere bağlı hastalarda gelişebilecek yan etkilerin takibi önemlidir. Beta-2 agonistlere karşı akut metabolik komplikasyonlar (hiperglisemi, hipomagnezemi, hipokalemi), çarpıntı, baş ağrısı, bulantı, kusma ve tremor gelişebilir. Antikolinergik kullanan hastalarda ağız kuruluğu, inhalasyon sonrası ağızda metalik tat, konstipasyon, prostat şikayetlerinde artma, idrar güçlüğü görülebilir. Tedavisinde teofilin yer alan hastalarda toksisite riski olduğu için ilacın terapötik doz aralığı (10-20 mcg/ml) korunmalıdır. Teofilin kullanan hastalarda bulantı, kusma, iştahsızlık, çarpıntı, baş ağrısı, uykusuzluk, anksiyete, huzursuzluk, tremor görülebilecek yan etkilerdir (GOLD, 2022; SB, 2018).

- **Kortikosteroidler:** Sık alevlenme geçiren ve FEV₁ değeri beklenenin yüzde 50 altında kalan hastalarda alevlenmeleri önlemek için inhale kortikosteroidler kullanılabilir (SB, 2018). Sistemik kortikosteroidler uzun süren alevlenmeler için kullanılan standart tedavi yöntemidir. Akciğer fonksiyonunu ve oksijenasyonu iyileştirdiği, iyileşme süresini ve hastanede kalış süresini kısalttığı, tedavi başarısızlıklarını azalttığı bilinmektedir (Viniol ve Vogelmeier, 2018).

- **Mukolitikler:** GOLD 2017 raporu mukolitiklerin sadece seçilmiş hastalarda kullanılmasını önermektedir. KOAH alevlenmelerinin önlenmesi için yakın zamanda yayınlanan kılavuzlar optimal inhale tedaviye rağmen orta ila şiddetli hava akımı obstrüksiyonu ve alevlenmeleri olan hastalar için oral mukolitik bir ajanla tedavi önermektedir (Viniol ve Vogelmeier, 2018).
- **Antibiyotikler:** Antibiyotikler sadece bakteriyel kaynaklı enfeksiyöz hastalıkların tedavisinde kullanılması gerektiği bilinen bir gerçektir. Antibiyotikler KOAH'ta yalnızca enfeksiyöz alevlenme dönemlerinde kullanılmalıdır (TÜHKE, 2020) KOAH alevlenmesi için antibiyotik tedavisi, hastalarda artmış balgam pürülansı dahil olmak üzere üç ana semptomdan en az ikisine sahipse veya hastanın mekanik ventilasyona ihtiyacı varsa endikedir (Halpin, vd., 2021).
- **Aşı:** Güncel kılavuzlar, KOAH'lı hastalar için influenza ve pnömokok aşısını önermektedir (Viniol ve Vogelmeier 2018). KOAH olgularında belirtilen enfeksiyöz ajanlara karşı bağışıklama yapılması KOAH alevlenmelerini ve dolayısıyla morbidite ve mortaliteyi azaltmada yararlıdır (TÜHKE, 2020) KOAH alevlenmelerinin azaltılmasında önemli olan influenza aşısı yıllık olarak yapılması önerilmektedir (Gentry ve Gentry, 2017).

2.8. KOAH'ta Hemşirelik Yönetimi

Hastaların yaşam boyu izleme ve tedavi gerektiren karmaşık sağlık bakım gereksinimleri ve artan sosyal ihtiyaçları KOAH'ın yönetimini zorlaştırır. Kardiyovasküler hastalık, kas-iskelet sistemi disfonksiyonu, metabolik sendrom, anksiyete/depresyon, osteoporoz, akciğer kanseri ve kalp yetersizliği KOAH'ta yaygın görülen komorbiditeler arasındadır (Yawn ve Kim, 2018). KOAH ve eşlik eden komorbiditelerin sağlık üzerindeki etkileri yakın takip, tedavi ve bakım gerektirir. Hemşireler, hastalar için sıklıkla ilk temas noktasını temsil ettikleri ve bakımın tüm aşamalarında yer aldıkları için KOAH yönetiminde kritik öneme sahip sağlık profesyonelleridir (Fletcher ve Dahl, 2013). Literatürde hemşirelerin KOAH'ın yönetiminde önemli olan hasta eğitimi, danışmanlık, pulmoner rehabilitasyon ve sigarayı bırakma programları gibi birçok yaklaşımda aktif rol aldığı

bildirilmiştir (Alshabanat, vd., 2017; Efil, vd., 2020; Fletcher ve Dahl, 2013; Ko, vd., 2014; Ma, vd., 2019).

Hemşirelerin KOAH hastalarının yaşam bulgularını, solunum hızı, ritmi ve derinliğini, solunum fonksiyon testlerini, kan gazı değerlerini, akciğer seslerinin oskültasyonu gibi değerlendirmeleri yapmaları önemlidir (Özer ve Çıray, 2019). Fakat KOAH olan bireylerde fizyolojik sorunların dışında psiko-sosyal sorunlarda görülebilmektedir. Bu nedenle KOAH olan bireyler gelişebilecek sorunların sadece fiziksel değil tüm yönleri ile ele alınarak hemşirelik yaklaşımı sergilenmelidir (Efil, 2018; Efil ve ark., 2020; Efil ve Türen, 2021; Gulanick ve Myers, 2014). Hemşirelerin KOAH olan bireylerin sağlık bakım gereksinimlerini karşılama, akut sorunların erken dönemde tespiti ve yönetimi için iyi düzeyde bilgi sahibi olmaları gereklidir (Ma, vd., 2019; Yawn, vd., 2016).

Hastalığın başlangıcından yaşamın sonuna kadar sürdürülebilir hemşirelik hizmetlerinin sağlanması önemlidir (Bouza, vd., 2020). Solunum hemşireleri tarafından verilen hasta ve aile eğitimi, ilaç uyumunun sağlanması ve komorbiditelerin önlenmesinde önemlidir. Ayrıca hemşirenin içinde yer aldığı multidisipliner ekip yaklaşımını içeren uygulamaların KOAH hastaları için yeniden hastaneye yatışları ve hastanede geçirilen süreyi azalttığı bilinmektedir (Ko, vd., 2014). Alshabanat ve arkadaşları, solunum terapisti ve hemşirelerden oluşan bir ekip ile gerçekleştirilen vaka yönetimi ile KOAH'lı bireylerin bir yıl öncesine göre hastaneye yatış ve hastanede kalma süresinde anlamlı bir azalma olduğunu belirlemişlerdir (Alshabanat, vd., 2017).

2.8.1. KOAH'ta Algılanan Sosyal Destek ve Hemşirelik

Kronik sağlık sorunu yaşayan bireylerin gereksinimlerini belirleme ve bu gereksinimleri karşılamaya yönelik kaynakları kullanma öz yönetimin sağlanmasında önemlidir (Ergün ve Aygün, 2015). Yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkili olan öz etkililik, öz bakım yönetiminin sağlanması için algılanan sosyal destek iyi düzeyde olmalıdır (Bonsaksen, vd., 2012; Disler, vd., 2014; Lee, vd., 2014). KOAH'lı bireylerde potansiyel destek kaynaklarını belirlemek, algıladıkları sosyal destek düzeyi, sosyal destek kaynaklarına yönelik beklentilerini değerlendirmek sorunlara yönelik etkili yaklaşımlar sunulmasına imkân sağlar (McCarthy, vd., 2015).

KOAH'ta görülen fizyolojik sorunlar, semptomların artacağı korkusu, hastalığın ilerleyen şiddeti bireylerin konforlu bir şekilde günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerini zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte fiziksel ve psikososyal iyilik halleri, aile ilişkileri ve sosyal yaşamları negatif yönde etkilenir. Hastalarda anksiyete, depresyon, bağımlılık düzeyinde artma, sosyal izolasyon gibi psikososyal sorunlar görülebilir. Bu gibi durumlarda yeterli sosyal desteğin sağlanması önemlidir (Lenferik, vd., 2018). Kronik hastalığın yönetiminde hemşirelerin birçok sorumluluğun yanı sıra bireylerin fiziksel ve ruhsal iyilik halinin sürdürülmesine yönelik çözüm yollarını belirlemesi, bütüncül bir yaklaşım sergilemesi ve bu konuda araştırmacı rollerini gerçekleştirmesi beklenmektedir (Gedük, 2018). Bu nedenle hemşirelerin KOAH olan bireylerde algıladıkları sosyal destek düzeyini ve sosyal destek gereksinimlerini belirlemesi, sosyal destek kaynaklarını harekete geçirmesi önemlidir (Parlak ve Efil, 2022).

Sosyal destek, bireyin ihtiyaçlar hiyerarşisinde var olan ait olma, sevgi, takdir ve kendini gerçekleştirme gibi temel ihtiyaçlarının başka bireylerle (arkadaşları, ailesi, üstleri veya profesyonel danışmanlar v.b.) kurduğu etkileşim sonucunda tatmin edilmesini içerir. Aynı zamanda stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar (eş, aile, arkadaş, uzmanlar) tarafından sağlanan maddi ve manevi yardımı ifade eder (Eker ve Arkar, 1995). Sosyal destek, bireyin hastalıklarıyla baş etme yeteneğini geliştirmeyi amaçlayan bir sosyal ağ tarafından psikolojik ve maddi kaynakların sağlanması anlamına gelir (Lenferik, vd., 2018).

KOAH'lı bireylerin algıladıkları sosyal desteğin iyi olması sağlıkla ilgili daha iyi bir yaşam kalitesi, daha az solunumsal semptom, daha az depresif belirtiler ve daha iyi fonksiyonel kapasite ile ilişkilidir (Turnier, vd., 2021). Chen ve arkadaşları, yalnız yaşamayan KOAH'lı erişkinlerin yalnız yaşayanlara göre algıladıkları sosyal destek düzeylerinin iyi olduğunu belirlemişlerdir. Ayrıca algılanan sosyal desteğin daha yüksek fiziksel aktivite düzeyleri ve pulmoner rehabilitasyona daha fazla katılım ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Chen, vd., 2017). Optimal düzeyde sosyal destek sadece hastanın yaşam kalitesi için değil, KOAH olan bireylerin aileleri veya bakım verenleri için bakım yükünün azaltılmasını sağlar (Yi, vd., 2021).

2.8.2. KOAH'ta İlaç Uyumu ve Hemşirelik

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında (KOAH) tedaviye hastanın uyumu, hastalık yönetimini optimize etmek için esastır. KOAH, etkin yönetiminin farmakoterapilere uzun süreli uyumu gerektirdiği ancak reçete edilen ilaçlara uyum düzeyinin çok düşük olduğu ve bu durumun hastanın sağlık çıktılarını olumsuz etkilediği bilinmektedir (Rogliani, vd., 2017; Klijn, vd., 2017). İlaç uyumu, DSÖ tarafından "kişinin davranışının bir sağlık profesyoneli tarafından reçete edilen veya istenen tavsiyelere ne ölçüde karşılık verdiği" olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2003). İlaç uyumu, dozajın veya inhalasyon cihazlarının kullanımının ötesine geçen karmaşık bir kavramdır ve uyumun belirlenmesinde bir dizi değişken söz konusudur. Bu değişkenler hastalığın klinik yönlerinden hastanın hekiminin uzmanlığına duyduğu güvene ve hastanın yaşadığı sosyal destek düzeyine kadar değişiklik gösterebilir (López-Campos, vd., 2019).

KOAH'ta tedavi ömür boyu devam eden bir süreçtir. Bu sürecin etkili olması için ilaç uyumunu etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesi ve sürdürülebilir ilaç uyumunun sağlanması önemlidir (Efil, vd., 2020). Hastalarda aşırı ya da yetersiz ilaç kullanımı, sağlıklı yaşam davranışlarını sürdürmemeye (sigara içmeye devam etme, egzersiz yapmama gibi) ilaç uyumsuzluğunu gösterebilir. Ayrıca solunumsal semptomlarda, morbidite ve mortalitede artış ilaca uyum sağlanamamasından kaynaklanıyor olabilir (Bourbeau ve Bartlett, 2008). KOAH'ta ilaca uyumu hasta ile ilgili (sağlık inançları, bilişsel yetenekler, öz-yeterlik, komorbiditeler, psikolojik profil), sağlık profesyoneli ile ilgili (uygulama yöntemi, doz rejimi, çoklu eczane, yan etkiler, bilgi düzeyi) ve toplumsal (hasta- reçete yazan ilişkisi, sosyal destek, ilaca erişim, cihaz eğitimi, takip) birçok faktörden etkilenmektedir (Rogliani, vd., 2017). Ayrıca hastaların hastalık ile ilgili algıları, endişeleri, hastalığın sağlık çıktıları üzerindeki olumsuz etkileri ve alevlenmelerin ortaya çıkması tedaviye uyumu etkileyebilir (Scullion, 2018). Daha fazla eşlik eden komorbiditesi olan hastalar, çeşitli semptomlarla ve çoklu ve karmaşık ilaç rejimleriyle baş etmeye çalışmakta, bu da hastalarda ilaç uyumsuzluğunu artırmaktadır (Humenberger, vd., 2018).

Köktürk ve arkadaşları, Türkiye ve Suudi Arabistan'daki KOAH hastalarında tedaviye uyumun zayıf olduğunu belirlemişlerdir. Ayrıca tedaviye uyumu iyi olmayan hastalarda hastalığın etkilerinin daha fazla olduğu ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu

bulunmuştur (Köktürk, vd., 2018). Sarı ve arkadaşlarının çalışmasında, stabil KOAH hastalarında tedaviye uyumun daha düşük mortalite ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. KOAH tedavisine uyum sağlayamama daha kısa sağkalım ile ilişkilidir (Sarı, vd., 2022). Bilgi eksikliğinden kaynaklanan hatalı inhaler uygulama tedavi yönetimini olumsuz etkileyerek hastalığın kontrolünü güçleştirmektedir. Literatürde tedaviye uyumu düşük olan KOAH'lı bireylere hemşire tarafından verilen hasta eğitiminin tedaviye uyumun sağlanmasında önemli olduğu bildirilmiştir (Fletcher ve Dahl, 2013; Efil, vd., 2020).

KOAH hastalarının tedavisinde inhaler ilaç kullanımı önemlidir. İnhaler ilaçların hasta tarafından doğru kullanımının sağlanması ve uygun cihaz kullanım becerisinin geliştirilmesi sağlık ekibinin bir görevidir. Bu ekibin önemli üyesi olan hemşire; hatalı inhaler kullanımını önlemeye yönelik eğitici, araştırmacı, uygulayıcı birçok rollerini gerçekleştirir (Özkan ve Kaşıkçı, 2015). Hemşire tarafından KOAH olan bireylere verilen düzenli inhaler ilaç eğitiminin; doğru inhaler ilaç kullanımını sağladığı, öz bakım gücünü artırdığı, öz etkililik düzeyini yükselttiği bilinmektedir. Demonstrasyon yöntemi ile hastalara inhaler eğitiminin verilmesi, hastaların inhaler uygulama becerilerinin değerlendirilmesi, hatalı uygulamalarının belirlenmesi, yanlış yapılan inhaler uygulama basamakların doğru uygulanmasının sağlanması, hastaya soru sorması için uygun ortam yaratılması ve hasta ile sürdürülebilir iletişimin sağlanması doğru inhaler kullanımı ve ilaç uyumu için önemlidir (Ergin ve Muz, 2019; Efil, vd., 2020).

KOAH olan bireylerde inhaler ilaç kullanımında inhalasyon tekniği ile ilgili hata yapma oranı çok yüksektir. Müller ve arkadaşları, göğüs hastalıkları kliniğinde çalışan hemşireler tarafından hastalara gösterilen inhaler kullanımına yönelik kısa eğitim videolarının doğru inhaler kullanımını yüksek oranda (%76) arttırdığını belirlemişlerdir (Müller, vd., 2017). Portakal, KOAH hastalarında yapmış olduğu yarı deneysel çalışmasında ilk kez ölçülü doz inhaler kullanacak hastalara demonstrasyon yöntemiyle eğitim vermenin inhaler ilacı doğru ve etkin kullanma becerisini arttırmada etkili olduğunu saptamıştır. Eğitimin ilk kez ilaç kullanacak hastalara konu ile ilgili uzmanlaşmış bir hemşire tarafından verilmesi, düzenli aralıklarla hastaların ilaç kullanımını değerlendirmesi ve eğitimin özellikle işitsel kaynaklarla birlikte görsel kaynakları kullanarak yapılması ve anlatılması önerilmektedir (Portakal, 2021).

2.8.3. KOAH'ta Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik

KOAH bir kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen zayıflatıcı koşulları bünyesinde barındırmaktadır (Scullion, 2018). KOAH'ın semptom yükü hastaların günlük yaşam aktivitelerini, mevcut sağlık durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Pulmoner semptomlara ek olarak hastalarda yaşam kalitesini etkileyebilecek yorgunluk, kilo kaybı ve uyku bozukluğu görülebilmektedir. Özellikle hastalığın şiddeti fark etmeksizin görülen dispne varlığı hastanın sosyal ilişkilerine olumsuz yansımakta, ev işleri ve merdiven çıkma gibi günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesini zorlaştırmaktadır. Ayrıca hastalarda görülen sistemik etkilerin yanı sıra depresyon ve anksiyete varlığı yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Vogelmeier, vd., 2020). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde fizyolojik sorunların yönetimi önemli olduğu gibi hastaların psikososyal gereksinimlerinin karşılanması önemlidir (Bouza vd., 2020).

KOAH'ta hastalığın şiddeti arttıkça yaşam kalitesi daha kötü hale gelmektedir (Wacker, 2014). Early ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, öz yönetim müdahalelerini içeren hemşire koçluğunun şiddetli KOAH olan bireylerde KOAH hakkında daha iyi bilgi sahibi olma ve daha iyi fiziksel işlevsellik için önemli olduğunu bulmuşlardır (Early, vd., 2017). Montes de Oca ve arkadaşları, tedaviye uyumu düşük olanların yüksek uyum gösterenlere göre daha sık alevlenme öyküsü olduğunu ve sağlık çıktılarının daha kötü olduğunu saptamışlardır (Montes de Oca, vd., 2017).

Hatalı inhaler kullanımı olan hastalarda hastalığın etkileri daha fazla görülmekte ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Gregoriano, vd., 2018). KOAH hastalarına verilen planlı hemşirelik eğitiminin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği bilinmektedir. Sadece hastaya değil hasta yakınlarına da verilecek eğitimler yaşam kalitesini iyileştirmede önemli bir yere sahiptir (Doğan, 2018). Albayrak'ın yapmış olduğu çalışmada, yaşam modeli kullanılarak hemşire tarafından verilen eğitimin KOAH'lı hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi düzeyini arttırmada etkili olduğu bulunmuştur (Albayrak, 2018).

Efil ve arkadaşları (2020), KOAH olan bireylere uzun dönemde düzenli aralıklarla tekrarlanan ve hemşire tarafından verilen eğitimin tedaviye uyum ve yaşam kalitesinde

önemli ölçüde bir iyileşme sağladığını belirlemişlerdir. KOAH olan bireylerde çoğunlukla yorgunluğun etkisi ile günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi güçleşmektedir. Saza ve Çevik, hastalara verilen progresif kas gevşeme egzersizi eğitimlerinin yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu anlamda etkili olduğunu saptamışlardır. Bu nedenle KOAH tanısı alan bireylerde hemşire tarafından progresif gevşeme egzersizlerinin eğitiminin verilmesi ve eğitim sürecinin hemşirelik uygulamalarında sürdürülmesi önerilmektedir (Saza ve Çevik, 2020).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma kesitsel ve ilişki arayıcı bir tasarımda yürütüldü.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Ankara Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde 01 Aralık 2021 ile 30 Mayıs 2022 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

01 Aralık 2021 ile 30 Mayıs 2022 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran tüm hastalar araştırmanın evrenini oluşturdu. Bu tarihler arasında başvuracak hasta sayısı öngörülemezle birlikte hastanenin geçmişe dönük kayıtları incelendiğinde, bu polikliniklerinden 01 Aralık- 30 Mayıs 2021 tarihleri arasında 2250 KOAH tanılı hastanın başvurduğu belirlendi. Araştırmanın örnekleme 216 hasta olarak hesaplandı ($N=1850$, $t=1,96$ $p= 0,20$, $q=0,80$, $a=0,05$). Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 221 katılımcı ile araştırma tamamlandı.

3.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- En az 6 aydır KOAH tanısı almış olan,
- Ayaktan tedavi gören,
- Araştırmaya katılmaya rızası olan,
- Onsekiz yaşın altında olmayan,
- İletişim engeli bulunmayan,
- KOAH alevlenmesi ve/veya solunum yolu enfeksiyonu olmayan,
- GOLD raporuna göre; hafif (Evre 1), orta (Evre 2), ağır (Evre 3) evrede olan.

3.3.2. Araştırmanın dahil edilmeme kriterleri;

- 6 aydan daha az süredir KOAH tanısı almış olan,
- Hastanede yatarak tedavi gören,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
- İletişim kurulamayan,
- Veri toplama sırasında araştırmaya katılmaktan vazgeçen,
- Anketi tamamlamayan,
- KOAH alevlenmesi ve/veya solunum yolu enfeksiyonu olan,
- GOLD raporuna göre; çok ağır (Evre 4) evrede olan.

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler toplanmadan önce araştırmacı tarafından, katılımcılara araştırmanın amacı, içeriği, kapsamı, süresi ve katılımcılardan ne beklenildiği sözlü ve yazılı olarak açıklandı. Katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alındı. Araştırmanın verileri 01 Aralık 2021 ile 30 Mayıs 2022 tarihleri arasında toplandı. Araştırmada veri toplama araçları olarak “Katılımcı Bilgi Formu”, “Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği”, “St. George Solunum Anketi” ve “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği” kullanıldı. Katılımcılardan veri toplama aracında yer alan sorulara en uygun buldukları yanıtları işaretlemeleri ve tüm soruları yanıtlamaları istendi. Veriler poliklinik katında yer alan hasta eğitimi odasında, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Her bir katılımcı için ortalama 20 dakikada veriler toplandı.

3.4.1. Katılımcı Bilgi Formu:

“Katılımcı Bilgi Formu”, araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu gibi) ve KOAH’a ilişkin özellikleri (KOAH tanı süresi, sigara içme durumu, tedavi, eşlik eden hastalıklar gibi) ile ilgili olmak üzere toplam 21 sorudan oluşuyordu (EK-1.).

3.4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ):

Bu ölçek, bireyler tarafından algılanan sosyal desteğin belirlenmesi için Zimmet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Eker ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır. On iki maddeden oluşan ÇBASDÖ, aile, arkadaş ve özel bir insan olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Yanıtlar için 7 puanlı likert tipi skala (*1=kesinlikle hayır, 7=kesinlikle evet*) kullanılmaktadır. Ölçeğin her alt boyutunda yer alan maddeler toplanarak alt boyut puanı elde edilir. Alt boyutlardan elde edilen puanlar toplanarak ölçeğin toplam puanı hesaplanır. Ölçekten alınabilecek puanlar alt boyutları için 4 ile 28 arasında, ölçeğin toplamı için 12 ile 84 arasında değişir. Toplam puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade eder (Eker, vd., 2001). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach alfa değeri ölçeğin toplamı için 0,89, alt boyutları için ise aile 0,85, arkadaş 0,88 ve özel bir insan 0,92'dir. Bu çalışmada ise ölçeğin toplamı için Cronbach alfa değeri 0,89, alt boyutları için ise aile 0,94, arkadaş 0,87 ve özel bir insan 0,95'tir (EK-2.).

3.4.3. St. George Solunum Anketi (SGRQ):

Jones ve arkadaşları (1991) tarafından geliştirilen SGRQ ile solunum yolu hastalıkları olan bireylerin yaşam kalitelerini değerlendirmek amaçlanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Polatlı ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. SGRQ semptom, etki (his) komponenti ve aktivite komponenti olmak üzere üç bölüm ve toplam 50 sorudan oluşmaktadır. Testin her bir bölümü ayrı hesaplanır. Üç bölümün toplamı ile toplam puan elde edilir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 100 arasında değişmektedir. Sıfır puan en iyi sağlık durumu, yüz puan ise en kötü hastalık hali olarak yorumlanır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach alfa değeri ölçeğin toplamı için 0,88, alt boyutları için ise semptom 0,88, etki 0,81 ve aktivite 0,81'dir. Bu çalışmada ise ölçeğin toplamı için Cronbach alfa değeri 0,86, alt boyutları için ise semptom 0,79, aktivite 0,80 ve etki 0,89'dur (EK-3.).

3.4.4. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İUBÖ):

Horne ve Hankins (2002) tarafından geliştirilen İUBÖ ile ilaç uyumunu değerlendirmek amaçlanmıştır. Temeloğlu Şen ve arkadaşları (2019) tarafından ölçeğin Türkçe uyarlaması yapılmıştır. Kesme noktası bulunmayan ölçekte 5 madde bulunmaktadır. Yanıtlar için 5'li likert tipli skala (*1=her zaman, 5=asla*) kullanılmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 5 ile 25 arasında değişmektedir. Ölçeğin toplamından alınan puanın artması ilaç uyumunun arttığını, puanın azalması ise ilaç uyumunun azaldığı ifade eder (Temeloğlu, vd., 2019). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach alfa değerini 0,78'dir. Bu çalışmada ise 0,96 bulunmuştur (EK-4.).

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma etik ilkelere ve Helsinki Bildirgesine uygun olarak yürütüldü. Araştırmanın etik kurul izni Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Bilimsel Araştırma Etik Kurulu'ndan 19.08.2021 tarih ve 14/14 sayılı karar ile alındı (EK-5). Araştırmanın yapıldığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Şehir Hastanesi Başhekimliği'nden kurum izni (23.11.2021 tarih 33 sayılı toplantı kararı) alındı (EK-6). Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan ölçeklerin Türkçe uyarlanmış halini kullanmak için "ÇBASDÖ" izni (EK-7), "SGRQ" izni (EK-8) ve "İUBÖ" izni (EK-9) sorumlu yazarlarından elektronik posta yolu ile iletişime geçilerek alındı. Araştırmanın hangi amaçla yapıldığı, içeriği, süresi ve elde edilen bilgilerin nerede ve nasıl kullanılacağı her bir katılımcıya sözlü olarak açıklandıktan sonra isteklilik ve gönüllülük ilkesi doğrultusunda bilgilendirilmiş yazılı onamları alındı (EK-10). "Otonomi" ilkesi doğrultusunda istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri ifade edildi. Katılımcıların isimleri ve alınan bilgilerin araştırmacı dışında kimseyle paylaşılmayacağı ve araştırmadan elde edilecek sonuçların bilimsel yayın amaçlı kullanılacağı açıklanarak "sadakat ve gizlilik ilkelerine" uyuldu. Katılımcıların alacakları poliklinik hizmetlerinin bölünmemesine dikkat edilerek "zarar vermeme-yarar sağlama ilkesine" doğrultusunda verilerin toplanması gerçekleştirildi. Ayrıca bu ilke doğrultusunda araştırmacı maske kullanımı ve sosyal mesafeye dikkat ederek verileri topladı.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmada veri toplama araçları olarak anket ve ölçeklerin kullanılması nedeni ile seçim yanlılığının olması bir sınırlılıktır. Araştırma tek bir merkezde yürütülmüştür. Araştırma sonuçları araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcıların verdiği yanıtlarla sınırlıdır. Bu nedenle araştırmanın sonuçları genellenemez.

3.7. Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizinde IBM SPSS Statistics 24.00 programı kullanılmıştır. Normallik testi Kolmogorov Smirnov normallik testi ile yapılmıştır. Sürekli değişkenler için ortalama \pm SS, kategorik değişkenler için yüzde (%) değerleri verilmiştir. Cinsiyet, medeni durum, çocuğu olma, çalışma durumu, evde USOT alma durumu, başka bir kronik hastalık durumu, son 1 yılda KOAH ile ilgili eğitim alma durumu, antidepresan ilaç kullanım durumlarına göre karşılaştırma yapılırken Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kiminle yaşadığı, ekonomik durum, beden kitle indeksi, eğitim durumu, sigara kullanım durumu, KOAH süresi, KOAH evresi, son 1 yılda KOAH nedeni ile hastaneye yatma ve acil servise başvuru yama sayısı, toplam kullanılan ilaç sayısına göre karşılaştırma yapılırken Kruskal Wallis H testi ile analiz yapılmıştır. İlişkili olanların ikili karşılaştırılması için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyutlarının, St. George Solunum Anketi alt boyutları puanı üzerindeki etkisinin analizi için çoklu regresyon modeli kullanılarak regresyon analiz yapılmıştır (Tablo 1). Sonuçlar yorumlanırken $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Tablo 1

Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan analizler

<ul style="list-style-type: none"> Sosyodemografik özellikler ve hastalığa ilişkin özelliklerin değerlendirilmesi 	Tanımlayıcı analizler (Aritmetik ortalama, standart sapma, yüzdelik)
<ul style="list-style-type: none"> ÇBASDÖ ve alt boyut puanlarının normallik testi SGRQ ve alt boyut puanlarının normallik testi İlaç uyum puanlarının normallik testi 	Kolmogorov Smirnov
<ul style="list-style-type: none"> Güvenilirlik katsayılarının değerlendirilmesi 	Cronbach Alfa
<ul style="list-style-type: none"> Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin analizi 	Spearman Korelasyon
<ul style="list-style-type: none"> ÇBASDÖ ve alt boyut puanlarının 2 kategorili değişkenlere göre karşılaştırılması SGRQ ve alt boyut puanlarının 2 kategorili değişkenlere göre karşılaştırılması İlaç uyum puanlarının 2 kategorili değişkenlere göre karşılaştırılması 	Mann Whitney U testi
<ul style="list-style-type: none"> ÇBASDÖ ve alt boyut puanlarının 2’den fazla kategorili değişkenlere göre karşılaştırılması SGRQ ve alt boyut puanlarının 2’den fazla kategorili değişkenlere göre karşılaştırılması İlaç uyum puanlarının 2’den fazla kategorili değişkenlere göre karşılaştırılması 	Kruskal Wallis H testi
<ul style="list-style-type: none"> ÇBASDÖ alt boyutlarının, SGRQ ve alt boyutları üzerindeki etkisinin analizi 	Çoklu Regresyon Analizi

Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmış olup, ilişkili olan değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisi için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Korelasyon katsayıları ve güç ilişkisi Hair ve arkadaşlarına (2003) göre sınıflandırılmış ve yorumlanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2

Korelasyon katsayıları ve güç ilişkisi

Katsayı Düzeyi	Güç açıklaması
± 0.81 - ± 1.00	Çok güçlü
± 0.61 - ± 0.80	Güçlü
± 0.41 - ± 0.60	Orta
± 0.21 - ± 0.40	Zayıf
± 0.00 - ± 0.20	Çok zayıf

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

KOAH olan bireylerde algılanan sosyal desteğin ilaç uyumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıdaki gibidir;

4.1. Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik, hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerine, eşlik eden kronik hastalıklar ve ölçeklere ilişkin tanımlayıcı istatistik bulgulara bu bölümde yer verilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının $60,41 \pm 11,80$ olduğu belirlendi. Katılımcılarının çoğunluğu erkek (%76), evli (%83,3), lise düzeyinde eğitimi olan (%34,4) çocuğu olan (%89,1), eşi ile birlikte yaşayan (%40,7), sağlık güvencesi olan (%94,6), emekli olan (%44,3), gelirinin giderinden az olduğunu ifade eden (%53,8), normal kiloda olan (%50,7) ve sigara içmeyi bıraktığını ifade eden (%52,5) KOAH'lı bireylerden oluşuyordu (Tablo 3).

Katılımcıların ortalama $4,17 \pm 3,96$ yıldır KOAH olduğu; USOT'u ortalama $2,67 \pm 3,19$ saat aldıkları belirlendi. Evre 1' de (%51,6) olan, 2-5 yıldır KOAH tanısı alan (%50,2), başka bir kronik hastalığı olan (%57), son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye yatışı olmayan (%58,8), son 1 yılda KOAH nedeniyle acil servise bir kez başvuran (%55,7), USOT almayan (%73,8), antidepressan ilaç kullanmayan (%93,7) ve toplam kullandığı ilaç sayısı 1-2 tane olan (%46,6) çoğunlukta idi (Tablo 4).

Tablo 3

Sosyo-demografik özellikler

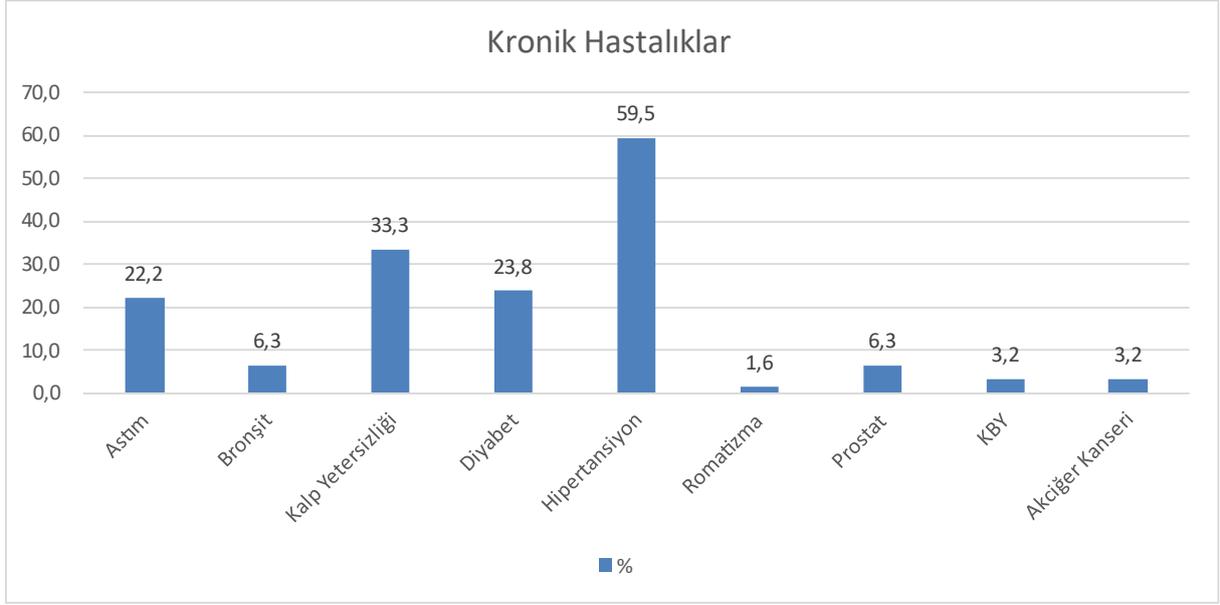
Yaş (yıl) Ort.±SS (Min-Max)		60,41±11,80 (40-89)	
N=221		n	%
Cinsiyet	Kadın	53	24,0
	Erkek	168	76,0
Eğitim Durumu	İlkokul	49	22,2
	Ortaokul	62	28,1
	Lise	76	34,4
	Üniversite	30	13,6
	Yüksek lisans/Doktora	4	1,8
Medeni Durum	Evli	184	83,3
	Bekâr	37	16,7
Çocuğu Olma	Evet	197	89,1
	Hayır	24	10,9
Kiminle Yaşadığı	Yalnız	41	18,6
	Eşimle	90	40,7
	Eşim ve çocuklarımla	70	31,7
	Çocuklarımla	20	9,0
Meslek	Ev hanımı	37	16,7
	İşçi	23	10,4
	Memur	29	13,1
	Serbest meslek	34	15,4
	Emekli	98	44,3
Çalışma Durumu	Evet	81	36,7
	Hayır	140	63,3
Sağlık Güvencesi	Var	209	94,6
	Yok	12	5,4
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	119	53,8
	Gelir gidere denk	92	41,6
	Gelir giderden fazla	10	4,5
Beden Kitle İndeksi (kg/m²)	İdeal kilonun altında, zayıf	1	0,5
	Normal kilo	112	50,7
	Fazla kilolu	89	40,3
	Obez	18	8,1
	Morbid obez	1	0,5
Sigara Kullanım Durumu	Hiç içmedim	17	7,7
	İçtim bıraktım	116	52,5
	Halen içiyorum	88	39,8

Tablo 4

KOAH ve tedavisine ilişkin özellikler

KOAH Süresi	Ort.±SS (Min-Max)	4,17±3,96 (min 1-max 20)	
USOT Alma Süresi	Ort.±SS (Min-Max)	2,67±3,19 (min 1-max 24)	
N=221		n	%
KOAH Evresi	Evre1	114	51,6
	Evre 2	75	33,9
	Evre 3	32	14,5
KOAH Süresi	6 ay-1 yıl	54	24,4
	2-5 yıl	111	50,2
	6-15 yıl	45	20,4
	16 yıl ve üzeri	11	5,0
Başka Bir Kronik Hastalık Durumu	Evet	126	57,0
	Hayır	95	43,0
Son 1 Yılda KOAH Nedeniyle Hastaneye Yatış	0 Kez	130	58,8
	1 Kez	79	35,7
	2 Kez	10	4,5
	3 Kez ve üstü	2	0,9
Son 1 Yılda KOAH Nedeni ile Acil Servise Başvurma	0 Kez	87	39,4
	1 Kez	123	55,7
	2 Kez	7	3,2
	3 Kez ve üstü	4	1,8
Son 1 Yıl içinde KOAH ile İlgili Eğitim Alma	Hayır	134	60,6
	Evet	87	39,4
USOT Alma	Evet	58	26,2
	Hayır	163	73,8
Antidepresan İlaç Kullanımı	Yok	207	93,7
	Var	14	6,3
Toplam Kullanılan İlaç Sayısı	1-2 tane	103	46,6
	3-5 tane	76	34,4
	6' den fazla	42	19,0

*USOT: Uzun Süreli Oksijen Tedavisi



Grafik 1. KOAH'a eşlik eden kronik hastalıklar

Katılımcıların %57' sinde KOAH dışında başka bir kronik hastalığı olduğu (Tablo 2), ilk dört sırada eşlik eden kronik hastalıklara bakıldığında %59,5' i hipertansiyon, %33,3' ü kalp yetersizliği, %23,8' i diyabet ve %22,2' sinin astımının olduğu belirlendi (Grafik 1).

Katılımcıların "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" nden aldıkları toplam puan ortalamalarının $51,87 \pm 17,56$ olduğu; alt boyutlarından ise aile desteği için $21,12 \pm 7,22$, arkadaş desteği için $16,60 \pm 7,96$, özel bir insan desteği için $14,11 \pm 8,30$ ortalama puanlarını aldıkları belirlendi (Tablo 5).

Katılımcıların "St. George Solunum Anketi"nden aldıkları toplam puan ortalamalarının $31,47 \pm 10,2$ olduğu; alt boyutlarından ise semptom skoru için $7,54 \pm 0,77$, aktivite skoru için $9,62 \pm 3,95$, etki skoru için $13,92 \pm 6,83$ ortalama puanlarını aldıkları bulundu (Tablo 5).

Katılımcıların "İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği"nden aldıkları toplam puan ortalamalarının $19,84 \pm 5,53$ olduğu saptandı (Tablo 5).

Tablo 5

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği' ne ilişkin tanımlayıcı bulgular

N=221		Ort.	SS	Min	Max	p
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	21,12	7,22	4,00	28,00	0,00
	Arkadaş Desteği	16,60	7,96	4,00	28,00	0,00
	Özel Bir İnsan Desteği	14,11	8,30	4,00	28,00	0,00
	Toplam Algılanan Sosyal Destek	51,87	17,56	12,00	84,00	0,03
St. George Solunum Anketi	Semptom Skoru	7,54	0,77	2,00	8,00	0,00
	Aktivite Skoru	9,62	3,95	1,00	24,00	0,00
	Etki Skoru	13,92	6,83	1,00	27,00	0,00
	Toplam Solunum Puanı	31,47	10,02	10,00	57,00	0,01
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyum Puanı	19,84	5,53	5,00	25,00	0,00

p: Kolmogorov Smirnov Normallik Testi, $p \geq 0,05$: Normal Dağılım Göstermekte

4.2. Kategorik değişkenlere göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, kategorik değişkenlere göre “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”, “St. George Solunum Anketi” ve “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği” puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Cinsiyete göre arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p > 0,05$). Aile desteği puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, erkeklerin kadınlara kıyasla aile desteği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü ($p < 0,05$) (Tablo 6).

Cinsiyete göre aktivite skoru, etki skoru, solunum skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmediği belirlendi ($p > 0,05$). Semptom skorları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, erkeklerin kadınlara kıyasla semptom skoru puan ortalamalarının daha düşük olduğu görüldü ($p < 0,05$) (Tablo 6).

Cinsiyete göre ilaç uyum puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6

Cinsiyete göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu puanlarının karşılaştırılması

N=221		Cinsiyet	n	Ort.	SS	Sıra Ort.	Z	p	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	Kadın	53	19,17	6,29	87,10	-3,173	0,00*	
		Erkek	168	21,73	7,40	118,54			
	Arkadaş Desteği	Kadın	53	16,77	7,11	111,72	-0,094	0,93	
		Erkek	168	16,55	8,22	110,77			
	Özel Bir İnsan Desteği	Kadın	53	15,79	7,12	125,35	-1,896	0,06	
		Erkek	168	13,58	8,58	106,47			
Algılanan Sosyal Destek	Kadın	53	51,55	15,80	109,63	-0,179	0,86		
	Erkek	168	51,98	18,12	111,43				
St, George Solunum Anketi	Semptom Skoru	Kadın	53	7,72	0,50	125,18	-2,173	0,03*	
		Erkek	168	7,48	0,83	106,53			
	Aktivite Skoru	Kadın	53	9,96	4,15	116,08	-0,667	0,51	
		Erkek	168	9,51	3,89	109,40			
	Etki Skoru	Kadın	53	15,38	6,55	124,45	-1,759	0,08	
		Erkek	168	13,46	6,86	106,76			
	Solunum Puanı	Kadın	53	33,25	10,54	121,88	-1,421	0,16	
		Erkek	168	30,91	9,81	107,57			
	İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyum Puanı	Kadın	53	20,58	5,05	116,62	-0,750	0,45
			Erkek	168	19,60	5,66	109,23		

Z: Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Medeni durumuna göre arkadaş desteği ve özel bir insan desteği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$). Aile desteği ve algılanan sosyal destek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, evlilerin bekârlara kıyasla aile desteği ve algılanan sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 7).

Medeni durumuna göre aktivite skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Semptom skoru, etki skoru ve solunum skoru arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, evlilerin bekârlara kıyasla semptom skoru, etki skoru ve solunum skoru puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 7).

Medeni durumuna göre ilaç uyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7

Medeni Durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu puanlarının karşılaştırılması

N=221		Medeni Durum	n	Ort.	SS	Sıra Ort.	Z	p	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	Evli	184	22,34	6,44	120,51	-5,015	0,00*	
		Bekâr	37	15,05	7,90	63,70			
	Arkadaş Desteği	Evli	184	16,73	8,22	111,95	-0,492	0,62	
		Bekâr	37	15,97	6,53	106,30			
	Özel Bir İnsan Desteği	Evli	184	14,02	8,53	109,90	-0,577	0,56	
		Bekâr	37	14,57	7,10	116,47			
Algılanan Sosyal Destek	Evli	184	53,14	17,55	115,33	-2,245	0,03*		
	Bekâr	37	45,59	16,40	89,49				
St. George Solunum Anketi	Semptom Skoru	Evli	184	7,48	0,82	105,77	-3,180	0,00*	
		Bekâr	37	7,84	0,37	136,99			
	Aktivite Skoru	Evli	184	9,48	3,90	108,66	-1,219	0,22	
		Bekâr	37	10,30	4,18	122,64			
	Etki Skoru	Evli	184	13,43	6,95	106,32	-2,429	0,02*	
		Bekâr	37	16,32	5,63	134,27			
	Solunum Puanı	Evli	184	30,82	10,12	106,59	-2,287	0,02*	
		Bekâr	37	34,73	8,91	132,92			
	İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyum Puanı	Evli	184	20,09	5,55	114,53	-1,870	0,06
			Bekâr	37	18,57	5,30	93,43		

Z: Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Çocuğu olma durumuna göre arkadaş desteği ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$). Aile desteği ve özel bir insan destek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, çocuğu olanların olmayanlara kıyasla aile desteği puan ortalamalarının daha yüksek, özel bir insan desteği puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 8).

Çocuğu olma durumuna göre aktivite skoru, etki skoru ve solunum skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Semptom skorları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmiş olup, çocuğu olanların olmayanlara kıyasla semptom skoru puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 8).

Çocuğu olma durumuna göre ilaç uyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8

Çocuğu Olma Durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu puanlarının karşılaştırılması

N=221		Çocuğu Olma	n	Ort.	SS	Sıra Ort.	Z	p	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	Hayır	24	17,00	4,97	65,75	-3,734	0,00*	
		Evet	197	21,62	7,30	116,51			
	Arkadaş Desteği	Hayır	24	16,13	5,31	106,79	-0,343	0,73	
		Evet	197	16,66	8,23	111,51			
	Özel Bir İnsan Desteği	Hayır	24	17,25	4,78	135,48	-2,010	0,04*	
		Evet	197	13,73	8,56	108,02			
Algılanan Sosyal Destek	Hayır	24	50,38	12,37	105,02	-0,486	0,63		
	Evet	197	52,06	18,10	111,73				
St. George Solunum Anketi	Semptom Skoru	Hayır	24	7,92	0,28	145,50	-3,286	0,00*	
		Evet	197	7,49	0,80	106,80			
	Aktivite Skoru	Hayır	24	8,63	4,23	90,46	-1,674	0,09	
		Evet	197	9,74	3,91	113,50			
	Etki Skoru	Hayır	24	15,25	4,54	123,98	-1,054	0,29	
		Evet	197	13,76	7,05	109,42			
	Solunum Puanı	Hayır	24	31,79	8,31	111,23	-0,019	0,99	
		Evet	197	31,43	10,22	110,97			
	İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyum Puanı	Hayır	24	20,00	4,60	109,48	-0,126	0,90
			Evet	197	19,82	5,64	111,19		

Z: Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Tablo 9

Birlikte Yaşanılan Kişiyeye göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu puanlarının karşılaştırılması

N=221		Kiminle Yaşadığı	n	Ort.	SS	Sıra Ort.	χ^2	p	Fark
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	a. Yalnız	41	13,37	7,77	51,90	47,950	0,00*	a<b
		b. Eşimle	90	22,71	5,81	122,67			a<c
		c. Eşim ve çocuklarımla	70	23,67	5,53	132,72			a<d
		d. Çocuklarımla	20	20,90	6,40	103,63			
	Arkadaş Desteği	a. Yalnız	41	15,66	7,07	103,73	25,928	0,00*	a<c
		b. Eşimle	90	15,02	8,18	98,51			b<c
		c. Eşim ve çocuklarımla	70	20,40	7,20	141,35			d<c
		d. Çocuklarımla	20	12,35	6,37	75,88			
	Özel Bir İnsan Desteği	a. Yalnız	41	13,32	7,46	106,74	8,436	0,04*	d<c
		b. Eşimle	90	13,76	8,16	108,23			
		c. Eşim ve çocuklarımla	70	16,24	9,05	125,51			
		d. Çocuklarımla	20	9,90	5,79	81,40			
Algılanan Sosyal Destek	a. Yalnız	41	42,32	17,36	78,93	32,814	0,00*	a<b	
	b. Eşimle	90	51,38	16,50	108,73			a<c	
	c. Eşim ve çocuklarımla	70	60,60	16,37	142,31			b<c	
	d. Çocuklarımla	20	43,15	11,27	77,35			d<c	
St. George Solunum Anketi	Semptom Skoru	a. Yalnız	41	7,76	0,43	128,16	16,273	0,00*	c<a
		b. Eşimle	90	7,52	0,99	115,37			c<b
		c. Eşim ve çocuklarımla	70	7,37	0,64	90,62			c<d
		d. Çocuklarımla	20	7,75	0,44	127,50			
	Aktivite Skoru	a. Yalnız	41	9,98	4,08	118,09	22,744	0,00*	c<a
		b. Eşimle	90	10,23	4,24	120,69			c<b
		c. Eşim ve çocuklarımla	70	7,97	3,01	83,54			c<d
		d. Çocuklarımla	20	11,85	3,33	148,98			
	Etki Skoru	a. Yalnız	41	14,98	6,27	121,13	25,554	0,00*	c<a
		b. Eşimle	90	14,61	6,98	117,51			c<b
		c. Eşim ve çocuklarımla	70	10,97	6,16	83,44			c<d
		d. Çocuklarımla	20	18,95	5,23	157,40			b<d
Solunum Puanı	a. Yalnız	41	32,71	9,63	119,22	34,207	0,00*	c<a	
	b. Eşimle	90	33,27	9,81	122,47			c<b	
	c. Eşim ve çocuklarımla	70	26,27	8,69	77,59			c<d	
	d. Çocuklarımla	20	39,05	7,90	159,45			b<d	
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyumu Puanı	a. Yalnız	41	17,88	5,61	87,10	11,018	0,01*	a<b
b. Eşimle	90	20,90	5,07	123,22					
c. Eşim ve çocuklarımla	70	19,23	6,01	105,24					
d. Çocuklarımla	20	21,20	4,31	125,15					

χ^2 : Kruskal Wallis H Testi, *p<0,05

Birlikte yaşanılan kişiye göre aile desteği, arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görüldü (p<0,05). Bu farklılıkların hangi birlikte yaşanılan kişiler arasında olduğuna dair yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;

- Yalnız yaşayan kişilerin eşi ile yaşayan, eşi ve çocukları ile yaşayan, çocukları ile yaşayan kişilere kıyasla aile desteği puan ortalamaları daha düşüktü.
- Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan kişilerin yalnız yaşayan, eşi ile yaşayan, çocukları ile yaşayan kişilere kıyasla arkadaş desteği puan ortalamaları daha yüksekti.
- Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan kişilerin çocukları ile yaşayan kişilere kıyasla özel bir insan desteği puan ortalamaları daha yüksekti.
- Yalnız yaşayan kişilerin eşi ile yaşayan, eşi ve çocukları ile yaşayan kişilere kıyasla algılanan sosyal desteği puan ortalamaları daha düşüktü.
- Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan kişilerin eşi ile yaşayan, çocukları ile yaşayan kişilere kıyasla algılanan sosyal desteği puan ortalamaları daha yüksekti (Tablo 9).

Birlikte yaşanılan kişiye göre semptom skoru, aktivite skoru, etki skoru ve solunum skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görüldü ($p<0,05$). Bu farklılıkların hangi birlikte yaşanılan kişiler arasında olduğuna dair yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;

- Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan kişilerin yalnız yaşayan, eşi ile yaşayan, çocukları ile yaşayan kişilere kıyasla semptom skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan kişilerin yalnız yaşayan, eşi ile yaşayan, çocukları ile yaşayan kişilere kıyasla aktivite skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan kişilerin yalnız yaşayan, eşi ile yaşayan, çocukları ile yaşayan kişilere kıyasla etki skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Eşi ile birlikte yaşayan kişilerin çocukları ile yaşayan kişilere kıyasla etki skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan kişilerin yalnız yaşayan, eşi ile yaşayan, çocukları ile yaşayan kişilere kıyasla solunum skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Eşi ile birlikte yaşayan kişilerin çocukları ile yaşayan kişilere kıyasla solunum puan ortalamaları daha düşüktü (Tablo 9).

Birlikte yaşanılan kişiye göre ilaç uyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($p<0,05$). Bu farklılıkların hangi birlikte yaşanılan kişiler arasında olduğuna dair yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;

- Yalnız yaşayan kişilerin eşi ile yaşayan kişilere kıyasla ilaç uyumu puan ortalamaları daha düşüktü (Tablo 9).

Tablo 10

Çalışma Durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması

N=221		Çalışma Durumu	n	Ort.	SS	Sıra Ort.	Z	p	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	Hayır	140	21,36	7,30	113,54	-0,790	0,43	
		Evet	81	20,69	7,10	106,60			
	Arkadaş Desteği	Hayır	140	15,06	8,09	98,67	-3,780	0,00*	
		Evet	81	19,26	7,01	132,31			
	Özel Bir İnsan Desteği	Hayır	140	12,61	8,11	99,98	-3,408	0,00*	
		Evet	81	16,70	8,02	130,04			
Algılanan Sosyal Destek	Hayır	140	48,96	16,90	100,54	-3,199	0,00*		
	Evet	81	56,90	17,63	129,07				
St. George Solunum Anketi	Semptom Skoru	Hayır	140	7,57	0,84	116,23	-1,876	0,06	
		Evet	81	7,48	0,63	101,96			
	Aktivite Skoru	Hayır	140	10,61	4,16	127,53	-5,075	0,00*	
		Evet	81	7,90	2,86	82,43			
	Etki Skoru	Hayır	140	14,86	7,22	119,58	-2,626	0,01*	
		Evet	81	12,28	5,77	96,17			
	Solunum Puanı	Hayır	140	33,58	10,47	124,38	-4,091	0,00*	
		Evet	81	27,83	8,01	87,88			
	İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyum Puanı	Hayır	140	20,54	4,85	117,32	-1,972	0,04*
			Evet	81	18,62	6,38	100,08		

Z: Mann Whitney U Testi, *p<0,05: Düzeyinde Anlamlı

Çalışma durumuna göre aile desteği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmış olup, çalışanların çalışmayanlara kıyasla arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal desteği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 10).

Çalışma durumuna göre semptom skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05). Aktivite skoru, etki skoru ve solunum skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmış olup, çalışanların çalışmayanlara kıyasla aktivite skoru, etki skoru ve solunum skoru puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulundu (p<0,05) (Tablo 10).

Çalışma durumuna göre ilaç uyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. Çalışanların çalışmayanlara kıyasla ilaç uyumu puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11

Ekonomik Durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması

N=221		Ekonomik Durum	n	Ort.	SS	Sıra Ort.	χ^2	p	Fark
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	a. Gelir giderden az	119	20,72	7,44	107,98			
		b. Gelir gidere denk	92	21,57	7,20	115,78	0,969	0,62	-
		c. Gelir giderden fazla	10	21,70	4,40	102,95			
	Arkadaş Desteği	a. Gelir giderden az	119	15,29	7,93	100,23			
		b. Gelir gidere denk	92	17,91	8,03	121,57	8,276	0,02*	a<b
		c. Gelir giderden fazla	10	20,20	4,08	141,90			
	Özel Bir İnsan Desteği	a. Gelir giderden az	119	13,09	7,92	102,97			
		b. Gelir gidere denk	92	14,91	8,79	117,22	6,475	0,04*	a<c
		c. Gelir giderden fazla	10	18,90	5,63	149,25			
	Algılanan Sosyal Destek	a. Gelir giderden az	119	49,27	17,26	100,77			
		b. Gelir gidere denk	92	54,27	17,98	120,26	8,254	0,02*	a<c
		c. Gelir giderden fazla	10	60,80	11,17	147,55			
St. George Solunum Anketi	Semptom Skoru	a. Gelir giderden az	119	7,55	0,71	109,65			
		b. Gelir gidere denk	92	7,48	0,87	108,02	6,724	0,04*	a<c b<c
		c. Gelir giderden fazla	10	8,00	0,00	154,50			
	Aktivite Skoru	a. Gelir giderden az	119	9,34	3,77	107,26			
		b. Gelir gidere denk	92	10,12	4,21	117,98	2,481	0,29	-
		c. Gelir giderden fazla	10	8,20	3,12	91,25			
	Etki Skoru	a. Gelir giderden az	119	13,19	6,80	104,07			
		b. Gelir gidere denk	92	14,80	6,94	119,36	3,055	0,22	-
		c. Gelir giderden fazla	10	14,40	5,44	116,60			
	Solunum Puanı	a. Gelir giderden az	119	30,53	9,91	105,34			
		b. Gelir gidere denk	92	32,78	10,30	118,87	2,391	0,30	-
		c. Gelir giderden fazla	10	30,60	7,90	105,95			
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyum Puanı	a. Gelir giderden az	119	19,43	5,88	107,65			
		b. Gelir gidere denk	92	20,27	5,19	115,59	0,848	0,65	-
		c. Gelir giderden fazla	10	20,70	4,00	108,65			

χ^2 : Kruskal Wallis H Testi, * $p<0,05$

Ekonomik durumuna göre aile destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$). Arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal destek puan

ortalamları arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$). Bu farklılıkların hangi ekonomik düzeyler arasında olduğuna dair yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;

- Geliri giderinden az olan kişilerin geliri giderine denk olan kişilere kıyasla arkadaş desteği puan ortalamaları daha düşüktü.
- Geliri giderinden az olan kişilerin geliri giderinden fazla olan kişilere kıyasla özel bir insan desteği puan ortalamaları daha düşüktü.
- Geliri giderinden az olan kişilerin geliri giderinden fazla olan kişilere kıyasla algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha düşüktü (Tablo 11).

Ekonomik durumuna göre semptom skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). Aktivite skoru, etki skoru ve solunum skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$). Bu farklılıkların hangi ekonomik düzeyler arasında olduğuna dair yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;

- Geliri giderinden fazla olan kişilerin geliri giderinden az olan ve geliri giderine denk olan kişilere kıyasla semptom skoru puan ortalamaları daha yüksekti (Tablo 11).

Ekonomik durumuna göre ilaç uyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 11).

Beden kitle indekslerine göre aile desteği, arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Beden kitle indekslerine göre semptom skoru, aktivite skoru, etki skoru ve solunum skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 12).

Beden kitle indekslerine göre ilaç uyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12

Beden Kitle İndekslerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Puanlarının Karşılaştırılması

N=221		Beden Kitle İndeksi	n	Ort.	SS	Sıra Ort.	χ^2	p
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	Normal kilo ve altı	113	20,65	7,81	109,32	0,356	0,84
		Fazla kilolu	89	21,63	6,64	113,98		
		Obez/morbid obez	19	21,47	6,19	107,03		
	Arkadaş Desteği	Normal kilo ve altı	113	16,40	8,14	109,33	1,151	0,56
		Fazla kilolu	89	17,17	7,78	115,57		
		Obez/morbid obez	19	15,16	7,81	99,53		
	Özel Bir İnsan Desteği	Normal kilo ve altı	113	14,19	8,43	111,34	2,059	0,36
		Fazla kilolu	89	14,60	8,36	114,67		
		Obez/morbid obez	19	11,37	6,95	91,79		
	Algılanan Sosyal Destek	Normal kilo ve altı	113	51,25	18,37	107,77	2,213	0,33
		Fazla kilolu	89	53,49	17,29	117,99		
		Obez/morbid obez	19	48,00	13,14	97,42		
St. George Solunum Anketi	Semptom Skoru	Normal kilo ve altı	113	7,49	0,96	110,89	0,035	0,98
		Fazla kilolu	89	7,60	0,52	111,56		
		Obez/morbid obez	19	7,58	0,51	109,03		
	Aktivite Skoru	Normal kilo ve altı	113	9,92	4,48	115,02	1,036	0,60
		Fazla kilolu	89	9,26	3,07	105,84		
		Obez/morbid obez	19	9,47	4,26	111,24		
	Etki Skoru	Normal kilo ve altı	113	14,34	7,02	114,42	1,027	0,60
		Fazla kilolu	89	13,28	6,24	105,71		
		Obez/morbid obez	19	14,42	8,28	115,45		
	Solunum Puanı	Normal kilo ve altı	113	32,49	10,62	117,42	2,587	0,27
		Fazla kilolu	89	30,18	8,60	102,85		
		Obez/morbid obez	19	31,47	12,18	110,97		
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyum Puanı	Normal kilo ve altı	113	19,50	5,84	108,56	2,624	0,27
		Fazla kilolu	89	19,88	5,22	109,36		
		Obez/morbid obez	19	21,63	4,89	133,21		

χ^2 : Kruskal Wallis H Testi, *p<0,05: Düzeyinde Anlamlı

Tablo 13

Eğitim Durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması

N=221		Eğitim Durumu	n	Ort.	SS	Sıra Ort.	χ^2	p	Fark
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	a. İlkokul	49	20,00	8,11	102,47	1,217	0,75	-
		b. Ortaokul	62	20,71	8,21	112,48			
		c. Lise	76	21,89	6,23	114,72			
		d. Üniversite ve üstü	34	21,74	5,92	112,26			
	Arkadaş Desteği	a. İlkokul	49	14,41	7,92	93,27	21,444	0,00*	a<d b<d c<d
		b. Ortaokul	62	14,73	8,48	96,16			
		c. Lise	76	17,26	7,26	116,41			
		d. Üniversite ve üstü	34	21,71	6,04	151,53			
	Özel Bir İnsan Desteği	a. İlkokul	49	12,82	8,33	100,51	5,614	0,13	-
		b. Ortaokul	62	13,05	8,34	102,85			
		c. Lise	76	14,86	8,27	116,52			
		d. Üniversite ve üstü	34	16,26	7,96	128,65			
	Algılanan Sosyal Destek	a. İlkokul	49	47,22	18,81	92,15	16,494	0,00*	a<d b<d a<c
		b. Ortaokul	62	48,48	19,36	98,54			
		c. Lise	76	54,00	15,37	118,84			
		d. Üniversite ve üstü	34	60,00	13,33	143,37			
St. George Solunum Anketi	Semptom Skoru	a. İlkokul	49	7,49	0,94	109,50	0,861	0,84	-
		b. Ortaokul	62	7,48	0,90	108,87			
		c. Lise	76	7,61	0,63	115,56			
		d. Üniversite ve üstü	34	7,56	0,50	106,85			
	Aktivite Skoru	a. İlkokul	49	10,86	4,79	130,96	19,418	0,00*	d<a d<b c<a c<b
		b. Ortaokul	62	10,71	4,13	127,48			
		c. Lise	76	8,68	3,13	97,74			
		d. Üniversite ve üstü	34	7,91	2,68	81,82			
	Etki Skoru	a. İlkokul	49	14,41	7,11	115,02	5,007	0,17	-
		b. Ortaokul	62	15,34	7,25	124,00			
		c. Lise	76	12,91	6,45	102,05			
		d. Üniversite ve üstü	34	12,88	6,15	101,50			
	Solunum Puanı	a. İlkokul	49	33,61	10,88	124,52	12,376	0,01*	c<b d<b
		b. Ortaokul	62	34,10	10,48	126,85			
		c. Lise	76	29,34	9,01	98,44			
		d. Üniversite ve üstü	34	28,35	8,31	90,69			
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyumu Puanı	a. İlkokul	49	18,86	6,84	104,83	1,123	0,77	-
		b. Ortaokul	62	20,24	4,45	111,19			
		c. Lise	76	19,74	5,66	110,96			
		d. Üniversite ve üstü	34	20,74	4,84	119,63			

 χ^2 : Kruskal Wallis H Testi, *p≤0,05

Eğitim durumuna göre aile desteği ve özel bir insan desteği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Arkadaş desteği ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulundu ($p<0,05$). Bu farklılıkların hangi eğitim düzeyleri arasında olduğuna dair yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;

- Üniversite ve üzerinde eğitimi olan kişilerin ilkokul, ortaokul, lise düzeyinde eğitimi olan kişilere kıyasla arkadaş desteği puan ortalamaları daha yüksekti.
- Üniversite ve üzerinde eğitimi olan kişilerin ilkokul ve ortaokul düzeyinde eğitimi olan kişilere kıyasla algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksekti.
- Lise düzeyinde eğitimi olan kişilerin ilkokul düzeyinde eğitimi olan kişilere kıyasla algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksekti (Tablo 13).

Eğitim durumuna göre semptom skoru ve etki skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Aktivite skoru ve solunum skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($p<0,05$). Bu farklılıkların hangi eğitim düzeyleri arasında olduğuna dair yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;

- Üniversite ve üzerinde eğitimi olan kişilerin ilkokul ve ortaokul düzeyinde eğitimi olan kişilere kıyasla aktivite skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Lise düzeyinde eğitimi olan kişilerin ilkokul ve ortaokul düzeyinde eğitimi olan kişilere kıyasla aktivite skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Ortaokul düzeyinde eğitimi olan kişilerin lise düzeyinde, niversite ve üzerinde eğitimi olan kişilere kıyasla solunum skoru puan ortalamaları daha yüksekti (Tablo 13).

Eğitim durumuna göre ilaç uyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 13).

Sigara kullanım durumuna göre aile desteği, arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14

Sigara Kullanım Durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu puanlarının karşılaştırılması

N=221		Sigara Kullanım Durumu	n	Ort.	SS	Sıra Ort.	χ^2	p	Fark
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	a. Hiç içmedim	17	21,24	5,96	105,65	0,477	0,79	-
		b. İçtim bıraktım	116	21,41	7,09	113,69			
		c. Halen içiyorum	88	20,72	7,65	108,48			
	Arkadaş Desteği	a. Hiç içmedim	17	15,76	5,37	104,03	2,175	0,34	-
		b. İçtim bıraktım	116	15,98	8,24	106,15			
		c. Halen içiyorum	88	17,58	7,96	118,74			
	Özel Bir İnsan Desteği	a. Hiç içmedim	17	17,41	5,92	138,29	4,992	0,08	-
		b. İçtim bıraktım	116	13,16	8,12	103,92			
		c. Halen içiyorum	88	14,73	8,76	115,06			
	Algılanan Sosyal Destek	a. Hiç içmedim	17	54,41	13,83	120,71	0,899	0,64	-
		b. İçtim bıraktım	116	50,63	17,43	107,51			
		c. Halen içiyorum	88	53,02	18,39	113,73			
St. George Solunum Anketi	Semptom Skoru	a. Hiç içmedim	17	7,53	0,62	107,56	5,343	0,07	-
		b. İçtim bıraktım	116	7,59	0,89	118,91			
		c. Halen içiyorum	88	7,48	0,62	101,23			
	Aktivite Skoru	a. Hiç içmedim	17	8,76	3,91	100,12	11,677	0,00*	b>c
		b. İçtim bıraktım	116	10,50	3,99	124,86			
		c. Halen içiyorum	88	8,61	3,65	94,83			
	Etki Skoru	a. Hiç içmedim	17	13,41	6,87	105,62	9,079	0,01*	b>c
		b. İçtim bıraktım	116	15,20	6,61	123,10			
		c. Halen içiyorum	88	12,33	6,83	96,09			
	Solunum Puanı	a. Hiç içmedim	17	29,71	10,74	99,56	15,696	0,00*	b>c
		b. İçtim bıraktım	116	33,98	9,32	127,10			
		c. Halen içiyorum	88	28,50	9,98	91,99			
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyum Puanı	a. Hiç içmedim	17	22,53	3,26	136,00	9,185	0,01*	a>c b>c
		b. İçtim bıraktım	116	20,67	4,62	118,46			
		c. Halen içiyorum	88	18,22	6,49	96,34			

χ^2 : Kruskal Wallis H Testi, *p<0,05

Sigara kullanım durumuna göre semptom skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (p>0,05). Aktivite skoru, etki skoru ve solunum skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptandı (p<0,05). Bu farklılıkların hangi sigara kullanım durumları arasında olduğuna dair yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;

- Sigarayı içip bırakanların halen içenlere kıyasla aktivite skoru puan ortalamaları daha yüksekti.

- Sigarayı içip bırakanların halen içenlere kıyasla etki skoru puan ortalamaları daha yüksekti.
- Sigarayı içip bırakanların halen içenlere kıyasla solunum skoru puan ortalamaları daha yüksekti (Tablo 14).

Sigara kullanım durumuna göre ilaç uyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($p<0,05$). Bu farklılıkların hangi sigara kullanım durumları arasında olduğuna dair yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;

- Sigarayı halen içenlerin hiç içmeyen ve içip bırakanlara kıyasla ilaç uyumu puan ortalamaları daha düşüktü (Tablo 14).

KOAH süresine göre aile desteği, arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 15).

KOAH süresine göre ilaç uyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 15).

KOAH süresine göre semptom skoru, aktivite skoru, etki skoru ve solunum skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Bu farklılıkların hangi KOAH süreleri arasında olduğuna dair yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;

- KOAH süresi 6-15 yıl arasında olan kişilerin KOAH süresi 6 ay-1 yıl arasında ve 2-5 yıl arasında olan kişilere kıyasla semptom skoru puan ortalamaları daha yüksekti.
- KOAH süresi 6 ay-1 yıl arasında olan kişilerin KOAH süresi 2-5 yıl arasında, 6-15 yıl arasında ve 16 yıl ve üzerinde olan kişilere kıyasla aktivite skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- KOAH süresi 2-5 yıl arasında olan kişilerin KOAH süresi 6-15 yıl arasında ve 16 yıl ve üzerinde olan kişilere kıyasla aktivite skoru puan ortalamaları daha düşüktü (Tablo 15).

Tablo 15

KOAH Süresine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması

N=221		KOAH Süresi	n	Ort.	SS	Sıra Ort.	χ^2	p	Fark
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	a. 6 ay-1 yıl	54	20,43	6,35	100,34	3,123	0,37	-
		b. 2-5 yıl	111	21,69	7,33	117,57			
		c. 6-15 yıl	45	20,47	7,60	106,17			
		d. 16 yıl ve üzeri	11	21,36	8,88	116,82			
	Arkadaş Desteği	a. 6 ay-1 yıl	54	17,56	7,40	118,03	7,301	0,06	-
		b. 2-5 yıl	111	17,42	8,11	117,43			
		c. 6-15 yıl	45	13,76	7,76	89,31			
		d. 16 yıl ve üzeri	11	15,27	7,91	100,36			
	Özel Bir İnsan Desteği	a. 6 ay-1 yıl	54	15,54	8,03	120,13	3,316	0,35	-
		b. 2-5 yıl	111	14,19	8,55	112,00			
		c. 6-15 yıl	45	12,24	7,71	97,18			
		d. 16 yıl ve üzeri	11	14,00	8,98	112,68			
	Algılanan Sosyal Destek	a. 6 ay-1 yıl	54	53,52	16,29	115,62	5,166	0,16	-
		b. 2-5 yıl	111	53,30	17,69	116,76			
		c. 6-15 yıl	45	46,69	17,32	92,07			
		d. 16 yıl ve üzeri	11	50,64	21,25	107,68			
İlaç Uyumu St. George Solunum Anketi Bildirim Ölçeği	Semptom Skoru	a. 6 ay-1 yıl	54	7,48	0,50	98,50	11,020	0,01*	a<c b<c
		b. 2-5 yıl	111	7,51	0,74	107,01			
		c. 6-15 yıl	45	7,60	1,12	130,00			
		d. 16 yıl ve üzeri	11	7,82	0,40	134,86			
	Aktivite Skoru	a. 6 ay-1 yıl	54	7,24	2,53	71,17	58,214	0,00*	a<b a<c a<d b<c b<d
		b. 2-5 yıl	111	9,21	3,73	104,76			
		c. 6-15 yıl	45	12,89	3,61	164,29			
		d. 16 yıl ve üzeri	11	12,00	3,46	151,55			
	Etki Skoru	a. 6 ay-1 yıl	54	10,67	5,36	80,69	42,262	0,00*	a<c a<d b<c
		b. 2-5 yıl	111	13,08	6,49	103,32			
		c. 6-15 yıl	45	19,27	6,32	160,39			
		d. 16 yıl ve üzeri	11	16,45	5,75	135,23			
	Solunum Puanı	a. 6 ay-1 yıl	54	25,57	7,47	73,03	59,659	0,00*	a<b a<c a<d b<c
		b. 2-5 yıl	111	30,15	9,44	103,11			
		c. 6-15 yıl	45	40,62	7,40	168,36			
		d. 16 yıl ve üzeri	11	36,27	9,02	142,36			
İlaç Uyumu Puanı	a. 6 ay-1 yıl	54	19,35	6,20	108,27	5,066	0,17	-	
	b. 2-5 yıl	111	19,82	5,42	110,40				
	c. 6-15 yıl	45	19,80	4,78	105,81				
	d. 16 yıl ve üzeri	11	22,55	5,96	151,68				

χ^2 : Kruskal Wallis H Testi, *p<0,05

- KOAH süresi 6 ay-1 yıl arasında olan kişilerin KOAH süresi 6-15 yıl arasında ve 16 yıl ve üzerinde olan kişilere kıyasla etki skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- KOAH süresi 2-5 yıl arasında olan kişilerin KOAH süresi 6-15 yıl arasında olan kişilere kıyasla etki skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- KOAH süresi 6 ay-1 yıl arasında olan kişilerin KOAH süresi 2-5 yıl arasında, 6-15 yıl arasında ve 16 yıl ve üzerinde olan kişilere kıyasla solunum skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- KOAH süresi 2-5 yıl arasında olan kişilerin KOAH süresi 6-15 yıl arasında olan kişilere kıyasla solunum skoru puan ortalamaları daha düşüktü (Tablo 15).

KOAH evresine göre ilaç uyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 16).

KOAH evresine göre aile desteği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ($p>0,05$). Arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Bu farklılıkların hangi KOAH evreleri arasında olduğuna dair yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;

- Evre 1’de olan katılımcıların, Evre 2 ve Evre 3’te olan katılımcılara kıyasla arkadaş desteği puan ortalamaları daha yüksekti.
- Evre 1’de olan katılımcıların, Evre 2 ve Evre 3’te olan katılımcılara kıyasla özel bir insan desteği puan ortalamaları daha yüksekti.
- Evre 1’de olan katılımcıların, Evre 2 ve Evre 3’te olan katılımcılara kıyasla algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksekti.
- Evre 2’de olan katılımcıların Evre 3’te olan katılımcılara kıyasla algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksekti (Tablo 16).

Tablo 16

KOAH Evresine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması

N=221		KOAH Evresi	n	Ort.	SS	Sıra Ort.	χ^2	p	Fark
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	a. Evre 1	114	21,20	6,74	109,04	3,991	0,14	-
		b. Evre 2	75	22,09	6,99	120,79			
		c. Evre 3	32	18,53	8,83	95,05			
	Arkadaş Desteği	a. Evre 1	114	18,47	7,00	125,69	15,830	0,00*	b<a c<a
		b. Evre 2	75	15,57	8,55	102,69			
		c. Evre 3	32	12,34	7,86	78,14			
	Özel Bir İnsan Desteği	a. Evre 1	114	16,20	7,91	126,17	15,345	0,00*	b<a c<a
		b. Evre 2	75	12,65	8,78	100,17			
		c. Evre 3	32	10,09	6,19	82,36			
	Algılanan Sosyal Destek	a. Evre 1	114	55,87	16,74	126,37	18,730	0,00*	b<a c<a c<b
		b. Evre 2	75	50,32	17,77	103,74			
		c. Evre 3	32	41,28	15,22	73,27			
St. George Solunum Anketi	Semptom Skoru	a. Evre 1	114	7,51	0,52	102,03	11,959	0,00*	a<c b<c
		b. Evre 2	75	7,51	0,92	112,44			
		c. Evre 3	32	7,72	1,08	139,59			
	Aktivite Skoru	a. Evre 1	114	7,83	2,92	81,62	67,808	0,00*	a<b a<c b<c
		b. Evre 2	75	10,52	4,12	125,42			
		c. Evre 3	32	13,84	2,65	181,88			
	Etki Skoru	a. Evre 1	114	11,82	5,76	91,63	30,676	0,00*	a<b a<c b<c
		b. Evre 2	75	14,84	7,25	119,53			
		c. Evre 3	32	19,22	6,08	160,02			
	Solunum Puanı	a. Evre 1	114	27,25	8,27	84,13	58,249	0,00*	a<b a<c b<c
		b. Evre 2	75	33,39	10,04	123,17			
		c. Evre 3	32	42,00	5,75	178,19			
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyum Puanı	a. Evre 1	114	19,11	6,06	103,72	3,180	0,20	-
		b. Evre 2	75	20,71	4,49	118,70			
		c. Evre 3	32	20,41	5,52	118,88			

χ^2 : Kruskal Wallis H Testi, *p<0,05

KOAH evresine göre semptom skoru, aktivite skoru, etki skoru ve solunum skoru puan ortalamaları anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi (p<0,05). Bu farklılıkların hangi KOAH evreleri arasında olduğuna dair yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;

- Evre 3'te olan katılımcıların, Evre 1 ve Evre 2'de olan katılımcılara kıyasla semptom skoru puan ortalamaları daha yüksekti.
- Evre 1'de olan katılımcıların, Evre 2 ve Evre 3'te olan katılımcılara kıyasla aktivite skoru puan ortalamaları daha düşüktü.

- Evre 2’de olan katılımcıların Evre 3’te olan katılımcılara kıyasla aktivite skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Evre 1’de olan katılımcıların, Evre 2 ve Evre 3’te olan katılımcılara kıyasla etki skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Evre 2’de olan katılımcıların Evre 3’te olan katılımcılara kıyasla etki skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Evre 1’de olan katılımcıların, Evre 2 ve Evre 3’te olan katılımcılara kıyasla solunum skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Evre 2’de olan katılımcıların Evre 3’te olan katılımcılara kıyasla solunum skoru puan ortalamaları daha düşüktü (Tablo 16).

Başka bir kronik hastalık durumuna göre aile desteği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ($p>0,05$). Arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmış olup, başka bir kronik hastalığı olanların olmayanlara kıyasla arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal destek puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 17).

Başka bir kronik hastalık durumuna göre semptom skoru, aktivite skoru, etki skoru, solunum skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmış olup, başka bir kronik hastalığı olanların olmayanlara kıyasla semptom skoru, aktivite skoru, etki skoru, solunum skoru puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 17).

Başka bir kronik hastalık durumuna göre ilaç uyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17

Başka Bir Kronik Hastalık Durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması

N=221		Başka Bir Kronik Hastalık Durumu	n	Ort.	SS	Sıra Ort.	Z	p
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	Hayır	95	21,72	6,38	114,45	-0,709	0,48
		Evet	126	20,67	7,79	108,40		
	Arkadaş Desteği	Hayır	95	19,51	7,06	133,89	-4,635	0,00*
		Evet	126	14,41	7,92	93,74		
	Özel Bir İnsan Desteği	Hayır	95	15,66	8,33	121,92	-2,231	0,03*
		Evet	126	12,94	8,11	102,77		
	Algılanan Sosyal Destek	Hayır	95	56,99	15,66	129,57	-3,753	0,00*
		Evet	126	48,02	17,97	97,00		
St. George Solunum Anketi	Semptom Skoru	Hayır	95	7,46	0,62	99,47	-2,731	0,01*
		Evet	126	7,60	0,87	119,69		
	Aktivite Skoru	Hayır	95	8,07	3,37	84,45	-5,385	0,00*
		Evet	126	10,78	3,97	131,02		
	Etki Skoru	Hayır	95	12,28	6,43	95,60	-3,113	0,00*
		Evet	126	15,15	6,88	122,61		
	Solunum Puanı	Hayır	95	27,93	9,19	87,89	-4,668	0,00*
		Evet	126	34,14	9,82	128,42		
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyum Puanı	Hayır	95	20,02	5,76	115,07	-0,840	0,40
		Evet	126	19,70	5,37	107,93		

Z: Mann Whitney U Testi, *p<0,05

Son 1 yılda KOAH nedeni ile hastaneye yatma sayısına göre aile desteği, arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulundu ($p<0,05$). Bu farklılıkların hangi hastaneye yatma sayıları arasında olduğuna dair yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;

- Son 1 yılda KOAH nedeni ile hastaneye hiç yatmayanların 1 kez yatanlara kıyasla aile desteği puan ortalamaları daha yüksekti.
- Son 1 yılda KOAH nedeni ile hastaneye hiç yatmayanların 1 kez yatanlara kıyasla arkadaş desteği puan ortalamaları daha yüksekti.
- Son 1 yılda KOAH nedeni ile hastaneye 2 kez ve üzerinde yatanların hiç yatmayan ve 1 kez yatanlara kıyasla özel bir insan desteği puan ortalamaları daha düşüktü.
- Son 1 yılda KOAH nedeni ile hastaneye hiç yatmayanların 1 kez ve 2 kez ve üzerinde yatanlara kıyasla algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksekti.

- Son 1 yılda KOAH nedeni ile hastaneye 1 kez yatanların 2 kez ve üzerinde yatanlara kıyasla algılanan sosyal puan ortalamaları daha yüksekti (Tablo 18).

Tablo 18

Son 1 Yılda KOAH Nedeniyle Hastaneye Yatma Sayısına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Puanlarının Karşılaştırılması

N=221		Son 1 Yılda KOAH Nedeniyle Hastaneye Yatma Sayısı	n	Ort.	SS	Sıra Ort.	χ^2	p	Fark
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	a. 0 Kez	130	22,68	6,48	124,72	15,256	0,00*	b<a
		b. 1 Kez	79	19,19	7,38	92,59			
		c. 2 Kez ve üstü	12	16,92	9,41	83,54			
	Arkadaş Desteği	a. 0 Kez	130	18,35	7,93	124,85	15,458	0,00*	b<a
		b. 1 Kez	79	14,34	6,92	93,15			
		c. 2 Kez ve üstü	12	12,50	9,91	78,46			
	Özel Bir İnsan Desteği	a. 0 Kez	130	15,05	8,80	117,11	11,643	0,00*	c<a c<b
		b. 1 Kez	79	13,78	7,27	109,88			
		c. 2 Kez ve üstü	12	6,17	3,64	52,17			
	Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	a. 0 Kez	130	56,07	16,85	125,55	22,359	0,00*	b<a c<a c<b
		b. 1 Kez	79	47,44	17,13	96,59			
		c. 2 Kez ve üstü	12	35,58	10,60	48,21			
St. George Solunum Anketi	Semptom Skoru	a. 0 Kez	130	7,45	0,50	95,52	26,216	0,00*	a<b a<c
		b. 1 Kez	79	7,62	1,10	131,24			
		c. 2 Kez ve üstü	12	7,92	0,29	145,50			
	Aktivite Skoru	a. 0 Kez	130	7,85	3,07	82,11	67,998	0,00*	a<b a<c b<c
		b. 1 Kez	79	11,87	3,78	147,78			
		c. 2 Kez ve üstü	12	13,92	2,50	181,79			
	Etki Skoru	a. 0 Kez	130	11,22	6,01	85,74	49,392	0,00*	a<b a<c
		b. 1 Kez	79	17,78	5,94	147,39			
		c. 2 Kez ve üstü	12	17,75	7,00	145,04			
	Solunum Puanı	a. 0 Kez	130	26,59	8,25	79,98	74,684	0,00*	a<b a<c
		b. 1 Kez	79	38,22	8,10	153,95			
		c. 2 Kez ve üstü	12	39,92	7,49	164,33			
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyum Puanı	a. 0 Kez	130	19,86	5,95	114,20	1,968	0,37	-
		b. 1 Kez	79	19,76	4,58	103,70			
		c. 2 Kez ve üstü	12	20,08	6,83	124,46			

χ^2 : Kruskal Wallis H Testi, *p<0,05

Son 1 yılda KOAH nedeni ile hastaneye yatma sayısına göre semptom skoru, aktivite skoru, etki skoru ve solunum skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulundu ($p<0,05$). Bu farklılıkların hangi hastaneye yatma sayıları arasında olduğuna dair yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;

- Son 1 yılda KOAH nedeni ile hastaneye hiç yatmayanların 1 kez ve 2 kez ve üzerinde yatanlara kıyasla semptom skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Son 1 yılda KOAH nedeni ile hastaneye hiç yatmayanların 1 kez ve 2 kez ve üzerinde yatanlara kıyasla aktivite skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Son 1 yılda KOAH nedeni ile hastaneye 1 kez yatanların 2 kez ve üzerinde yatanlara kıyasla aktivite skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Son 1 yılda KOAH nedeni ile hastaneye hiç yatmayanların 1 kez ve 2 kez ve üzerinde yatanlara kıyasla etki skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Son 1 yılda KOAH nedeni ile hastaneye hiç yatmayanların 1 kez ve 2 kez ve üzerinde yatanlara kıyasla solunum skoru puan ortalamaları daha düşüktü (Tablo 18).

Son 1 yılda KOAH nedeni ile hastaneye yatma sayısına göre ilaç uyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 18).

Son 1 yılda KOAH nedeni ile acil servise başvurma sayısına göre aile desteği, arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulundu ($p<0,05$). Bu farklılıkların hangi acil servise başvurma sayıları arasında olduğuna dair yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;

- Son 1 yılda KOAH nedeni ile acil servise hiç başvurmayanların 1 kez başvurularına kıyasla aile desteği puan ortalamaları daha yüksekti.
- Son 1 yılda KOAH nedeni ile acil servise hiç başvurmayanların 1 kez ve 2 kez ve üzerinde başvurularına kıyasla arkadaş desteği puan ortalamaları daha yüksekti.
- Son 1 yılda KOAH nedeni ile acil servise 2 kez ve üzerinde başvuruların 1 kez başvurularına kıyasla özel bir insan desteği puan ortalamaları daha düşüktü.
- Son 1 yılda KOAH nedeni ile acil servise hiç başvurmayanların 1 kez ve 2 kez ve üzerinde başvurularına kıyasla algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksekti.

- Son 1 yılda KOAH nedeni ile acil servise 1 kez başvuranların 2 kez ve üzerinde başvuranlara kıyasla algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksekti (Tablo 19).

Tablo 19

Son 1 Yılda KOAH Nedeniyle Acil Servise Başvurma Sayısına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması

N=221		Son 1 Yılda KOAH Nedeni ile Acil Servise Başvurma Sayısı		n	Ort.	SS	Sıra Ort.	χ^2	p	Fark
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	a. 0 Kez	87	23,18	6,75	132,50				
		b. 1 Kez	123	19,99	6,92	97,72	16,950	0,00*	b<a	
		c. 2 Kez ve üstü	11	17,36	10,08	89,50				
	Arkadaş Desteği	a. 0 Kez	87	18,92	8,36	129,32				
		b. 1 Kez	123	15,36	7,17	101,28	13,606	0,00*	b<a c<a	
		c. 2 Kez ve üstü	11	12,18	8,72	74,73				
	Özel Bir İnsan Desteği	a. 0 Kez	87	14,57	9,56	112,98				
		b. 1 Kez	123	14,37	7,31	114,05	7,210	0,03*	c<b	
		c. 2 Kez ve üstü	11	7,55	5,09	61,18				
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	a. 0 Kez	87	56,67	17,88	127,93				b<a	
	b. 1 Kez	123	49,80	16,78	104,22	16,573	0,00*	c<a		
	c. 2 Kez ve üstü	11	37,09	10,22	52,95			c<b		
St. George Solunum Anketi	Semptom Skoru	a. 0 Kez	87	7,32	0,47	81,26				
		b. 1 Kez	123	7,65	0,92	128,15	45,120	0,00*	a<b a<c	
		c. 2 Kez ve üstü	11	8,00	0,00	154,50				
	Aktivite Skoru	a. 0 Kez	87	7,76	3,43	78,51				a<b
		b. 1 Kez	123	10,58	3,80	128,11	43,245	0,00*	a<c	
		c. 2 Kez ve üstü	11	13,55	2,73	176,64			b<c	
	Etki Skoru	a. 0 Kez	87	10,31	6,10	77,07				
		b. 1 Kez	123	16,13	6,18	131,94	40,916	0,00*	a<b a<c	
		c. 2 Kez ve üstü	11	17,73	7,11	145,14				
	Solunum Puanı	a. 0 Kez	87	25,51	8,53	72,05				
		b. 1 Kez	123	34,96	9,02	133,95	55,334	0,00*	a<b a<c	
		c. 2 Kez ve üstü	11	39,64	7,50	162,50				
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyumu Puanı	a. 0 Kez	87	20,80	5,82	126,99				
		b. 1 Kez	123	19,08	5,10	98,06	11,866	0,00*	b<a	
		c. 2 Kez ve üstü	11	20,64	6,90	129,27				

χ^2 : Kruskal Wallis H Testi, *p<0,05

Son 1 yılda KOAH nedeni ile acil servise başvurma sayısına göre semptom skoru, aktivite skoru, etki skoru ve solunum skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulundu ($p<0,05$). Bu farklılıkların hangi acil servise başvurma sayıları arasında olduğuna dair yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;

- Son 1 yılda KOAH nedeni ile acil servise hiç başvurmeyanların 1 kez ve 2 kez ve üzerinde başvuranlara kıyasla semptom skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Son 1 yılda KOAH nedeni ile acil servise hiç başvurmeyanların 1 kez ve 2 kez ve üzerinde başvuranlara kıyasla aktivite skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Son 1 yılda KOAH nedeni ile acil servise 1 kez başvuranların 2 kez ve üzerinde başvuranlara kıyasla aktivite skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Son 1 yılda KOAH nedeni ile acil servise hiç başvurmeyanların 1 kez ve 2 kez ve üzerinde başvuranlara kıyasla etki skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Son 1 yılda KOAH nedeni ile acil servise hiç başvurmeyanların 1 kez ve 2 kez ve üzerinde başvuranlara kıyasla solunum skoru puan ortalamaları daha düşüktü (Tablo 19).

Son 1 yılda KOAH nedeni ile acil servise başvurma sayısına göre ilaç uyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulundu ($p<0,05$). Bu farklılıkların hangi acil servise başvurma sayıları arasında olduğuna dair yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;

- Son 1 yılda KOAH nedeni ile acil servise hiç başvurmeyanların 1 kez başvuranlara kıyasla ilaç uyumu puan ortalamaları daha yüksekti (Tablo 19).

Evde USOT alma durumuna göre aile desteği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulundu ($p>0,05$). Arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiş olup, evde USOT alanların almayanlara kıyasla arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal destek puan ortalamalarının daha düşük olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 20).

Evde USOT alma durumuna göre semptom skoru, aktivite skoru, etki skoru, solunum skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiş olup, evde USOT alanların almayanlara kıyasla semptom skoru, aktivite skoru, etki skoru, solunum skoru puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 20).

Evde USOT alma durumuna göre ilaç uyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20

Evde USOT Durumu göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması

N=221		Evde USOT Alma Durumu	n	Ort.	SS	Sıra Ort.	Z	p
	Aile Desteği	Hayır	163	21,58	6,81	113,78	-1,100	0,27
		Evet	58	19,81	8,18	103,20		
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Arkadaş Desteği	Hayır	163	17,64	7,47	118,96	-3,111	0,00*
		Evet	58	13,69	8,60	88,64		
	Özel Bir İnsan Desteği	Hayır	163	15,02	8,33	117,45	-2,545	0,01*
		Evet	58	11,55	7,71	92,86		
Algılanan Sosyal Destek	Hayır	163	54,30	16,86	119,69	-3,391	0,00*	
	Evet	58	45,05	17,83	86,57			
St. George Solunum Anketi	Semptom Skoru	Hayır	163	7,52	0,51	103,22	-3,557	0,00*
		Evet	58	7,59	1,24	132,85		
	Aktivite Skoru	Hayır	163	8,35	3,31	90,17	-8,154	0,00*
		Evet	58	13,17	3,42	169,53		
	Etki Skoru	Hayır	163	12,08	6,11	93,98	-6,640	0,00*
		Evet	58	19,09	6,07	158,82		
	Solunum Puanı	Hayır	163	28,04	8,77	89,02	-8,574	0,00*
		Evet	58	41,12	6,33	172,78		
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyum Puanı	Hayır	163	19,67	5,84	110,68	-0,128	0,90
		Evet	58	20,29	4,55	111,91		

Z: Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$

Son 1 yıl içinde KOAH ile ilgili eğitim alma durumuna göre aile desteği, arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 21).

Son 1 yıl içinde KOAH ile ilgili eğitim alma durumuna göre semptom skoru, aktivite skoru, etki skoru, solunum skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiş olup, son 1 yıl içinde KOAH ile ilgili eğitim alanların almayanlara kıyasla semptom skoru, aktivite skoru, etki skoru, solunum skoru puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21

Son 1 Yıl içinde KOAH ile İlgili Eğitim Alma Durumu göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması

N=221		Son 1 Yıl içinde KOAH ile İlgili Eğitim Alma Durumu	n	Ort.	SS	Sıra Ort.	Z	p	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	Hayır	134	21,46	7,05	113,76	-0,810	0,42	
		Evet	87	20,59	7,48	106,75			
	Arkadaş Desteği	Hayır	134	17,01	7,98	114,23	-0,935	0,35	
		Evet	87	15,97	7,93	106,02			
	Özel Bir İnsan Desteği	Hayır	134	14,48	8,67	113,17	-0,633	0,53	
		Evet	87	13,55	7,69	107,66			
	Algılanan Sosyal Destek	Hayır	134	53,02	17,56	114,46	-1,000	0,32	
		Evet	87	50,10	17,51	105,67			
St. George Solunum Anketi	Semptom Skoru	Hayır	134	7,46	0,60	99,06	-4,045	0,00*	
		Evet	87	7,66	0,97	129,40			
	Aktivite Skoru	Hayır	134	9,13	4,01	101,78	-2,672	0,01*	
		Evet	87	10,37	3,76	125,20			
	Etki Skoru	Hayır	134	12,30	6,89	95,54	-4,465	0,00*	
		Evet	87	16,41	5,95	134,80			
	Solunum Puanı	Hayır	134	28,97	10,13	94,53	-4,755	0,00*	
		Evet	87	35,32	8,55	136,37			
	İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyum Puanı	Hayır	134	19,58	6,02	110,87	-0,038	0,97
			Evet	87	20,23	4,67	111,20		

Z: Mann Whitney U Testi, *p<0,05: Düzeyinde Anlamlı

Son 1 yıl içinde KOAH ile ilgili eğitim alma durumuna göre ilaç uyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı (p>0,05) (Tablo 21).

Tablo 22

Antidepresan İlaç Kullanımına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması

N=221		Antidepresan İlaç Kullanımı		n	Ort.	SS	Sıra Ort.	Z	p
		Yok	Var						
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	Yok		207	21,63	6,84	114,64	-3,307	0,00*
		Var		14	13,50	8,53	57,21		
	Arkadaş Desteği	Yok		207	16,63	7,96	111,30	-0,271	0,79
		Var		14	16,14	8,14	106,54		
	Özel Bir İnsan Desteği	Yok		207	14,02	8,34	110,09	-0,822	0,41
		Var		14	15,43	7,71	124,43		
Algılanan Sosyal Destek	Yok		207	52,33	17,44	112,73	-1,545	0,12	
	Var		14	45,07	18,53	85,46			
St. George Solunum Anketi	Semptom Skoru	Yok		207	7,53	0,79	110,14	-0,897	0,37
		Var		14	7,71	0,47	123,64		
	Aktivite Skoru	Yok		207	9,50	3,80	109,72	-1,152	0,25
		Var		14	11,36	5,65	129,96		
	Etki Skoru	Yok		207	13,67	6,65	108,83	-1,944	0,05
		Var		14	17,57	8,49	143,11		
Solunum Puanı	Yok		207	31,12	9,66	109,05	-1,742	0,08	
	Var		14	36,64	13,74	139,79			
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyum Puanı	Yok		207	20,09	5,34	113,45	-2,234	0,03*
		Var		14	16,14	7,08	74,82		

Z: Mann Whitney U Testi, *p<0,05: Düzeyinde Anlamlı

Antidepresan ilaç kullanımına göre arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı (p>0,05). Aile desteği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiş olup, antidepresan ilaç kullanmayanların kullananlara kıyasla aile desteği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 22).

Antidepresan ilaç kullanımına göre semptom skoru, aktivite skoru, etki skoru, solunum skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı (p>0,05) (Tablo 22).

Antidepresan ilaç kullanımına göre ilaç uyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiş olup, antidepresan ilaç kullanmayanların kullananlara kıyasla ilaç uyumu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 22).

Tablo 23

Toplam Kullanılan İlaç Sayısına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumu Puanlarının Karşılaştırılması

N=221		Toplam Kullanılan İlaç Sayısı	n	Ort.	SS	Sıra Ort.	χ^2	p	Fark
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	a. 1-2 tane	103	21,47	6,16	110,48	0,639	0,73	-
		b. 3-5 tane	76	21,86	6,57	114,86			
		c. 6' den fazla	42	18,93	10,00	105,30			
	Arkadaş Desteği	a. 1-2 tane	103	18,91	7,23	129,16	28,944	0,00*	c<a c<b
		b. 3-5 tane	76	16,57	7,18	111,06			
		c. 6' den fazla	42	11,00	8,35	66,37			
	Özel Bir İnsan Desteği	a. 1-2 tane	103	16,17	8,09	126,13	19,571	0,00*	c<a c<b
		b. 3-5 tane	76	13,95	7,97	110,41			
		c. 6' den fazla	42	9,36	7,49	74,96			
	Algılanan Sosyal Destek	a. 1-2 tane	103	56,55	16,69	127,51	28,851	0,00*	c<a c<b
		b. 3-5 tane	76	52,49	15,75	114,06			
		c. 6' den fazla	42	39,29	17,01	64,98			
St. George Solunum Anketi	Semptom Skoru	a. 1-2 tane	103	7,57	0,50	108,36	0,666	0,72	-
		b. 3-5 tane	76	7,50	0,92	111,57			
		c. 6' den fazla	42	7,52	1,02	116,43			
	Aktivite Skoru	a. 1-2 tane	103	7,96	3,21	82,36	45,028	0,00*	a<b a<c b<c
		b. 3-5 tane	76	10,41	3,87	125,34			
		c. 6' den fazla	42	12,24	3,96	155,29			
	Etki Skoru	a. 1-2 tane	103	12,26	5,68	95,91	11,080	0,00*	a<b a<c
		b. 3-5 tane	76	15,03	7,15	121,72			
		c. 6' den fazla	42	15,98	7,91	128,61			
	Solunum Puanı	a. 1-2 tane	103	27,89	8,32	87,88	27,701	0,00*	a<b a<c
		b. 3-5 tane	76	33,45	10,14	124,32			
		c. 6' den fazla	42	36,67	10,54	143,58			
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyum Puanı	a. 1-2 tane	103	19,63	5,75	109,45	1,834	0,40	-
		b. 3-5 tane	76	20,57	5,02	117,97			
		c. 6' den fazla	42	19,02	5,82	102,20			

χ^2 : Kruskal Wallis H Testi, *p<0,05

Toplam kullanılan ilaç sayısına göre aile desteği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı (p>0,05). Arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi (p<0,05). Bu farklılıkların hangi ilaç sayıları arasında olduğuna dair yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;

- Toplam 6' dan fazla ilaç kullananların toplam 1-2 tane ve 3-5 tane ilaç kullananlara kıyasla arkadaş desteği puan ortalamaları daha düşüktü.
- Toplam 6' dan fazla ilaç kullananların toplam 1-2 tane ve 3-5 tane ilaç kullananlara kıyasla özel bir insan desteği puan ortalamaları daha düşüktü.
- Toplam 6' dan fazla ilaç kullananların toplam 1-2 tane ve 3-5 tane ilaç kullananlara kıyasla algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha düşüktü (Tablo 23).

Toplam kullanılan ilaç sayısına göre semptom skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulundu ($p>0,05$). Aktivite skoru, etki skoru ve solunum skoru puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Bu farklılıkların hangi ilaç sayıları arasında olduğuna dair yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre;

- Toplam 1-2 tane ilaç kullananların toplam 3-5 tane ve 6' dan fazla ilaç kullananlara kıyasla aktivite skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Toplam 3-5 tane ilaç kullananların toplam 6' dan fazla ilaç kullananlara kıyasla aktivite puan ortalamaları daha düşüktü.
- Toplam 1-2 tane ilaç kullananların toplam 3-5 tane ve 6' dan fazla ilaç kullananlara kıyasla etki skoru puan ortalamaları daha düşüktü.
- Toplam 1-2 tane ilaç kullananların toplam 3-5 tane ve 6' dan fazla ilaç kullananlara kıyasla solunum skoru puan ortalamaları daha düşüktü (Tablo 23).

Toplam kullanılan ilaç sayısına göre ilaç uyumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 23).

4.3. Yaş ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulgular

Bu bölümde, yaş ile “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”, “St. George Solunum Anketi” ve “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği” puanları arasındaki korelasyon ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 24

Yaş ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi

N=221		Yaş
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	r 0,05
	Arkadaş Desteği	r -0,28*
	Özel Bir İnsan Desteği	r -0,23*
	Algılanan Sosyal Destek	r -0,23*
St. George Solunum Anketi	Semptom Skoru	r 0,18*
	Aktivite Skoru	r 0,52*
	Etki Skoru	r 0,33*
	Solunum Skoru	r 0,47*
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyum Puanı	r 0,10

r: Spearman Korelasyon, * $p \leq 0,01$

Yaş ile aile desteği ($r=0,05$, $p>0,05$) arasında anlamlı bir ilişki olmadığı; arkadaş desteği ($r=-0,28$, $p \leq 0,01$), özel bir insan desteği ($r=-0,23$, $p \leq 0,01$), algılanan sosyal destek ($r=-0,23$, $p \leq 0,01$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 24).

Yaş ile semptom skoru ($r=0,18$, $p \leq 0,01$) arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde; etki skoru ($r=0,33$, $p \leq 0,01$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde; aktivite skoru ($r=0,52$, $p \leq 0,01$) ile solunum skoru ($r=0,47$, $p \leq 0,01$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 24).

Yaş ile ilaç uyumu ($r=0,10$, $p>0,05$) puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü (Tablo 24).

4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi

Bu bölümde “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”, “St. George Solunum Anketi” ve “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği” arasındaki korelasyona ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 25

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, St. George Solunum Anketi ve İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi

	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği				St. George Solunum Anketi			İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği		
	Aile Desteği	Arkadaş Desteği	Özel Bir İnsan Desteği	Algılanan Sosyal Destek	Semptom Skoru	Aktivite Skoru	Etki Skoru	Solunum Puanı	İlaç Uyum Puanı	
N=221										
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Desteği	r 1	-	-	-	-	-	-	-	
	Arkadaş Desteği	r 0,28*	1	-	-	-	-	-	-	
	Özel Bir İnsan Desteği	r 0,05	0,56*	1	-	-	-	-	-	
	Algılanan Sosyal Destek	r 0,52*	0,85*	0,77*	1	-	-	-	-	
St. George Solunum Anketi	Semptom Skoru	r -0,33*	-0,23*	0,01	-0,21*	1	-	-	-	
	Aktivite Skoru	r -0,20*	-0,31*	-0,13	-0,30*	0,37*	1	-	-	
	Etki Skoru	r -0,31*	-0,18*	0,04	-0,18*	0,53*	0,67*	1	-	
	Solunum Skoru	r -0,30*	-0,23*	-0,03	-0,23*	0,50*	0,80*	0,92*	1	
İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği	İlaç Uyumu Skoru	r 0,39*	0,10	-0,01	0,17**	-0,07	0,00	-0,11	-0,08	1

r: Spearman Korelasyon, *p<0,01, ** p<0,05

Aile desteği ile özel bir insan desteği arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Aile desteği ile arkadaş desteği ($r=0,28$, $p\leq 0,01$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde; algılanan sosyal destek ($r=0,52$, $p\leq 0,01$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Aile desteği ile semptom skoru ($r=-0,33$, $p\leq 0,01$), aktivite skoru ($r=-0,20$, $p\leq 0,01$), etki skoru ($r=-0,31$, $p\leq 0,01$), solunum skoru ($r=-0,30$, $p\leq 0,01$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Aile desteği ile ilaç uyumu ($r=0,39$, $p\leq 0,01$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (Tablo 25).

Arkadaş desteği ile özel bir insan desteği ($r=0,56$, $p\leq 0,01$) arasında pozitif yönde orta düzeyde; algılanan sosyal destek ($r=0,85$, $p\leq 0,01$) arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki olduğu belirlendi. Arkadaş desteği ile etki skoru ($r=-0,18$, $p\leq 0,01$) arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde; semptom skoru ($r=-0,23$, $p\leq 0,01$), aktivite skoru ($r=-0,31$, $p\leq 0,01$), solunum skoru ($r=-0,23$, $p\leq 0,01$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Arkadaş desteği ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 25).

Özel bir insan desteği ile algılanan sosyal destek ($r=0,77$, $p\leq 0,01$) arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu görüldü. Özel bir insan desteği ile semptom skoru, aktivite skoru, etki skoru ve solunum skoru arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ($p>0,05$). Özel bir insan desteği ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 25).

Algılanan sosyal destek ile etki skoru ($r=-0,18$, $p\leq 0,01$) arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde; semptom skoru ($r=-0,21$, $p\leq 0,01$), aktivite skoru ($r=-0,30$, $p\leq 0,01$), solunum skoru ($r=-0,23$, $p\leq 0,01$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Algılanan sosyal destek ile ilaç uyumu ($r=0,10$, $p<0,05$) arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 25).

Semptom skoru ile aktivite skoru ($r=0,37$, $p\leq 0,01$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde; etki skoru ($r=0,53$, $p\leq 0,01$), solunum skoru ($r=0,50$, $p\leq 0,01$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Semptom skoru ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 25).

Aktivite skoru ile etki skoru ($r=0,67$, $p\leq 0,01$), solunum skoru ($r=0,80$, $p\leq 0,01$) arasında pozitif yönde güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Aktivite skoru ile ilaç uyumu ($r=0,00$, $p>0,05$) arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu (Tablo 25).

Etki skoru ile solunum skoru ($r=0,92$, $p\leq 0,01$) arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki olduğu görüldü. Etki skoru ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 25).

Solunum skoru ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 25).

İlaç uyumu ile aile desteği arasında ($r=0,39$, $p\leq 0,01$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde; algılanan sosyal destek ile arasında ($r=0,17$, $p<0,05$) pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 25).

4.5. Aile Desteği, Arkadaş Desteği ve Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Semptom Skoru, Aktivite Skoru, Etki Skoru ve Solunum Skoru Puanları Üzerindeki Etkisine Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

Bu bölümde aile desteği, arkadaş desteği ve algılanan sosyal destek puanlarının semptom skoru, aktivite skoru, etki skoru ve solunum skoru puanları üzerindeki etkisine yönelik çoklu regresyon analizine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 26

Aile Desteği, Arkadaş Desteği ve Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Semptom Skoru, Aktivite Skoru, Etki Skoru ve Solunum Skoru Puanları Üzerindeki Etkisine Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Değişkenler	B	t	p
Semptom Skoru	Sabit Değer	8.08	46.47	0.00*
	Aile Desteği	-0.03	-2.79	0.01*
	Arkadaş Desteği	-0.03	-2.26	0.03*
	Algılanan Sosyal Destek	0.01	1.51	0.13
	F=5,146, p= 0,00*, R=0,258, R ² =0,066			
Aktivite Skoru	Sabit Değer	13.32	15.35	0.00*
	Aile Desteği	-0.11	-2.20	0.03*
	Arkadaş Desteği	-0.18	-2.65	0.01*
	Algılanan Sosyal Destek	0.03	0.85	0.39
	F=9,105, p= 0,00*, R=0,334, R ² =0,112			
Etki Skoru	Sabit Değer	19.76	13.13	0.00*
	Aile Desteği	-0.37	-4.09	0.00*
	Arkadaş Desteği	-0.32	-2.78	0.01*
	Algılanan Sosyal Destek	0.14	2.20	0.03*
	F=8,609, p= 0,00*, R=0,326, R ² =0,106			
Solunum Puanı	Sabit Değer	41.01	18.68	0.00*
	Aile Desteği	-0.47	-3.62	0.00*
	Arkadaş Desteği	-0.48	-2.83	0.01*
	Algılanan Sosyal Destek	0.16	1.74	0.08
	F=9,423, p=0,00*, R=0,339, R ² =0,115			

p: Çoklu Regresyon Analizi, *p<0,05

Aile desteği, arkadaş desteği ve algılanan sosyal desteklerin semptom skoru üzerindeki etkisine yönelik kurulan regresyon modelinde algılanan sosyal desteğin semptom skoru üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görüldü (p>0,05). Aile desteği ve arkadaş desteğinin semptom skoru üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu; aile ve arkadaş desteği arttıkça semptom skorunun azaldığı belirlendi (p<0,05) (Tablo 26).

Aile desteği, arkadaş desteği ve algılanan sosyal desteklerin aktivite skoru üzerindeki etkisine yönelik kurulan regresyon modelinde algılanan sosyal desteğin aktivite skoru üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptandı (p>0,05). Aile desteği ve arkadaş desteğinin aktivite skoru üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu; aile ve arkadaş desteği arttıkça aktivite skorunun azaldığı belirlendi (p<0,05) (Tablo 26).

Aile desteği, arkadaş desteği ve algılanan sosyal desteklerin etki skoru üzerindeki etkisine yönelik kurulan regresyon modelinde aile desteği arkadaş desteği ve algılanan sosyal desteğin etki skoru üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmış olup, aile ve arkadaş desteği arttıkça etki skorunun azaldığı; algılanan sosyal destek arttıkça etki skorunun artığı belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 26).

Aile desteği, arkadaş desteği ve algılanan sosyal desteklerin solunum puanı üzerindeki etkisine yönelik kurulan regresyon modelinde algılanan sosyal desteğin solunum puanı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görüldü ($p>0,05$). Aile desteği ve arkadaş desteğinin solunum puanı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuş olup; aile ve arkadaş desteği arttıkça solunum skoru puanının azaldığı saptandı ($p<0,05$) (Tablo 26).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışma KOAH olan bireylerde algılanan sosyal desteğin ilaç uyumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmadan elde edilen veriler, ölçeklere ilişkin tanımlayıcı bulgular, ölçeklerden elde edilen puanları etkileyebilecek faktörler, algılanan sosyal desteğin ilaç uyumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ele alacak şekilde literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. KOAH olan bireylerin “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”, “St. George Solunum Anketi” ve “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği”ne İlişkin Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

KOAH olan bireylerin yeterli sosyal desteğe sahip olmaları öz bakım aktivitelerini gerçekleştirebilmelerini ve tedaviye uyumlarını kolaylaştırır (Chen, vd., 2017). İyi düzeyde algılanan sosyal destek, bireylerin yaşadıkları sağlık sorunları ile baş edebilmeleri için önemlidir (Arabyat ve Raisch 2019; Turnier, vd., 2021). Korkmaz ve Tel’in çalışmasında, KOAH olan bireylerin algıladıkları sosyal destek puanlarının ortalama $53,26 \pm 18,62$ olduğu ve aile desteği puanlarının $(19,92 \pm 7,84)$ sosyal desteğin diğer alt boyutların daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Korkmaz ve Tel, 2010). Benzer şekilde Mollaoğlu ve Yanmış, astım ve KOAH olan bireylerin algıladıkları sosyal destek puanlarının $54,21 \pm 19,22$ olduğunu ve aile desteği puanlarının $(23,28 \pm 7,98)$ daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (Mollaoğlu ve Yanmış, 2018).

Çin’de yapılan bir çalışmada KOAH olan bireylerde algılanan sosyal desteğin orta düzeyde olduğu $(50,94 \pm 7,83)$ ve en yüksek aile desteği alt boyutundan puan $(25,48 \pm 2,54)$ alındığını bulmuşlardır (Zhao, vd., 2020). Turnier ve arkadaşları, KOAH olan bireylerde algılanan sosyal desteğin $20,2 \pm 6,1$ olduğunu belirlemişlerdir (Turnier, vd., 2021). KOAH ve kalp yetersizliği komorbiditeleri olan hastalarda algılanan sosyal desteğin incelendiği bir çalışmada, hastaların algıladıkları sosyal destek ortalama puanının 64 ± 17 olduğu ve özel bir insan desteği puanlarının (23 ± 7) daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (Bugajski, vd., 2019).

Sarı'nın çalışmasında da KOAH olan bireylerin algılanan sosyal destek puan ortalamasının $47,65 \pm 17,78$ olduğu ve en yüksek aile desteğinden puan aldıkları ($25,62 \pm 5,74$) saptanmıştır (Sarı, 2020). Bu çalışmada da benzer şekilde KOAH olan bireylerin toplam algıladıkları sosyal destek puanının ortalama $51,87 \pm 17,56$ olduğu ve ölçek alt boyutlarına bakıldığında ise en yüksek puanının aile desteğinden ($21,12 \pm 7,22$) alındığı görülmektedir (Tablo 5). “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”nden toplam alınabilecek puan (12-84) göz önüne alındığında literatürde kronik hastalığa sahip bireylerde algılanan sosyal desteğin istendik düzeyde olmadığı ve KOAH olan bireylerde daha düşük sosyal destek algısı olduğu söylenebilir. Bu bağlamda hemşirelerin KOAH olan bireylerde algılanan sosyal desteği olumsuz etkileyebilecek faktörleri değerlendirmelerinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireyin sağlığını ve refahını tanımlayan, KOAH'tan önemli ölçüde etkilenen faktörlerden biridir (van Boven, vd., 2014). Kronik hastalığı olan bireylerde daha yüksek düzeyde sosyal destek algısı, daha yüksek düzeyde sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile ilişkidir (Slaven, vd., 2021). KOAH'ın artan şiddeti ile birlikte yaşam kalitesi kötüleşmekte ve KOAH'lı bireyler günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede zorluk yaşamaktadır (Çil Akıncı, 2017; Vaes, vd., 2019). Bu durum sosyal izolasyona ve anksiyeteye neden olmaktadır (Başkan, vd., 2021; Janssen, vd., 2015).

Vietnam'da yapılan bir çalışmada polikliniğe başvuran ve çoğunluğu ağır evrede olan (%40,5) KOAH'lı bireylerin SGRQ'ye göre düşük düzeyde sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin ($48,6 \pm 21,1$) olduğunu belirlemiştir (Nguyen, vd., 2019). İspanya'da yapılan gözlemsel bir çalışmada KOAH'lı bireylerin yaşam kalitelerinin kötü düzeyde ($40,9 \pm 25,0$) olduğunu ve yaşam kaliteleri üzerinde aktivite skorunun ($52,7 \pm 28,7$) etkisinin daha fazla olduğunu saptamışlardır (Merino, vd., 2019). Mohsen ve arkadaşları, KOAH olan bireylerde SGRQ'ye göre yaşam kalitesinin ($66,6 \pm 18,71$) kötü olduğunu ve aktivite skorunun ($76,35 \pm 21,06$) etkisinin belirgin düzeyde olduğunu bulmuşlardır (Mohsen, vd., 2019). Ay, KOAH olan bireylerin SGRQ'ye göre düşük düzeyde sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin ($58,35 \pm 20,00$) olduğunu ve en fazla olumsuz etkilenen alt boyutun aktivite ($74,78 \pm 21,59$) olduğunu saptamıştır (Ay, 2020).

Yenilmez ve arkadaşları, ağır şiddetli KOAH'ı olanların yaşam kalitelerinin (56,70±18,45), orta şiddetli KOAH'ı olanların yaşam kalitelerine (38,07±18,02) göre daha kötü olduğunu belirlemişlerdir (Yenilmez, vd., 2018). Farklı çalışmalarda da KOAH olan bireylerin yaşam kalitelerinin kötü düzeyde olduğu görülmektedir (Aldan, 2019; Balcells, vd., 2015; Medinas-Amorós, vd., 2012). Bu çalışmada da literatür bulguları ile benzer şekilde KOAH olan bireylerin kötü düzeyde bir yaşam kalitesi bildirdikleri (31,47±10,2) saptanmıştır. Bununla birlikte diğer çalışmaların aksine (Ay, 2020; Merino, vd., 2019), en fazla olumsuz etkilenen alt boyutun etki skorunda (13,92±6,83) olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Etki skorunda iş, meşguliyet, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yaşanan güçlüklerle yönelik sorular yer almaktadır. Bu farklılığın diğer çalışmalarının yapıldığı hasta popülasyonlarının yaş ortalamalarının daha yüksek ve çalışanın daha az sayıda olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

İlaça uyum sağlanması KOAH'ta sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde önemli olmasına rağmen, ilaca uyumsuzluk KOAH olan bireylerde sıklıkla görülmektedir (Brandstetter, vd., 2017; López-Campos, vd., 2019; van Boven, vd., 2014). İlaç uyumunda yaşanan güçlük terapötik etkilerde azalmaya (van Boven, vd., 2014), hastalığın şiddetinde, hastaneye yatış ve mortalite oranında artışa neden olabilir (Ágh, vd., 2015). Montes de Oca ve arkadaşları, KOAH olan bireylerin inhaler tedaviye uyum oranlarının %51'inde yüksek düzeyde, %19,9'unda düşük düzeyde olduğunu bulmuşlardır (Montes de Oca, vd., 2017). Efil ve arkadaşları (2020), KOAH olan bireylerin %64,18'inin düşük düzeyde ilaca uyum sağladıklarını belirlemişlerdir (Efil, vd., 2020).

Moradkhani ve arkadaşları, KOAH olan bireylerde iyi düzeyde ilaç uyumunun düşük oranda (%23) olduğunu, yaşam kalitesi iyi düzeyde olan KOAH'lı bireylerin ilaç uyumlarının daha iyi düzeyde olduğunu saptamışlardır (Moradkhani, vd., 2021). Yapılan başka bir çalışmada KOAH'ı olanların %42'sinin yüksek düzeyde ilaç uyumu bildirirken, %58'inin yetersiz ilaç uyumu bildirdiğini bulmuşlardır (Sriram ve Percival, 2016). Mollaoğlu ve Yanmış, astım ve KOAH olan bireylerin %52,6'sının ilaca uyumlarının düşük düzeyde olduğunu saptamışlardır (Mollaoğlu ve Yanmış, 2018). Mohsen ve arkadaşları, KOAH'lı bireylerin %45,1'inde ilaçlara uyumsuzluk bildirdiklerini belirlemişlerdir (Mohsen, vd., 2019).

Kocakaya ve arkadaşları, KOAH olan bireylerin %55,4'ünde ilaca uyumun düşük düzeyde olduğunu belirlemişlerdir (Kocakaya, vd., 2017). Çok merkezli yapılan bir çalışmada (12 ülke, 4343 KOAH'lı birey) ilaca kötü uyum bildirenlerin oranı %35 bulunmuştur (Müllerová, vd., 2016). Humenberger ve arkadaşları, KOAH olan bireylerde inhaler tedaviye tam uyumun sadece %33,6'sında olduğunu saptamışlardır (Humenberger, vd., 2018). Federman ve arkadaşları, KOAH olan bireylerin %45'inin KOAH ilaçlarına düşük düzeyde uyum bildirdiklerini belirlemişlerdir (Federman vd., 2021). Bu çalışmada da literatür bulguları ile benzer şekilde KOAH olan bireylerin ilaca uyumları istendik düzeyde ($19,84 \pm 5,53$) değildi (Tablo 5). İlaça uyum ve uyum sağlayamama iyileştirilmesi gereken önemli bir konudur. Bu nedenle KOAH'ın yönetiminde kritik öneme sahip hemşirelerin (Efil, vd., 2020) ilaç uyumu ve etkileyen faktörleri ele alarak bakımı planlanmasının, çözüm yollarının belirlenmesine fırsat sağlayacağı düşünülmektedir.

5.2. KOAH Olan Bireylerin Sosyo-Demografik, Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri İle “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

KOAH'a eşlik eden kronik hastalığı olan bireylerde algılanan sosyal desteğin yetersiz olduğu bilinmektedir (Korkmaz ve Tel, 2010). Olumlu sosyal desteğe sahip olmak, diğer kronik hastalıklarda olumlu sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (Akbulut, 2019; Çetinkaya, 2019; Özbayır vd., 2019). Arabyat ve Raisch, KOAH'a eşlik eden astım veya diyabet varlığının yetersiz sosyal/duygusal desteğin bildirilmesiyle ilişkili olduğunu belirlemişlerdir (Arabyat ve Raisch, 2019). Bu çalışmada da KOAH dışında başka bir kronik hastalığı olanların, kronik hastalığı olmayanlara göre arkadaş desteği (sırasıyla $14,41 \pm 7,92$, $19,51 \pm 7,06$; $p=0,00$), özel bir insan desteği (sırasıyla $12,94 \pm 8,11$, $15,66 \pm 8,33$; $p=0,03$) ve algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları (sırasıyla $48,02 \pm 17,97$, $56,99 \pm 15,66$; $p=0,00$) daha düşük bulunmuştur (Tablo 17). KOAH'a eşlik eden komorbiditeler algılanan sosyal desteği olumsuz etkileyebilir. Elde edilen bulgular literatür bulguları ile paraleldir.

Chen ve arkadaşları, çalışmasında, yalnız yaşayan KOAH'lı bireylerin yalnız yaşamadığını ifade edenlere göre algıladıkları sosyal destek düzeyinin kötü olduğunu belirlemişlerdir (Chen, vd., 2017). Bu çalışmada da yalnız yaşayan KOAH'lı bireylerin eşi, eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığını belirtenlere göre daha düşük düzeyde sosyal destek

algısına sahip oldukları (sırasıyla 42,32±17,36, 51,38±16,50, 60,60±16,37; p=0,00) belirlenmiştir (Tablo 9). Yetersiz sosyal destek algısı KOAH'lı bireylerin daha fazla negatif duygular yaşamalarına ve öz bakımlarını gerçekleştirememelerine neden olabilir (Barton, vd., 2015; Medinas Amoros, vd., 2012). Bu nedenle yalnız yaşayan bireylerde sosyal destek kaynaklarının belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Aras ve Tel, KOAH hastalarında aile desteği algılarının evli olanlarda daha yüksek düzeyde olduğunu, algılanan arkadaş desteğinin ise bekarlarda daha iyi düzeyde olduğunu bulmuşlardır (Aras ve Tel, 2009). Başka bir çalışmada da evli olmayan bireylerin algıladıkları aile desteği, özel kişi desteği ve toplam algılanan sosyal desteğin iyi düzeyde olmadığı belirlenmiştir (Korkmaz ve Tel, 2010). Turnier ve arkadaşları, evli olan KOAH'lı bireylerde algılanan sosyal desteğin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (Turnier, vd., 2021). Bu çalışmada da benzer şekilde evlilerin bekârlara kıyasla aile desteği (sırasıyla 22,34±6,44, 15,05±7,90; p=0,00) ve toplam algılanan sosyal destek puan ortalamaları (sırasıyla 53,14±17,55, 45,59±16,40; p=0,03) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 7). Hipertansiyonu olan bireylerde algılanan sosyal desteğin incelendiği bir çalışmada da evli bireylerin bekarlara göre sosyal destek algısının daha iyi düzeyde olduğunu bulmuştur (Akbulut, 2019). Yalnız yaşamının algılanan sosyal desteği olumsuz etkileyen bir faktör olduğu ele alındığında, evli olanlarda sosyal destek algısının daha iyi olması beklenmektedir.

Aras ve Tel, KOAH'lı bireylerin algıladıkları aile desteği ve arkadaş desteğinin iyi düzeyde olmadığını belirlemişlerdir. Ayrıca KOAH tanısı konulduktan sonraki ilk 5 yılda ve hastalık süresinin 10. yılından sonra algılanan aile ve arkadaş desteğinin düştüğü belirlenmiştir (Aras ve Tel, 2009). Bu bulguların aksine çalışmada KOAH süresine göre algılanan sosyal destek ortalama puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 15). Bu çalışmada KOAH olan bireylerin KOAH tanısı alma süresi ortalama 4,17±3,96 olduğu için, bu farklılığın çalışmanın yapıldığı hasta popülasyonunda KOAH tanısı alma süresinin daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kuzulu'nun çalışmasında, KOAH'ın artan şiddetinin iyi düzeyde sosyal desteğin algılanmasını olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Kuzulu, vd., 2017). Bu çalışmada da Evre 1'de KOAH olanların orta ve ağır evrede olanlara göre (sırasıyla 55,87±16,74, 50,32±17,77, 41,28±15,22; p=0,00); orta evre KOAH olanların ağır evrede olanlara göre (sırasıyla 50,32±17,77, 41,28±15,22; p=0,00) algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 16). Çalışmanın

bulguları literatür bulgularını desteklemektedir. KOAH'ın şiddeti algılanan sosyal desteği olumsuz etkileyebilir.

Yetersiz sosyal desteğin algılanması bireyleri psikolojik açıdan da olumsuz etkilemektedir (Aldan, 2019; Arabyat ve Raisch 2019; Karagülle ve Can Çiçek, 2020). Korkmaz ve Tel'in çalışmasında, azalan sosyal desteğin depresyonu arttırdığı belirlenmiştir (Korkmaz ve Tel, 2010). KOAH'lı bireylerde daha yüksek sosyal desteğe sahip olma, azalmış depresif belirtilerle ilişkilidir (Arabyat ve Raisch, 2019; Turnier, vd., 2021). Bu çalışmada da antidepresan ilaç kullanmayanların, kullananlara kıyasla aile desteği puan ortalamalarının (sırasıyla 21,63±6,84, 13,50±8,53; p=0,00) daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 22). Yetersiz aile desteği olan bireylerin sorunların yönetiminde yalnız kalmaları psikolojilerini olumsuz etkileyebilir.

KOAH olan bireylerde sosyal ilişkilerin iyi düzeyde olmaması hastalığa ilişkin sorunların çözümlenmesinde risk oluşturabilir. Bu nedenle algılanan sosyal desteğin iyi düzeyde olması önemlidir (Kuzulu, vd., 2017). Dargyerbyek'in çalışmasında, yakınlarından iyi düzeyde destek aldığını ifade eden KOAH'lı bireylerin tekrarlayan atak nedeniyle daha az acil servise başvurusu olduğu bulunmuştur (Dargyerbyek, 2020). Bu çalışmada da son 1 yılda KOAH nedeni ile hastaneye yatışı olmayanların, 1 kez ve ≥ 2 yatışı olanlara göre algılanan sosyal destek puan ortalamaları (sırasıyla 47,44±17,13, 35,58±10,60; p=0,00) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 18). Ayrıca son bir yıl içerisinde KOAH nedeni ile acil servise hiç başvurmayanların 1 kez ve ≥ 2 başvurulara kıyasla algılanan sosyal destek puan ortalamaları (sırasıyla 56,67±17,88, 49,80±16,78, 37,09±10,22; p=0,00) daha yüksektir (Tablo 19). İyi düzeyde algılanan sosyal destek hastaneye yatış ve acil servise başvurunun azaltılmasında önemlidir. Hemşireler tarafından sosyal/duygusal desteğin değerlendirilmesi, hemşirelik bakımının önemli bir bileşeni olduğu düşünülmektedir.

Turnier ve arkadaşları, daha yüksek düzeyde sosyal destek algısı olan KOAH'lı bireylerin daha yaşlı, evli, yıllık kazançlarını 50.000 dolardan fazla olduğunu belirlemişlerdir (Turnier, vd., 2021). Benzer şekilde bu çalışmada da geliri giderinden az olan kişilerin geliri giderinden fazla olan kişilere kıyasla algıladıkları sosyal desteğin (sırasıyla 49,27±17,26, 60,80±11,17; p=0,02) düşük düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 11). Bununla birlikte Turnier ve arkadaşlarının bulgularının aksine bu çalışmada yaş ile

arkadaş desteği ($r=-0,28$, $p\leq 0,01$), özel bir insan desteği ($r=-0,23$, $p\leq 0,01$), algılanan sosyal destek ($r=-0,23$, $p\leq 0,01$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 24). Yaş arttıkça algılanan arkadaş desteği, özel bir insan desteği ve algılanan sosyal desteğin azaldığı söylenebilir.

5.3. KOAH Olan Bireylerin Sosyo-Demografik, Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri İle “St. George Solunum Anketi” Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Kwon ve Kim, KOAH'ı olan bireylerde hipertansiyon ve diyabetin en sık görülen komorbiditeler olduğunu, özellikle depresyon ve osteoporoz varlığının yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu saptamışlardır. Ayrıca ağır şiddet KOAH varlığının daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu belirlemişlerdir (Kwon ve Kim, 2016). Başka bir çalışmada da KOAH'a eşlik eden hipertansiyonu (%96,7) ve diyabet (%36,2) varlığının kötü KOAH kontrolü ile ilişkili olduğunu saptamışlardır (Federman vd., 2021). Bu çalışmada katılımcıların %57' sinde KOAH dışında başka bir kronik hastalığı olduğu (Tablo 4), ilk üç sırada hipertansiyon (%59,5), kalp yetersizliği (%33,3) ve diyabet (%23,8) olduğu belirlenmiştir (Grafik 1). Ayrıca başka bir kronik hastalığı olanların olmayanlara kıyasla semptom skoru (sırasıyla $7,60\pm 0,87$, $7,46\pm 0,62$; $p=0,01$), aktivite skoru (sırasıyla $10,78\pm 3,97$, $8,07\pm 3,37$; $p=0,00$), etki skoru (sırasıyla $15,15\pm 6,88$, $12,28\pm 6,43$; $p=0,00$), solunum skoru puan ortalamaları (sırasıyla $33,14\pm 9,82$, $27,93\pm 9,19$; $p=0,00$) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 17). Literatür bulguları ile benzer şekilde KOAH dışında kronik hastalığı olan bireylerin hastalığın kontrolünü sağlamakta güçlük yaşadığı ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği görülmektedir.

Aldan'ın çalışmasında da (2019) hipertansiyon (%43), diyabet (%43), koroner arter hastalığı (%32,3) ve kalp yetersizliği (%31,2) KOAH'a en sık eşlik eden hastalıklar arasında olduğu görülmüştür. Komorbiditesi olan KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesi, komorbiditesi olmayan hastalara göre daha kötü düzeydedir (Aldan, 2019; Mohsen, vd., 2019; Varol, 2016). KOAH olan bireylerde yaş ilerledikçe komorbiditelerin görülme sıklığı artmakta ve semptomlar daha da kötüleşmektedir (Arslan ve Ünsan 2021). Bu çalışmada da yaş ile semptom skoru ($r=0,18$, $p\leq 0,01$); etki skoru ($r=0,33$, $p\leq 0,01$); aktivite skoru ($r=0,52$, $p\leq 0,01$) ve solunum skoru ($r=0,47$, $p\leq 0,01$) arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır

(Tablo 24). Literatür bulguları ile benzer şekilde KOAH olan bireylerde yaş ilerledikçe semptom yükünü arttığı ve bu nedenle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklar yaşadıkları görülmektedir.

KOAH'da evre ilerledikçe hastalığın artan şiddeti sağlıkla ilgili yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Aldan, 2019; Kwon ve Kim, 2016; Marin vd., 2011; Wacker vd., 2014). Bu çalışmada da Evre 1'de olan katılımcıların orta ve ağır şiddette KOAH olanlara göre solunum skoru puan ortalamaları (sırasıyla 27,25±8,27, 33,39±10,04, 42,00±5,75; p=0,00) daha düşük bulunmuştur. Ağır şiddette olan katılımcıların orta şiddette KOAH olanlara göre (sırasıyla 42,00±5,75; 33,39±10,04; p=0,00) yaşam kalitesi kötü düzeydedir (Tablo 16). Benzer şekilde Yenilmez ve arkadaşları, ağır şiddetli KOAH hastalarının yaşam kalitelerinin, orta şiddetli KOAH hastalarının yaşam kalitelerine göre daha düşük düzeyde olduğunu saptamışlardır (Yenilmez, vd., 2018). KOAH'ın artan şiddeti yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir.

Lázár'ın çalışmasında, alevlenme yaşayan KOAH hastalarında yaşam kalitesinin kötü düzeyde olduğu ve bu durumun sigara içme öyküsü, semptomlar ve komorbiditelerle ilişkili olduğu bulunmuştur (Lázár, 2020). Sigara kullanma yılı ve paket miktarının artması KOAH şiddetini de paralel olarak arttırdığı bilinmektedir (Gökçek, vd., 2019). Aldan'ın çalışmasında 40 paket/yıldan fazla sigara kullanımı olan KOAH'lı bireylerde sağlık durumu ve yaşam kalitesinin kötüleştiği, dispne şiddetinin arttığı tespit edilmiştir (Aldan, 2019). Bu bulguların aksine başka bir çalışmada ise sigara içmenin yaşam kalitesini etkilemediği bulunmuştur (Kwon ve Kim, 2016). Bu çalışmada da sigarayı içip bırakanların halen içenlere kıyasla solunum skoru puan ortalamaları (sırasıyla 33,98±9,32, 28,50±9,98; p=0,00) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 14). Bu farklılığın nedeni daha önce sigara içip bırakanların, sigara içmeyi bırakma nedenlerinin daha ciddi sağlık sorunu yaşamış olmaları ile ilişkili olabilir. Bu çalışmanın bulguları ve literatür incelendiğinde sigara içiminin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin sigara kullanım süresi, içtiği miktara göre değiştiği ya da etkilemediği görülmektedir. Katılımcıların değişkenlik gösteren sosyo-demografik özellikleri de bu farklılıklara neden olmuş olabilir.

Çalışmada erkeklerin kadınlara kıyasla semptom skoru puan ortalamaları (sırasıyla 7,72±0,50, 7,48±0,83; p=0,03) daha düşük bulunmuştur (Tablo 6). Diğer bir ifade ile

kadınlarda öksürük, balgam, nefes darlığı, göğüste hissedilen hırıltı-hışıltı ve atak sıklığının daha fazla ifade edildiği, semptom yükünün fazla olduğu görülmektedir. Kwon ve Kim benzer şekilde, erkek olan KOAH hastalarında yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu saptamışlardır (Kwon ve Kim, 2016). Balcells ve arkadaşları, KOAH'ın şiddeti, alevlenme varlığı, düşük eğitim düzeyi ve kadın olmanın sağlıkla ilgili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörler olduğunu belirlemişlerdir (Balcells, vd., 2015). Bu bulguların aksine başka bir çalışmada da erkek hastaların yaşam kalitesinin kadın hastalara göre (sırasıyla 60,78±19,07; 52,69±21,21) daha kötü olduğu bulunmuştur (Ay, 2020).

Mohsen ve arkadaşları, hastaneye yatış öyküsü olan veya daha sık alevlenme geçirdiğini bildiren KOAH'lı bireylerin yaşam kalitelerinin daha kötü düzeyde olduğunu belirlemişlerdir. KOAH hastalarında komorbiditelerin varlığı, hastaneye yatış ve alevlenmelerin sıklığı ile ilişkili olarak yaşam kalitesi olumsuz etkilenir (Mohsen, vd., 2019). Bu çalışmada da son 1 yılda KOAH nedeni ile hastaneye hiç yatışı olmayanların 1 kez ve ≥ 2 yatışı olanlara göre solunum skoru puan ortalamaları (sırasıyla 26,59±8,25, 38,22±8,10, 39,92±7,49; p=0,00) daha düşük saptanmıştır (Tablo 18). Ayrıca son 1 yılda KOAH nedeni ile acil servise hiç başvurmamayanların 1 kez ve ≥ 2 başvurularına kıyasla solunum skoru puan ortalamaları (sırasıyla 25,51±8,53, 34,96±9,02, 39,64±7,50; p=0,00) daha düşüktür (Tablo 19). Yapılan başka bir çalışmada da yaşam kalitesi iyi olan KOAH hastalarının tekrarlanan atak nedeniyle daha az acil servis başvurusu olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada günlük fiziksel aktiviteleri gerçekleştirmeleri iyi durumda olan hastaların alevlenme nedeni ile acil servise daha az sıklıkta başvurdukları belirlenmiştir (Dargyerbyek, 2020). Hastalık ve etkileri ile baş etmede yetersiz olan bireylerin yaşam kalitelerinin kötü düzeyde olması ve bu nedenle sağlık bakım hizmeti alma gereksinimlerinin artması beklenen bir durumdur.

Kwon ve Kim, en düşük eğitim düzeyine sahip olma ve en düşük gelir düzeyine sahip olmanın KOAH'lı bireylerde yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini bulmuşlardır (Kwon ve Kim, 2016). Bu çalışmada da benzer şekilde ortaokul düzeyinde eğitimi olan kişilerin lise düzeyinde, üniversite ve üzerinde eğitimi olan kişilere kıyasla solunum skoru puan ortalamaları (sırasıyla 34,10±10,48, 29,34±9,01, 28,35±8,31; p=0,01) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 13). Kwon ve Kim'in çalışmasının bulgularının aksine, bu çalışmada ekonomik duruma göre yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır

($p > 0,05$). Sadece geliri giderinden fazla olan kişilerin geliri giderinden az olan ve geliri giderine denk olan kişilere kıyasla semptom skoru puan ortalamaları (sırasıyla $8,00 \pm 0,00$, $7,55 \pm 0,71$, $7,48 \pm 0,87$; $p = 0,04$) daha yüksektir (Tablo 11). Elde edilen veriler ışığında geliri giderinden fazla olduğunu ifade eden KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesinin etkilenmediği fakat kötü düzeyde yaşam kalitesine neden olabilecek semptom yükünün daha fazla olduğu söylenebilir.

5.4. KOAH Olan Bireylerin Sosyo-Demografik, Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri İle “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği” Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Müllerov ve arkadaşları, ilaç uyumunda güçlük yaşayanların daha fazla acil servise başvurduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada daha genç yaşta (40-59 yaş), halen sigara içen ve ≥ 2 komorbidite varlığı olan KOAH'lı bireylerin düşük düzeyde ilaç uyumu bildirdiğini bulmuşlardır (Müllerová, vd., 2016). Bu çalışmada da benzer şekilde son bir yılda KOAH nedeni ile acil servise başvurmadığını ifade edenlerin acil servise 1 kez başvurduğunu ifade edenlere göre ilaç uyum puanları (sırasıyla $20,80 \pm 5,82$, $19,08 \pm 5,10$; $p = 0,00$) daha iyidir (Tablo 19). Ayrıca sigarayı halen içenlerin hiç içmeyen ve içip bırakanlara kıyasla ilaç uyumu puan ortalamaları (sırasıyla $18,22 \pm 6,49$, $22,53 \pm 3,26$, $20,67 \pm 4,62$; $p = 0,01$) daha düşük bulunmuştur (Tablo 14). Başka bir çalışmada da benzer şekilde sigara içmeyenlerin sigara içenlere göre uzun süreli tedaviye daha uyumlu olduklarını saptamışlardır (Vetrano, vd., 2017).

Cecere ve arkadaşları, sigara içmeye devam eden KOAH'lı bireylerde uzun etkili beta-agonistlere ilaç uyumlarının daha düşük (%68) olduğunu belirlemişlerdir (Cecere, vd., 2012). KOAH'lı bireyin hastalık ve ilaç ile ilgili algıları ve tedavilerini anlamaları, ilaca uyum için kritik öneme sahiptir. Sigara içmeye devam eden KOAH'lı bireylerin, yaşadıkları akciğer ile ilişkili sağlık sorunlarının farkında olmaları önemlidir. Sigara içmeye devam eden hastaların, bırakanlara göre ilaç tedavisine uyumlarının daha düşük olması beklenen bir durumdur. Bu bulguların aksine sigara içme durumu ile ilaç uyumu arasında ilişki olmadığını belirleyen çalışmalarda bulunmaktadır (Duarte-de-Araújo, vd., 2018; Humenberger, vd., 2018; Moradkhani, vd., 2021; Sriram ve Percival, 2016).

İlaça uyum sağlayamayan KOAH'lı bireylerde hastalıkla ilişkili semptom yükü artmaktadır (Krauskopf vd., 2015). Moretti ve arkadaşları, reçete edilen ilaca uyumu daha yüksek olan KOAH'lı bireylerin, KOAH'ın akut alevlenmesi nedeniyle daha az hastaneye yatışlarının olduğunu belirlemişlerdir (Moretti, vd., 2017). Bu bulguların aksine çalışmada, son 1 yılda KOAH nedeni ile hastaneye yatma sayısına göre ilaç uyumu puanlarının değişmediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 16). Bu durum çalışmaya katılanlarda hastaneye yatışının olmadığını (%58,8) veya en az bir kez olduğunu (%35,7) ifade edenlerin daha fazla olması ile ilişkili olabilir (Tablo 4). Bu çalışmanın bulguları ile benzer şekilde Duarte-de-Araújo ve arkadaşları, ilaca uyum ile bildirilen alevlenmelerin sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (Duarte-de-Araújo, vd., 2018).

Moradkhani ve arkadaşları, uygulanan ilaç sayısındaki ve KOAH tanısı alma süresinde yıldaki her birimlik artışın ilaca uyumu olumsuz etkilediğini bulmuşlardır (Moradkhani, vd., 2021). Bu bulguların aksine çalışmada, KOAH süresine göre (Tablo 15) ve toplam kullanılan ilaç sayısına (Tablo 23) göre ilaç uyumu düzeylerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Başka bir çalışmada da KOAH olan bireylerde ilaç uyumunun KOAH süresi ve kullanılan ilaç sayısına göre değişmediği belirlenmiştir (Sriram ve Percival, 2016).

Moradkhani ve arkadaşlarının çalışmasında, KOAH olan bireylerde eğitim durumu lise diploması ve üzeri olan hastaların ilaç uyumunun daha iyi düzeyde olduğu bulunmuştur (Moradkhani vd., 2021). Bu bulguların aksine, çalışmada eğitim durumuna göre ilaç uyumu ortalama puanlarında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 13). Çalışmamızın bulguları ile benzer şekilde farklı çalışmalarda da, eğitim durumuna göre ilaç uyumu puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir (Duarte-de-Araújo, VD., 2018; Kocakaya, vd., 2017; Sriram ve Percival, 2016).

Efil ve arkadaşlarının çalışmasında, bir yıl boyunca takip edilen ve hemşire tarafından hasta eğitiminin yapıldığı KOAH'lı bireylerin, kontrol grubuna göre ilaca uyumlarında önemli ölçüde iyileşme olduğunu saptamışlardır (Efil, vd., 2020). Bu bulguların aksine çalışmada, son 1 yıl içinde KOAH ile ilgili eğitim alma durumuna göre ilaç uyumu puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 21). Bu farklılığın Efil ve arkadaşlarının çalışmasında, hemşireler tarafından uzun dönemde, düzenli ve tekrarlayan

eğitimlerin gerçekleştirilmiş olması ile ilgili olabilir. Bu araştırmada alınan eğitimin sıklığı ve niteliği gibi özelliklerinin sorgulanmamış olması bulguların farklılığını yorumlamayı kısıtlamaktadır.

Humenberger ve arkadaşları, ağır şiddetli KOAH'lılarda daha yüksek düzeyde ilaç uyumu olduğunu bulmuşlardır. Aynı çalışmada cinsiyet ve yaş ile ilaç uyumu arasında ilişki olmadığını belirlemişlerdir (Humenberger, vd., 2018). Kocakava ve arkadaşları, benzer şekilde ilaç uyumunun yaş ve cinsiyete göre değişmediğini saptamışlardır (Kocakaya, vd., 2017). Bu çalışmada da, yaş ile ilaç uyumu ($r=0,10$, $p>0,05$) arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (Tablo 24). Cinsiyete göre de ilaç uyumu puan ortalamalarının değişmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 6). Farklı çalışmalarda da KOAH olan bireylerde yaş ve cinsiyet ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (Duarte-de-Arajo, vd., 2018; Moradkhani, vd., 2021). Bu bulguların aksine Vetrano ve arkadaşları, kadınların erkeklerden daha zayıf düzeyde ilaca uyum gösterdiklerini belirlemişlerdir (Vetrano, vd., 2017). Daha genç yaşta olan KOAH'lı bireylerin ilaç uyumunun iyi olmadığını bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (Krauskopf, vd., 2015; Mllerov, vd., 2016; Sriram ve Percival, 2016).

5.5. “ok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek leği”, “St. George Solunum Anketi” ve “İlaç Uyumunu Bildirim leği” Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Algıladıkları sosyal destek düzeyi iyi olan kronik hastalığa sahip bireylerin, yaşam kaliteleri de daha iyi düzeydedir (Slaven, vd., 2021). Yetersiz sosyal destek algısına sahip olan KOAH'lı bireylerin ilaca uyum sağlamaları zorlaşmaktadır (Chen, vd., 2017). Düşük seviyedeki sosyal/duygusal destek, yaşam kalitesinin bozulmasına neden olabilir (Arabyat ve Raisch, 2019). İyi düzeyde sosyal destek algısına sahip olma KOAH'ı olan bireylerin bağımsız bir şekilde öz bakımını gerçekleştirebilmelerini sağlar. Dolayısıyla iyi düzeyde yaşam kalitesi için algılanan sosyal desteğin iyi düzeyde olması önemlidir (Disler, vd., 2014; Lee, vd., 2014; Lenferik, vd., 2018). Ayrıca yaşanılan sağlık sorunlarının üzümünde yeterli sosyal desteğe sahip olmak önemli bir faktördür (Lenferik, vd., 2018; Sarı, 2020).

Turnier ve arkadaşları, KOAH'ı olan bireylerin algıladıkları sosyal destek ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Daha yüksek düzeyde sosyal desteğe sahip olma, daha iyi bir yaşam kalitesi ve daha az semptom yükü için önemlidir (Turnier, vd., 2021). Chen ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında, algılanan sosyal desteğin daha yüksek fiziksel aktivite düzeyleri ve pulmoner rehabilitasyona daha fazla katılım ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Chen, vd., 2017). Bu çalışmada da, algılanan sosyal destek ile etki skoru ($r=-0,18$, $p\leq 0,01$); semptom skoru ($r=-0,21$, $p\leq 0,01$), aktivite skoru ($r=-0,30$, $p\leq 0,01$), solunum skoru ($r=-0,23$, $p\leq 0,01$) arasında negatif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 25). Bu bulgular doğrultusunda algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği, yaşam kalitesi kötü düzeyde olan bireylerin algıladıkları sosyal desteğinde yetersiz olduğu söylenebilir.

Literatürde KOAH olan bireylerde yaşam kalitesi (Aldan, 2019; Çil Akıncı, 2017; Merino, vd., 2019; Mohsen, vd., 2019; Nguyen, vd., 2019; Vaes, vd., 2019) ve algıladıkları sosyal desteğin (Bugajski, vd., 2019; Mollaoğlu ve Yanmış, 2018; Sarı, 2020; Turnier, vd., 2021) iyi düzeyde olmadığı bildirilmiştir. Yaşam kalitesi daha kötü olan bireyler daha fazla stres yaşamakta ve bunun sonucunda sosyal destek ihtiyaçları da artmaktadır (Medinas Amoros, vd., 2012). Yeterli düzeyde sosyal destek algısı olan KOAH'lı bireylerin depresyon, anksiyete ve strese ilişkin belirtileri daha az deneyimlediklerini, öz yeterlilik ve öz bakım davranışlarının iyi düzeyde olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla sağlıklı yaşam davranışlarını sergileyebilen bireylerin ilaca uyum sağlamaları daha kolay hale gelebilir (Barton, vd., 2015).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için KOAH olan bireylerin tedavi planına uyum sağlamaları önemlidir (Karagülle ve Çiçek, 2020). KOAH olan bireylerin ilaç uyumu sağlıkla ilgili yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Agh, 2015; Chrystyn, vd., 2014). Moradkhani ve arkadaşları, yaşam kalitesi iyi olan KOAH'lı bireylerin ilaç uyumlarının da iyi düzeyde olduğunu belirlemişlerdir (Moradkhani, vd., 2021). Montes de Oca ve arkadaşları, düşük düzeyde inhaler tedaviye uyum gösterenlerin, yüksek düzeyde uyum gösterenlere göre daha sık alevlenme geçirdiklerini ve hastalığın etkilerinin kötü düzeyde olduğunu belirlemişlerdir (Montes de Oca, vd., 2017). Ierodiakonou ve arkadaşları, kötü düzeyde ilaç uyumu bildiren KOAH hastalarının çoğunlukta olduğunu (%74,1), kötü

düzeyde ilaç uyumunun daha yüksek alevlenme riski ve daha kötü sağlık durumu ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Ierodiakonou, vd., 2020).

Boland ve arkadaşlarının çalışmasında ise, ilaca uyum sağlayan KOAH'lı bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin, ilaca uyumu zayıf olan hastalara göre daha kötü düzeyde olduğunu bulmuşlardır (Boland, vd., 2016). Tedavinin başlangıcında ilaç uyumu, hastalığın semptomlarını azaltarak ve sağlık durumunu iyileştirerek sağlıkla ilgili yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler. Ancak uzun vadede sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde iyileşme, ilaca uyum sağlanamamasının tetikleyici bir nedeni olabilir (Ágh, vd., 2015). Başka bir çalışmada da ilaca uyum ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamamıştır (Mohsen, vd., 2019). Bu çalışmada da, toplam solunum skoruna göre bakıldığında yaşam kalitesi ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=-0,08$, $p>0,05$) (Tablo 25). Tedaviye uyum, hastaların reçeteli ilaçlara duyulan ihtiyaç konusundaki inançları ve hastalığın fonksiyonel şiddeti ile güçlü bir şekilde ilişkilidir (Duarte-de-Araújo, vd., 2018). Bu çalışmada yaşam kalitesi ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki olmamasının, çalışmaya katılan KOAH'lı bireylerin çoğunluğunun hafif evrede (%51,6) olması ile ilişkili olabilir.

Mollaoğlu ve Yanmış, astım ve KOAH olan bireylerde algılanan sosyal destek ve alt boyutları olan arkadaş desteği ile özel bir insan desteği arttıkça ilaca uyum düzeylerinin de arttığını saptamışlardır (Mollaoğlu ve Yanmış, 2018). Bu çalışmada da literatür bulguları ile benzer şekilde algılanan sosyal destek ile ilaç uyumu arasında pozitif yönde ilişki olduğu ($r=0,17$, $p<0,05$) saptanmıştır (Tablo 25). Algılanan sosyal desteğin alt boyutları olan arkadaş desteği ($r=0,10$, $p>0,05$) ve özel bir insan desteği ($r=-0,01$, $p>0,05$) ile ilaç uyumu arasından anlamlı bir ilişki bulunmazken; aile desteği ile ilaç uyumu ($r=0,39$, $p\leq 0,01$) arasında pozitif yönde ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 25). Bu bulgular doğrultusunda algılanan sosyal desteğin ve aile desteğinin iyi düzeyde olmasının, ilaca uyumun iyi düzeyde olmasında önemli olduğu söylenebilir. Ayrıca çalışmada aile ve arkadaş desteği arttıkça semptom skoru, aktivite skorunun, etki skoru ve solunum skorunun azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 26). İyi düzeyde aile ve arkadaş desteği sağlıkla ilgili yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

KOAH olan bireylerde algılanan sosyal desteğin ilaç uyumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

6.1.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $60,41 \pm 11,80$, KOAH tanısı alma süresi $4,17 \pm 3,96$, USOT alma süreleri $2,67 \pm 3,19$ saattir. Katılımcıların çoğunluğu erkek (%76), lise düzeyinde eğitimi olan (%34,4), evli (%83,3), çocuğu olan (%89,1), eşi ile birlikte yaşayan (%40,7), sağlık güvencesi olan (%94,6), emekli olan (%44,3), gelirinin giderinden az olduğunu ifade eden (%53,8), normal kiloda olan (%50,7) ve sigara içmeyi bıraktığını ifade eden (%52,5) KOAH'lı bireylerden oluşuyordu (Tablo 3). Hipertansiyon (%59,5) başta olmak üzere, kalp yetersizliği (%33,3), diyabet (%23,8) ve astımı (%22,2) olan KOAH'lı bireyler çoğunlukta idi (Grafik 1).

6.1.2. Katılımcıların “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”, “St. George Solunum Anketi” ve “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği”ne ilişkin tanımlayıcı bulgular

Katılımcıların “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”nden aldıkları toplam puan ortalamalarının $51,87 \pm 17,56$ olduğu; alt boyutlarına bakıldığında ise en yüksek puanının aile desteğinden ($21,12 \pm 7,22$) alındığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Katılımcıların “St. George Solunum Anketi”nden aldıkları toplam puan ortalamalarının $31,47 \pm 10,2$ olduğu; alt boyutlarından olan etki skorunun ($13,92 \pm 6,83$) yaşam kalitesine etkisinin belirgin düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Katılımcıların ilaç uyum düzeyleri puan ortalaması $19,84 \pm 5,53$ bulunmuştur (Tablo 5).

6.1.3. Katılımcıların Sosyo-Demografik, Hastalık Ve Tedaviye İlişkin Özellikleri İle “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

KOAH dışında başka bir kronik hastalığı olan, yalnız yaşayan, bekar olan, düşük düzeyde eğitimi olan, çalışmayan, ekonomik geliri giderden az olan, ağır evrede olan, KOAH nedeni ile son bir yıl içinde hastaneye yatışı olan, KOAH nedeni ile son bir yıl içinde acil servise başvuran, evde USOT alan, kullanılan ilaç sayısı fazla olan katılımcıların algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). (Tablo 7, Tablo 9, Tablo 10, Tablo 11, Tablo 13, Tablo 16, Tablo 17, Tablo 18, Tablo 19, Tablo 20, Tablo 23).

Yaş ile arkadaş desteği ($r = -0,28$, $p \leq 0,01$), özel bir insan desteği ($r = -0,23$, $p \leq 0,01$), algılanan sosyal destek ($r = -0,23$, $p \leq 0,01$) arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 24).

6.1.4. Katılımcıların Sosyo-Demografik, Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri İle “St. George Solunum Anketi” Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Evli olan, eşi ve çocukları ile yaşayan, çalışıyor olan, iyi düzeyde eğitim seviyesi olan, sigara içmeyi bırakan, KOAH tanısı alma süresi 2 ile 5 yıl arasında olan, ağır evrede olmayan, komorbiditeleri olmayan, KOAH nedeni ile son bir yıl içinde hastaneye yatışı olmayan, KOAH nedeni ile son bir yıl içinde acil servise başvurmeyen, evde USOT almayan, son bir yıl içinde KOAH ile ilgili eğitim alan ve kullanılan ilaç sayısı az olan katılımcıların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). (Tablo 7, Tablo 9, Tablo 10, Tablo 13, Tablo 14, Tablo 15, Tablo 16, Tablo 17, Tablo 18, Tablo 19, Tablo 20, Tablo 21, Tablo 23).

Yaş ile semptom skoru ($r=0,18$, $p\leq 0,01$); etki skoru ($r=0,33$, $p\leq 0,01$); aktivite skoru ($r=0,52$, $p\leq 0,01$) ve solunum skoru ($r=0,47$, $p\leq 0,01$) arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 24).

6.1.5. Katılımcıların Sosyo-Demografik, Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri İle “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği” Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları

Yalnız yaşamayan, çalışmayan, sigara içmiyor olan, KOAH nedeni ile son bir yıl içinde acil servise başvurmeyen ve antidepresan kullanmadığını ifade eden katılımcıların ilaç uyumları daha iyi düzeydeydi ($p<0,05$) (Tablo 9, Tablo 10, Tablo 14, Tablo 19, Tablo 22).

Yaş ile ilaç uyumu ($r=0,10$, $p>0,05$) puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (Tablo 24).

6.1.6. Katılımcıların “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” ile “St. George Solunum Anketi” ve “İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği” arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Aile desteği ile semptom skoru ($r=-0,33$, $p\leq 0,01$), aktivite skoru ($r=-0,20$, $p\leq 0,01$), etki skoru ($r=-0,31$, $p\leq 0,01$), solunum skoru ($r=-0,30$, $p\leq 0,01$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 25).

Aile desteği ile ilaç uyumu ($r=0,39$, $p\leq 0,01$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 25).

Arkadaş desteği ile etki skoru ($r=-0,18$, $p\leq 0,01$) arasında ters yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu; semptom skoru ($r=-0,23$, $p\leq 0,01$), aktivite skoru ($r=-0,31$, $p\leq 0,01$), solunum skoru ($r=-0,23$, $p\leq 0,01$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 25).

Arkadaş desteği ile ilaç uyumu ($r=0,10$, $p>0,05$) arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 25).

Özel bir insan desteği ile semptom skoru ($r=0,01$, $p>0,05$), aktivite skoru ($r=-0,13$, $p>0,05$), etki skoru ($r=0,04$, $p>0,05$), solunum skoru ($r=-0,03$, $p>0,05$) arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (Tablo 25).

Özel bir insan desteği ile ilaç uyumu ($r=-0,01$, $p>0,05$) arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (Tablo 25).

Algılanan sosyal destek ile etki skoru ($r=-0,18$, $p\leq 0,01$) arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu; semptom skoru ($r=-0,21$, $p\leq 0,01$), aktivite skoru ($r=-0,30$, $p\leq 0,01$), solunum skoru ($r=-0,23$, $p\leq 0,01$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 25).

Algılanan sosyal destek ile ilaç uyumu ($r=0,17$, $p<0,05$) arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 25).

Katılımcıların aile ve arkadaş desteği arttıkça semptom skoru, aktivite skoru, etki skoru ve toplam solunum skorunun da eş zamanlı olarak azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 26).

6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda,

- Özellikle poliklinik hizmeti almaya gelen, acil servise başvuran, hastaneye yatışı olan ve taburculuğu planlanan KOAH'ı olan bireylerde algılanan sosyal desteğin, yaşam kalitesinin ve ilaç uyumunun düzenli aralıklarla değerlendirilmesi,
- KOAH'ı olan bireylerin bireysel özellikleri, hastalık süreci ve gereksinimleri göz önünde bulundurularak uygun grup aktivitelerine, iş ve uğraşı terapilerine, sosyal destek programlarına yönlendirilmesi,
- KOAH'ı olan bireylere, bakım veren aile üyeleri ve hemşirelerine ilaca uyum ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için yeterli sosyal desteğin sağlanmasının önemi ve bu konuda yapılabileceklerle ilgili eğitim verilmesi, farkındalık oluşturulması,

- KOAH'ın oluşturduğu yükün azaltılmasında aktif rol alacak, bu konuda uzman, yeterli bilgi ve donanıma sahip, solunum ve/veya KOAH hemşirelerinin olması,
- KOAH'ın yönetiminde hastanın gereksinimleri doğrultusunda multidisipliner ekip yaklaşımının sergilenmesi,
- Araştırma bulgularının desteklenmesi için daha geniş örneklem grubu ile çalışılması,
- KOAH'ı olan bireylerde algılanan sosyal desteğin ilaç uyumu ve yaşam kalitesine etkisini değerlendiren nitel ve nicel çalışmaların yapılması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Adeloye, D., Song, P., Zhu, Y., Campbell, H., Sheikh, A. and Rudan, I.; NIHR RESPIRE Global Respiratory Health Unit. (2022). “Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modelling analysis”. *Lancet Respir Med*, 10(5), 447-458. doi: 10.1016/S2213-2600(21)00511-7.
- Agh, T., Domotor, P., Bartfai, Z., Inotai, A., Fujsz, E. and Meszaros, A. (2015). “Relationship between medication adherence and health-related quality of life in subjects with COPD: A systematic review”. *Respiratory Care*, 60(2), 297–303. doi: 10.4187/respcare.03123.
- Ahmed, M. S., Neyaz, A., Aslami, A. N. (2016). “Health-related quality of life of chronic obstructive pulmonary disease patients: Results from a community based cross-sectional study in Aligarh, Uttar Pradesh, India”. *Lung India*, 3(2), 148-153. doi: 10.4103/0970-2113.177438.
- Akbulut, G. (2019). “Hipertansiyonlu Hastalarda Sosyal Destek Algısı ve Tedaviye Uyum”, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ
- Aldan, G. (2019). “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Dispne, Sağlık Durumu ve Yaşam Kalitesi İlişkisi”. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Alshabanat, A., Otterstatter, M. C., Sin, D. D., Road, J., Rempel, C., Burns, J., van Eeden, S. F. and FitzGerald, J. M. (2017). “Impact of a COPD comprehensive case management program on hospital length of stay and readmission rates”. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 21, 12, 961-971. doi: 10.2147/COPD.S124385.
- American Lung Association (ALA) COPD Trends Brief: Mortality 2018. (2022, 17 Temmuz) Erişim Adresi: <https://www.lung.org/research/trends-in-lung-disease/copd-trends-brief/copd-mortality>
- Anzueto, A. and Miravittles, M. (2017). “Pathophysiology of dyspnea in COPD”. *Postgrad Med*. 129(3), 366-374. doi: 10.1080/00325481.2017.1301190.

- Arabyat, R. M. and Raisch, D. W. (2019). "Relationships between social/emotional support and quality of life, depression and disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease: an analysis based on propensity score matching". *Ann Behav Med*, 29, 53(10), 918-927. doi: 10.1093/abm/kaz002.
- Aras, A. ve Tel, H. (2009). "Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi". *Türk Toraks Dergisi*, 10(2), 63-68.
- Arslan, Z., Ilgazlı, A., Etiler, N., Hamzaoğlu, O. (2013). "Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in kocaeli: an industrialised city in Turkey". *Balkan Med J*, 30(4): 387-93. <https://doi.org/10.5152/balkanmedj.2013.8042>
- Arslan, C. ve Ünsar, S. (2021). "Kronik obstrüktif akciğer hastalarında dispne algısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi". *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 42-50.
- Ay, A. (2020). "Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hastaların aktiflik düzeyini etkileyen faktörler ve yaşam kalitesi". Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Backman, H., Vanfleteren, L., Lindberg, A., Ekerljung, L., Stridsman, C., Axelsson, M., Nilsson, U., Nwaru, B. I., Sawalha, S., Eriksson, B., Hedman, L., Rådinger, M., Jansson, S. A., Ullman, A., Kankaanranta, H., Lötvall, J., Rönmark, E. and Lundbäck, B. (2020). "Decreased COPD prevalence in Sweden after decades of decrease in smoking". *Respiratory Research*. 21(1), 283. <https://doi.org/10.1186/s12931-020-01536-4>
- Balcells, E., Gimeno-Santos, E., de Batlle, J., Ramon, M. A., Rodríguez, E., Benet, M., Farrero, E., Ferrer, A., Guerra, S., Ferrer, J., Sauleda, J., Barberà, J. A., Agustí, À., Rodríguez-Roisin, R., Gea, J., Antó, J. M., Garcia-Aymerich, J. and PAC-COPD Study Group (2015). "Characterisation and prognosis of undiagnosed chronic obstructive pulmonary disease patients at their first hospitalisation". *BMC pulmonary medicine*, 15, 4. <https://doi.org/10.1186/1471-2466-15-4>
- Barton, C., Effing, T. W. and Cafarella, P. (2015). "Social support and social networks in COPD: A Scoping Review". *COPD*, 12(6), 690-702. <https://doi.org/10.3109/15412555.2015.1008691>

- Başkan, S. A., Güneş, D., Kasımoğlu, N. (2021). “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde kaygı düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisi”. *Türkiye Klinikleri Archives of Lung*, 20(2), 35-47. doi: 10.5336/archlung.2021-82571
- Başığit, İ. (2010). “KOAŞ patogenezi ve fizyopatolojisi”. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(2), 114-118.
- Boland, M. R., van Boven, J. F., Kruis, A. L., Chavannes, N. H., van der Molen, T., Goossens, L. M. and Rutten-van Mölken, M. P. (2016). “Investigating the association between medication adherence and health-related quality of life in COPD: methodological challenges when using a proxy measure of adherence”. *Respir Med*, 110, 34-45. doi: 10.1016/j.rmed.2015.11.008.
- Bonsaksen, T., Lerdal, A., Fagermoen, M. S. (2012). “Factors associated with self-efficacy in persons with chronic illness”. *Scandi J Psychol*, 53(4), 333-339. doi: 10.1111/j.1467-9450.2012.00959.x.
- Bourbeau, J. and Bartlett, S. J. (2008). “Patient adherence in COPD”. *Thorax*, 63(9), 831–838. <https://doi.org/10.1136/thx.2007.086041>
- Bourdin, A., Burgel, P. R., Chanez, P., Garcia, G., Perez, T. and Roche, N. (2009). “Recent advances in COPD: pathophysiology, respiratory physiology and clinical aspects, including comorbidities”. *European Respiratory Review*, 18(114), 198-212.
- Bouza, E., Alvar, A., Almagro, P., Alonso, T., Ancochea, J., Barbé, F., Corbella, J., Gracia, D., Mascarós, E., Melis, J., Miravittles, M., Pastor, M., Pérez, P., Rudilla, D., Torres, A., Soriano, J. B., Vallano, A., Vargas, F. and Palomo, E. (2020). “Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Spain and the different aspects of its social impact: A multidisciplinary opinion document”. *revista espanola de quimioterapia: publicacion oficial de la Sociedad Espanola de Quimioterapia*, 33(1), 49–67. <https://doi.org/10.37201/req/2064.2019>
- Brandstetter, S., Finger, T., Fischer, W., Brandl, M., Böhmer, M., Pfeifer, M., and Apfelbacher, C. (2017). “Differences in medication adherence are associated with beliefs about medicines in asthma and COPD”. *Clinical and Translational Allergy*, 7, (39), 1–7. doi: 10.1186/s13601-017-0175-6.
- Bugajski, A., Frazier, S. K., Moser, D. K., Lennie, T. A. and Chung, M. (2019). “Psychometric testing of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in

- patients with comorbid COPD and heart failure”. *Heart & lung : the journal of critical care*, 48(3), 193–197. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.09.014>
- Cecere, L. M., Slatore, C. G., Uman, J. E., Evans, L. E., Udris, E. M., Bryson, C. L. and Au, D. H. (2012). “Adherence to long-acting inhaled therapies among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)”. *COPD*, 9(3), 251–258. <https://doi.org/10.3109/15412555.2011.650241>
- Chen, Z., Fan, V. S., Belza, B., Pike, K., Nguyen, H. Q. (2017). “Association between social support and self-care behaviors in adults with chronic obstructive pulmonary disease”. *Ann Am Thorac Soc*. 14(9), 1419-1427. doi: 10.1513/AnnalsATS.201701-026OC.
- COPD 2: Management and nursing care. (2020). “Nursing Times, 116(5)”. (2022, 12 Temmuz) Erişim Adresi: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/respiratory-clinical-archive/chronic-opd-2-management-and-nursing-care-06-04-2020/>
- Criner, R. N. and Han, M. K. (2018). “COPD Care in the 21st Century: A Public Health Priority”. *Respiratory Care*. 63(5), 591-600. <https://doi.org/10.4187/respcare.06276>
- Çetinkaya, S. (2019). Kalp Hastalıklarında Hastalığa Psikososyal Uyum ve Sosyal Destek Algısı. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Çil Akıncı, A. (2017). “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesi”. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics*. 3(3), 154-161.
- Dargyerbyek, J. (2020). “Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi acil servisin’nde koah atak geçirme sıklığı ile tedaviye uyum arasında ilişkinin değerlendirilmesi: 1 yıllık, ileriye dönük, gözlemsel çalışma”. Acil Tıp Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Eskişehir.
- Deveci, F., Deveci, S. E., Türkoğlu, S., Turgut, T., Kirkil, G., Rahman, S., Açık, Y., Muz, M. H. (2011). “The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Elazığ, Eastern Turkey”. *Eur J Intern Med*. 22(2), 172-176. doi: 10.1136/thorax.55.9.789
- Disler, T., Green, A., Lockett, T., Newton, P. J., Inglis, S., Currow, D. C. and Davidson, P. M. (2014). “Experience of advanced chronic obstructive pulmonary disease:

- metasynthesis of qualitative research”. *J Pain Symptom Manage*, 48(6), 1182-1199. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.03.009.
- Doğan, A. (2018). “KOAH’lı hastalarda planlı hemşirelik eğitiminin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi”. Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Duarte-de-Araújo, A., Teixeira, P., Hespanhol, V., Correia-de-Sousa, J. (2019) “COPD: analyzing factors associated with a successful treatment”. *Pulmonology*, 26(2), 66-72. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2019.05.012>
- Early, F., Young, J. S., Robinshaw, E., Mi, E. Z., Mi, E. Z., Fuld, J. P. (2017). “A case series of an off-the-shelf online health resource with integrated nurse coaching to support self-management in COPD”. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 9, 12, 2955-2967. doi: 10.2147/COPD.S139532.
- Efil, S. (2018). “Mitral Stenozlu KOAH hastasında hemşirelik bakımı: Olgu sunumu”. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 9(18), 41-49. doi: 10.5543/khd.2018.53825.
- Efil, S., Enç, N., Ece, T. (2020). “Effect of training provided to patients with chronic obstructive pulmonary disease on drug management”. *Jpn J Nurs Sci*, 17(3), 1-14. doi: 10.1111/jjns.12333.
- Efil, S. ve Türen, S. (2021). “Yoğun bakım hastalarında solunum sistemi sorunları”. Enç, N. (Ed). Yoğun bakım Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, p.221-261.
- Eker, D., Arkar, H., Yıldız, H. (2001). “Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği’nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği”. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
- Eker, D., ve Arkar, H. (1995). “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’ nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği”. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 17-25.
- Ergin, Ç., ve Muz, G. (2019). “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tanısı almış bireylere verilen inhaler ilaç eğitiminin öz-bakım gücü ve öz-yeterlilik düzeyine etkisi”. Yüksek Lisans Tezi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.
- Ergün, A., Aygün, Ö. Ailede kronik hastalıklar ve yönetimi. Editör, Kuşuoğlu S., Demirbağ B. C. Aile Temelli Sağlık Yaklaşımı. Akademisyen Tıp Kitapevi, 2015. p.313.

- Fazleen, A. and Wilkinson, T. (2020). "Early COPD: current evidence for diagnosis and management". *Ther Adv Respir Dis*.14:1753466620942128. doi: 10.1177/1753466620942128.
- Federman, A. D., O'Connor, R., Wolf, M. S. and Wisnivesky, J. P. (2021). "Associations of medication regimen complexity with COPD medication adherence and control". *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 16, 2385–2392. <https://doi.org/10.2147/COPD.S310630>
- Fletcher, M. J. and Dahl, B. H. (2013). "Expanding nurse practice in COPD: is it key to providing high quality, effective and safe patient care?". *Primary care respiratory journal : journal of the General Practice Airways Group*, 22(2), 230–233. <https://doi.org/10.4104/pcrj.2013.00044>
- Forum of International Respiratory Societies (FIRS). Healthy Lungs – Never More Important: World COPD Day. (2021, 10 Temmuz) Erişim adresi: <https://www.firsnet.org/news-and-events/news-article/168-healthy-lungs-never-more-important-world-copd-day>
- Franssen, F. M., Alter, P., Bar, N., Benedikter, B. J., Iurato, S., Maier, D., Maxheim, M., Roessler, F. K., Spruit, M. A., Vogelmeier, C. F., Wouters, E. F. and Schmeck, B. (2019). "Personalized medicine for patients with COPD: where are we?". *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 14, 1465–1484. <https://doi.org/10.2147/COPD.S175706>
- Gardener, A. C., Ewing, G., Kuhn, I., Farquhar, M. (2018). "Support needs of patients with COPD: a systematic literature search and narrative review". *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 26, 13, 1021-1035. doi: 10.2147/COPD.S155622.
- GBD Chronic Respiratory Disease Collaborators (2020). "Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017". *The Lancet. Respiratory medicine*, 8(6), 585–596. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30105-3](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30105-3)
- Gedük, E. A. (2018). "Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri". *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 253-258.
- Gentry, S. and Gentry, B. (2017). "Chronic Obstructive Pulmonary Disease: diagnosis and management". *American Family Physician*, 95(7), 433–441.

- Global Burden of Disease Study (2019). “Global Health Metrics. Chronic obstructive pulmonary disease-Level 3 cause”. (2022, 10 Temmuz) Erişim adresi: <https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/gbd/summaries/diseases/copd.pdf>
- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2021). *Available form*. (2022, 19 Temmuz) Erişim adresi: <http://goldcopd.org>
- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2022, 19 Temmuz). Erişim adresi: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2021/12/GOLD-REPORT-2022-v1.1-22Nov2021_WMV.pdf
- Gökçek, Ö., Hüzmeli, D. E., Katayıfçı, N. (2019). “Kronik obstrüktif akciğer hastalarında dispnenin yaşam kalitesi ve depresyona etkisi”. *ACU Sağlık Bil Derg.* 10(1):84-88. <https://doi.org/10.31067/0.2018.89>
- Görüş, S., Taşçı, S., Elmalı, F. (2013). “KOAH'lı hastalarda eğitimin inhaler tekniği ve yaşam kalitesi üzerine etkileri”. *Aerosol ilaç ve pulmoner ilaç dağıtım dergisi.* 26(6), 336-344.
- Grahn, K., Gustavsson, P., Andersson, T., Lindén, A., Hemmingsson, T., Selander, J. Wiebert, P. (2021). “Occupational exposure to particles and increased risk of developing chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a population-based cohort study in stockholm, Sweden”. *Environmental research.* 200, 111739. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111739>
- Gregoriano, C., Dieterle, T., Breitenstein, A. L., Dürr, S., Baum, A., Maier, S., Arnet, I., Hersberger, K. E. and Leuppi, J. D. (2018). “Use and inhalation technique of inhaled medication in patients with asthma and COPD: Data from a randomized controlled trial”. *Respiratory Research*, 3, 19(1), 237. <https://doi.org/10.1186/s12931-018-0936-3>
- Gulanick, M. and Myers, J. L. (2014). “Pulmonary Care Plans, In: Gulanick M, Myers JL, eds. Nursing care plans, Diagnosis, Interventions and Outcomes”. 8st ed. Philadelphia: Mosby; p. 434-443.
- Gundry, S. (2019). “COPD 1: pathophysiology, diagnosis and prognosis”. *Nursing Times [online];* 116: 4, 27-30. (2022, 10 Temmuz) Erişim adresi:

<https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/respiratory-clinical-archive/copd-1-pathophysiology-diagnosis-and-prognosis-23-03-2020/>

- Gunen, H., Hacievliyagil, S. S., Yetkin, O., Gulbas, G., Mutlu, L. C., Pehlivan, E. (2008). "Prevalence of COPD: first epidemiological study of a large region in Turkey". *Eur J Intern Med.* 19(7), 499-504. doi: 10.1016/j.ejim.2007.06.028.
- Gut-Gobert, C., Cavallès, A., Dixmier, A., Guillot, S., Jouneau, S., Leroyer, C., Marchand-Adam, S., Marquette, D., Meurice, J. C., Desvigne, N., Morel, H., Person-Tacnet, C. and Raheison, C. (2019). "Women and COPD: do we need more evidence?". *European respiratory review: an official journal of the European Respiratory Society*, 28(151), 180055. <https://doi.org/10.1183/16000617.0055-2018>
- Hair, Joseph. F.; Bush, Robert P.; Ortinau, David J.; Marketing Research: Within a Changing Information Environment, McGraw-Hill Irwin, 2003, s. 568.
- Halpin, D., Criner, G. J., Papi, A., Singh, D., Anzueto, A., Martinez, F. J., Agusti, A. A. and Vogelmeier, C. F. (2021). "Global initiative for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease. The 2020 GOLD Science Committee Report on COVID-19 and Chronic Obstructive Pulmonary Disease". *American journal of respiratory and critical care medicine*, 203(1), 24–36. <https://doi.org/10.1164/rccm.202009-3533SO>
- Helvaci, A., Izgu, N., Ozdemir, L. (2020). "Relationship between symptom burden, medication adherence and spiritual well-being in patients with chronic obstructive pulmonary disease". *J Clin Nurs.* 29(13–14), 2388–2396. <https://doi.org/10.1111/jocn.15251>.
- Horne, R. and Hankins, M. (2001). "The Medication Adherence report Scale (MARS)". (manuscript submitted for publication).
- Huang, X., Mu, X., Deng, L., Fu, A., Pu, E., Tang, T. and Kong, X. (2019). "The etiologic origins for chronic obstructive pulmonary disease". *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 14, 1139–1158. <https://doi.org/10.2147/COPD.S203215>
- Humenberger, M., Horner, A., Labek, A., Kaiser, B., Frechinger, R., Brock, C., Lichtenberger, P. and Lamprecht, B. (2018). "Adherence to inhaled therapy and its

- impact on chronic obstructive pulmonary disease (COPD)”. *BMC Pulmonary Medicine*, 19, 18(1), 163. doi: 10.1186/s12890-018-0724-3.
- Ierodiakonou, D., Sifaki-Pistolla, D., Kampouraki, M., Poulorinakis, I., Papadokostakis, P., Gialamas, I., Athanasiou, P., Bempi, V., Lampraki, I., Tsiligianni, I. and Greek UNLOCK group (2020). “Adherence to inhalers and comorbidities in COPD patients. A cross-sectional primary care study from Greece”. *BMC pulmonary medicine*. 20(1), 253. <https://doi.org/10.1186/s12890-020-01296-3>
- Janssen, D. J., Wouters, E. F. and Spruit, M. A. (2015). “Psychosocial consequences of living with breathlessness due to advanced disease”. *Current opinion in supportive and palliative care*. 9(3), 232–237. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000146>
- Jarab, A. S. and Mukattash, T. L. (2019). “Exploring variables associated with medication non-adherence in patients with COPD”. *Int J Clin Pharm*. 41(5), 1202-1209. doi: 10.1007/s11096-019-00895-3.
- Jones, P. W., Quirk, F. H. ve Baveystock, C. M. (1991). “St George Solunum Anketi. Solunum tıbbı, 85, 25-31.
- Karagülle, Ç. ve Can Çiçek, S. (2020). “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık algısının yaşam kalitesine etkisi”. *Turkish Journal of Science and Health*,1(2), 36-49.
- Karasu, F. ve Aylaz, R. (2020). “Evaluation of meaning of life and self-care agency in nursing care given to chronic obstructive pulmonary patients according to health promotion model”. *Applied Nursing Research*, 51, 151-208.
- Keskin, T. ve Başkurt, Z. (2021). “Koah tanılı yaşlı bireylerde pulmoner rehabilitasyon”. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 157-161.
- Klijn, S. L., Hiligsmann, M., Evers, S. M. A. A., Román-Rodríguez, M., van der Molen, T. and van Boven, J. F. M. (2017). “Effectiveness and success factors of educational inhaler technique interventions in asthma & COPD patients: A systematic review”. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 27(1), 24. <https://doi.org/10.1038/s41533-017-0022-1>

- Ko, F. W., Chan, K. P., Hui, D. S., Goddard, J. R., Shaw, J. G., Reid, D. W. and Yang, I. A. (2016). "Acute exacerbation of COPD". *Respirology*, 21(7), 1152-65. doi: 10.1111/resp.12780.
- Ko, F. W., Ngai, J. C., Ng, S. S., Chan, K. P., Cheung, R., Leung, M. Y., Pun, M. C. and Hui, D. S. (2014). "COPD care programme can reduce readmissions and in-patient bed days". *Respiratory Medicine*, 108(12), 1771–1778. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2014.09.019>
- Kocabas, A., Hancioglu, A., Turkyilmaz, S., Unalan, T., Umut, S, Cakir, B. ve ark. (2006). "Prevalence of COPD in Adana, Turkey (BOLD-Turkey study)". *Proceedings of the American Thoracic Society*. 3 (Suppl): A543
- Kocakaya, D., Olgun, Yıldızeli Ş., Arıkan, H., Erbayat, Y., Hıdıroğlu, S., Gülhan, R., et al. (2017). "The relationship between symptom scores and medication adherence in stable COPD patients". *Eur Respir J*, 50(suppl 61):PA1062.
- Kokturk, N., Polatli, M., Oguzulgen, I. K., Saleemi, S., Al Ghobain, M., Khan, J., Doble, A., Tariq, L., Aziz, F. and El Hasnaoui, A. (2018). "Adherence to COPD treatment in Turkey and Saudi Arabia: results of the ADCARE study". *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 13, 1377–1388. <https://doi.org/10.2147/COPD.S150411>
- Korkmaz, T. ve Tel, H. (2010). "KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi". *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 79-86.
- Krauskopf, K., Federman, A. D., Kale, M. S., Sigel, K. M., Martynenko, M., O'Connor, R., Wolf, M. S., Leventhal, H. and Wisnivesky, J. P. (2015). "Chronic Obstructive Pulmonary Disease Illness and Medication Beliefs are Associated with Medication Adherence". *COPD*, 12(2), 151–164. <https://doi.org/10.3109/15412555.2014.922067>
- Kuzulu, A., Bilgin, G., Arslan, İ., Öznur, H., Kızıлтаş, Ö., Tekin, O., Albayrak, Z. (2017). "KOAH hastalarında sosyal açıdan değerlendirilmesi". *Ankara Tıp Dergisi*, 17(4), 204-215.

- Kwon, H. Y. and Kim, E. (2016). “Factors contributing to quality of life in COPD patients in South Korea”. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 11, 103–109. <https://doi.org/10.2147/COPD.S90566>
- Lange, P., Halpin, DM., O'Donnell, DE., MacNee, W. (2016). “Diagnosis, assessment, and phenotyping of COPD: beyond FEV₁”. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 19;11 *Spec Iss (Spec Iss)*: 3-12. <https://doi.org/10.2147/COPD.S85976>
- Lázár, Z., Horváth, A., Tomisa, G., Tamási, L. and Müller, V. (2020). Impact of clinical factors on generic and disease-specific quality of life in COPD and Asthma-COPD Overlap with Exacerbations. *Pulmonary medicine*, 2020, 6164343. <https://doi.org/10.1155/2020/6164343>
- Lee, H., Lim, Y., Kim, S., Park, H., Ahn, J., Kim, Y. and Lee, B. C. (2014). “Predictors of low levels of self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease in South Korea”. *Nurs Health Sci*, 16(1), 78–83. doi: 10.1111/nhs.12064.
- Lee, J., Nguyen, H. Q., Jarrett, M. E., Mitchell, P. H., Pike, K. C. and Fan, V. S. (2018). “Effect Of Symptoms On Physical Performance in COPD”. *Heart & Lung*, 47, 2, 149-156. doi: 10.1016/j.hrtlng.2017.12.007.
- Lenferink, A., van der Palen, J., Effing, T. (2018). “The role of social support in improving chronic obstructive pulmonary disease self-management”. *Expert Rev Respir Med*, 12(8), 623-626. doi: 10.1080/17476348.2018.1489723.
- López-Campos, J. L., Quintana Gallego, E., Carrasco Hernández, L. (2019). “Status of and strategies for improving adherence to COPD treatment”. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 14, 1503–1515. <https://doi.org/10.2147/COPD.S170848>
- Ma, Y., Peng, Y., Chen, P., Nie, N., Chen, Y. (2019). “Assessment of COPD-related knowledge among internal medicine nurses: A cross-sectional study”. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 14, 2917–2925. <https://doi.org/10.2147/COPD.S232055>
- MacNee, W. (2006). “Pathology, pathogenesis and pathophysiology”. *BMJ: İngiliz Tıp Dergisi*, 332(7551), 1202–1204.

- Marin, J. M., Cote, C. G., Diaz, O., Lisboa, C., Casanova, C., Lopez, M. V., Celli, B. R. (2011). "Prognostic assessment in COPD: health related quality of life and the BODE index". *Respiratory medicine*, 105(6), 916-921.
- McCarthy, B., Casey, D., Devane, D., Murphy, K., Murphy, E., Lacasse, Y. (2015). "Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease". *Cochrane Database Syst Rev*, 23, (2), CD003793. doi: 10.1002/14651858.CD003793.pub3.
- Medinas-Amorós, M., Montaña-Moreno, J. J., Centeno-Flores, M. J., Ferrer-Pérez, V., Renom-Sotorra, F., Martín-López, B., Alorda-Quetglas, C. (2012). "Stress associated with hospitalization in patients with COPD: the role of social support and health related quality of life". *Multidisciplinary respiratory medicine*, 7(1), 51. <https://doi.org/10.1186/2049-6958-7-51>
- Merino, M., Villoro, R., Hidalgo-Vega, Á., Carmona, C. and Collaborative Working Group EPOC-Extremadura (2019). "Health-related quality of life of patients diagnosed with COPD in Extremadura, Spain: results from an observational study". *Health and quality of life outcomes*, 17(1), 189. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1244-4>
- Mohsen, S., Hanafy, F. Z., Fathy, A. A., El-Gilany, A. H. (2019). "Nonadherence to treatment and quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease". *Lung India : official organ of Indian Chest Society*, 36(3), 193–198. https://doi.org/10.4103/lungindia.lungindia_340_18
- Molaoğlu, M. ve Yanmış, S. (2018). "Astm ve KOAH'lı bireylerde ilaç uyumu ve algılanan sosyal destek". *II. International Scientific And Vocational Studies Congress*
- Molimard, M., Raheison, C., Lignot, S., Balestra, A., Lamarque, S., Chartier, A., et al. (2017). "Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation and inhaler device handling: real-life assessment of 2935 patients". *Eur Respir J*, 15, 49(2), 1601794. doi: 10.1183/13993003.01794-2016.
- Montes de Oca, M., Menezes, A., Wehrmeister, F. C., Lopez Varela, M. V., Casas, A., Ugalde, L., Ramirez-Venegas, A., Mendoza, L., López, A., Surmont, F. and Miravittles, M. (2017). "Adherence to inhaled therapies of COPD patients from seven Latin American countries: The LASSYC study". *PLoS One*, 12(11), e0186777. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186777>

- Moradkhani, B., Mollazadeh, S., Niloofar, P., Bashiri, A. and Oghazian, M. B. (2021). “Association between medication adherence and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease”. *Journal of pharmaceutical health care and sciences*, 7(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s40780-021-00222-x>
- Moretti, M., Balestracci, S., Porcu, A., Pianta, T., Mignani, D., Marsiglia, B. (2017). “Association of COPD inhaled medication adherence with hospitalization for acute exacerbation of COPD (AECOPD)”. *Eur Respir J*, 50(suppl 61), PA676. DOI:10.1183/1393003.kongre-2017.PA676.
- Müller, T., Müller, A., Hübel, C., Knipel, V., Windisch, W., Cornelissen, C. G., and Dreher, M. (2017). “Optimizing inhalation technique using web-based videos in obstructive lung diseases”. *Respiratory medicine*, 129, 140–144. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2017.06.009>
- Müllerová, H., Landis, S. H., Aisanov, Z., Davis, K. J., Ichinose, M., Mannino, D. M. and Han, M. K. (2016). “Health behaviors and their correlates among participants in the Continuing to Confront COPD International Patient Survey”. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11, 881.
- Nguyen, H. T., Collins, P. F., Pavey, T. G., Nguyen, N. V., Pham, T. D. and Gallegos, D. L. (2019). “Nutritional status, dietary intake, and health-related quality of life in outpatients with COPD”. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 14, 215–226. <https://doi.org/10.2147/COPD.S181322>
- Ntritsos, G., Franek, J., Belbasis, L., Christou, MA, Markozannes, G., Altman, P., Fogel, R., Sayre, T., Ntzani, EE. and Evangelou, E. (2018). “Gender-specific estimates of COPD prevalence: a systematic review and meta-analysis”. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 10, 13, 1507-1514. <https://doi.org/10.2147/COPD.S146390>
- Osman Kılınç, Ö., Doğan, N., Cem Çelik, E., Ahıskalıoğlu, A., Murat Yayık, A., Ekinci,” M. (2016). “Yoğun bakıma kabul edilen KOAH hastalarının klinik sonuçları ve mortalite analizi: Beş yıllık retrospektif inceleme”. *Medeniyet Medical Journal*, 31(3), 192-198. doi:10.5222/MMJ.2016.192
- Ozbayir, T., Gok, F., Arican, S., Koze, B. S., Uslu, Y. (2019). “Influence of demographic factors on perceived social support among adult cancer patients in Turkey”. *Nigerian*

- Örnek, T., Kor, M., Kıran, S., Atalay, F. (2015). “Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Zonguldak province of Turkey”. *Tuberk Toraks*, 63(3), 170-177. doi: 10.5578/tt.9582.
- Özdemir, T., Yılmaz Demirci, N., Kılıç, H., Koç, O., Kaya, A., Öztürk, C. (2020). “An epidemiologic study of physician-diagnosed chronic obstructive pulmonary disease in the Turkish population: COPDTURKEY-1”. *Turk J Med Sci*, 13, 50(1), 132-140. <https://doi.org/10.3906/sag-1908-35>
- Özer, S. ve Çıray Gündüzoğlu N. (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Bakım Yönetimi. Çıray Gündüzoğlu, N, (ed). *Olgu Senaryolarıyla İç Hastalıkları Hemşireliği*. (s.195-205). İstanbul Tıp Kitabevleri. İstanbul.
- Özkan, Ç. G. ve Kaşıkçı, M. K. (2015). “Ölçülü doz inhaler kullanımı ve hasta eğitim sürecinin yönetilmesinde hemşirenin rolü”. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3), 355-362.
- Park, SC., Kim, DW., Park, EC., Shin, CS., Rhee, CK., Kang, YA. and Kim, YS. (2019). “Mortality of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a nationwide populationbased cohort study”. *Korean J Intern Med*, 34(6), 1272-1278. doi: 10.3904/kjim.2017.428.
- Parlak, E. ve Efil, S. “Individuals with chronic obstructive lung disease perceived social support and nursing approach”. *2.International Antalya Scientific Research and Innovative Studies Congress*, Antalya, Türkiye, 17 - 21 Mart 2022, ss.286-291.
- Patel, AR, Patel, AR, Singh, S., Singh, S. and Khawaja, I. (2019). “Global initiative for chronic obstructive lung disease: the changes made”. *Cureus*, 24, 11(6), e4985. doi: 10.7759/cureus.4985.
- Perez-Padilla, R. and Menezes, A. (2019). “Chronic obstructive pulmonary disease in Latin America”. *Ann Glob Health*, 22; 85(1): 7. <https://doi.org/10.5334/aogh.2418>
- Polatlı, M., Yorgancıoğlu, A., Aydemir, Ö., Demirci, Y., Kırkıl, G., Naycı, A. ve ark., (2013). “St. George Solunum Anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği”. *Tuberk Toraks*, 61(2), 81-87.

- Portakal, A. (2021). “Demonstrasyon Yöntemiyle Verilen Hasta Eğitiminin Ölçülü Doz İnhaler Kullanım Başarısına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi”. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Aydın.
- Raherison, C. and Girodet, P. O. (2009). “Epidemiology of COPD”. *European respiratory review: an official journal of the European Respiratory Society*, 18(114), 213–221. <https://doi.org/10.1183/09059180.00003609>
- Rogliani, P., Ora, J., Puxeddu, E., Matera, M. G., Cazzola, M. (2017). “Adherence to COPD treatment: Myth and reality”. *Respiratory medicine*, 129, 117–123. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2017.06.007>
- Russell, S., Ogunbayo, OJ., Newham, JJ., Heslop-Marshall, K., Netts, P., Hanratty, B., Beyer, F. and Kaner, E. (2018). “Qualitative systematic review of barriers and facilitators to self-management of chronic obstructive pulmonary disease: views of patients and healthcare professionals”. *NPJ Prim Care Respir Med.* 17, 28(1), 2. doi: 10.1038/s41533-017-0069-z.
- Sarı, E. (2020). “KOAH Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Öz Bakım Gücüne Etkisi”. Yüksek Lisans Tezi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.
- Sari, G., Kilic, H., Yilmaz, S., Baha, A., Ugras, Dikmen A. and Kokturk, N. (2022). “Long term mortality in hospitalized chronic obstructive pulmonary disease exacerbation: a comparison of multiple indices”. *Osmangazi Journal of Medicine*, 44(1), 1-12. doi: 10.20515/otd.943501
- Saza, S. ve Çevik, K. (2020). “KOAH tanısı almış hastalara uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin yorgunluk ve yaşam kalitesine etkisi”. *Cukurova Medical Journal*, 45(2), 662-671.
- Scullion, J. (2018). “The nurse practitioners' perspective on inhaler education in Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease”. *Canadian respiratory journal*, 2018, 2525319. <https://doi.org/10.1155/2018/2525319>
- Silverman, E. K. (2020). “KOAH Genetiği”. *Yıllık fizyoloji incelemesi*, 82, 413–431. <https://doi.org/10.1146/annurev-physiol-021317-121224>

- Slaven, A., Hsu, J., Schelling, J. R., Navaneethan, S. D., Rincon-Choles, H., McAdams-DeMarco, M. A., Schachere, M., O'Malley, N., Deluca, J., Lustigova, E., Wang, X., Kusek, J., Porter, A. C., Lash, J. P., Rahman, M., Horwitz, E. and CRIC Study investigators (2021). "Social Support in Older Adults With CKD: A Report From the CRIC (Chronic Renal Insufficiency Cohort) Study". *Kidney medicine*, 3(5), 776–784.e1. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2021.04.025>
- Smith, J. and Woodcock, A. (2006). "Cough and its importance in COPD". *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 1(3), 305–314. <https://doi.org/10.2147/copd.2006.1.3.305>
- Sriram, K. B. and Percival, M. (2016). "Suboptimal inhaler medication adherence and incorrect technique are common among chronic obstructive pulmonary disease patients". *Chronic respiratory disease*, 13(1), 13–22. <https://doi.org/10.1177/1479972315606313>
- Temeloğlu Şen, E., Sertel Berk, Ö., Sindel, D. (2019). "İlaç uyumunu bildirim ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik çalışması". *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 82(1), 52-61. <https://doi.org/10.26650/IUITFD.413637>
- T.C Sağlık Bakanlığı, Kronik Hava Yolu Hastalıkları KOAH. (2018). (2022, 19 Temmuz) Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronik-hava-yolu-hastaliklari/liste/kronik-hava-yolu-hastal%C4%B1klar%C4%B1-koah.html>
- Turnier, L., Eakin, M., Woo, H., Dransfield, M., Parekh, T., Krishnan, J. A., Kanner, R., Cooper, C. B., Woodruff, P. G., Wise, R., Han, M. K., Romero, K., Paulin, L. M., Peters, S., Drummond, B., Blecker, E. R., Bowler, R., Comellas, A. P., Couper, D., Paine, R. and Hansel, N. N. (2021). "The influence of social support on COPD outcomes mediated by depression". *PloS one*, 16(3), e0245478. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245478>
- Türk Toraks Derneği. Oksijen Tedavisi Hakkında Bilmeniz Gerekenler Hasta Rehberi. TTD Solunum Yetmezliği ve Yoğun Bakım Çalışma Grubu. (2021). (2022, 18 Temmuz) Erişim adresi: <https://www.toraks.org.tr/site/sf/books/2021/06/b5c578985e03f8f7394fac434f5e54fcd8291ee784b58a115ae68e9a32ddeb5a.pdf>

- Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2021 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Raporuna Bakışı. (2021). (2022, 19 Temmuz) Erişim adresi: <https://toraks.org.tr/site/sf/books/2021/04/f9e6f8f7ed4cf0235b450f52a5fed8906c5389f98d31d2e0c231db64cae1b4a2.pdf>
- Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Raporuna Bakışı. (2017). (2022, 10 Temmuz) Erişim adresi: https://toraks.org.tr/site/sf/books/pre_migration/03267789948f0540f997eada8f65abfb1f817248df9eed5a3df450bb937fca9f.pdf
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri 2019. (2022, 15 Haziran) Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>.
- Türkiye’de Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Yönetimi: Korunma, Tanı ve Tedavi Standartları Kılavuzu. (2020). Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü (TÜHKE), İstanbul. (2022, 19 Temmuz) Erişim adresi: https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/genel/files/haberler/tuhke_koah_kilavuvuzu_2809_2020.pdf
- Vaes, A. W., Delbressine, J., Mesquita, R., Goertz, Y., Janssen, D., Nakken, N., Franssen, F., Vanfleteren, L., Wouters, E. and Spruit, M. A. (2019). “Impact of pulmonary rehabilitation on activities of daily living in patients with chronic obstructive pulmonary disease”. *Journal of applied physiology (Bethesda, Md. : 1985)*, 126(3), 607–615. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00790.2018>
- van Boven, J. F., Chavannes, N. H., van der Molen, T., Rutten-van Mölken, M. P., Postma, M. J. and Vegter, S. (2014). “Clinical and economic impact of non-adherence in COPD: a systematic review”. *Respiratory medicine*, 108(1), 103–113. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2013.08.044>
- Varmaghani, M., Dehghani, M., Heidari, E., Sharifi, F., Moghaddam, S. S. and Farzadfar, F. (2019). “Global prevalence of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis”. *East Mediterr Health J*, 19, 25(1), 47-57. <https://doi.org/10.26719/emhj.18.014>
- Vetrano, D. L., Bianchini, E., Onder, G., Cricelli, I., Cricelli, C., Bernabei, R., Bettoncelli, G. and Lapi, F. (2017). “Poor adherence to chronic obstructive pulmonary disease

- medications in primary care: Role of age, disease burden and polypharmacy”. *Geriatrics & gerontology international*, 17(12), 2500–2506. <https://doi.org/10.1111/ggi.13115>
- Viniol, C. and Vogelmeier, C. F. (2018). “Exacerbations of COPD”. *European respiratory review : an official journal of the European Respiratory Society*, 27(147), 170103. <https://doi.org/10.1183/16000617.0103-2017>
- Vogelmeier, C. F., Román-Rodríguez, M., Singh, D., Han, M. K., Rodríguez-Roisin, R. and Ferguson, G. T. (2020). “Goals of COPD treatment: Focus on symptoms and exacerbations”. *Respiratory medicine*, 166, 105938. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2020.105938>
- Wacker, M. E., Hunger, M., Karrasch, S., Heinrich, J., Peters, A., Schulz, H., and Holle, R. (2014). “Health-related quality of life and chronic obstructive pulmonary disease in early stages - longitudinal results from the population-based KORA cohort in a working age population”. *BMC pulmonary medicine*, 14, 134. <https://doi.org/10.1186/1471-2466-14-134>
- World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). (2022 15 Haziran) Erişim adresi: [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))
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva. (2003). (2022, 10 Temmuz) Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
- Yawn, B. P. and Kim, V. (2018). “Treatment options for stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Current recommendations and unmet needs”. *Cleve Clin J Med* 85(2 Suppl 1):S28-S37. doi: 10.3949/ccjm.85.s1.05.
- Yawn, B. P., Wollan, P. C., Textor, K. B. and Yawn, R. A. (2016). “Primary care physicians', nurse practitioners' and physician assistants' knowledge, attitudes and beliefs regarding COPD: 2007 to 2014”. *Chronic Obstr Pulm Dis*, 6, 3(3), 628-635. doi: 10.15326/jcopdf.3.3.2015.0168.
- Yenilmez, Ö., Gürsoy, S., Evyapan, F., Kitiş, A. (2018). “KOAHLı bireylerde aktivite katılımı ve yaşam kalitesinin incelenmesi”. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 11(2), 30-36.

- Yi, M., Jiang, D., Jia, Y., Xu, W., Wang, H., Li, Y., Zhang, Z., Wang, J. and Chen, O. (2021). “Impact of caregiving burden on quality of life of caregivers of COPD patients: the chain mediating role of social support and negative coping styles”. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 16, 2245–2255. <https://doi.org/10.2147/COPD.S311772>
- Yorgancıoğlu, A., Polatlı, M., Aydemir, Ö., Demirci, N. Y., Kırkıl, G., Atış, S. N. (2012). “KOAH değerlendirme testinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği”. *Tuberk Toraks*, 60(4), 314-20.
- Zhao, H., Wu, B., Kong, L., Fan, J., Wang, Q., Li, J. and Mao, J. (2020). “Personal Growth and Associated Factors Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in China: A Cross-Sectional Study”. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 15, 2977–2983. <https://doi.org/10.2147/COPD.S268069>
- Zhu, B., Wang, Y., Ming, J., Chen, W. and Zhang, L. (2018). “Disease burden of COPD in China: a systematic review”. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 27, 13: 1353-1364. <https://doi.org/10.2147/COPD.S161555>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. and Farley, G. K. (1988).” The multidimensional scale of perceived social support”. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

EKLER

EK 1

KATILIMCI BİLGİ FORMU HASTA TANILAMA FORMU: SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE TANITICI ÖZELLİKLER

1-Yaş:

2- Cinsiyet:

1. Kadın 2. Erkek

3- Medeni Durum:

1. Evli 2. Bekar

4- Çocuğunuz var mı?

1. Evet ise tane 0. Hayır

5- Kiminle yaşıyorsunuz?

1. Yalnız 2. Eşimle 3. Eşim ve çocuklarımla 4. Çocuklarımla

6- Mesleğiniz:

1. Ev hanımı 2. İşçi 3. Memur 4. Serbest Meslek 5. Emekli

7- Şu an çalışıyor musunuz?

1. Evet 0. Hayır

8- Sağlık Güvencesi:

1. Var 0. Yok

9- Ekonomik Durum:

1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla

10- Boy: **Kilo:** BKİ (beden kitle indeksi) :kg/m²

11- Eğitim Durumunuz:

1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite 5. Yüksek lisans/Doktora

12- Sigara kullanıyor musunuz?

1. Hiç içmedim 2. İçtim bıraktım 3. Halen içiyorum

13- Ne kadar süredir KOAH'ınız var?

1. 6 ay-1yıl 2. 1-5 yıl 3. 6-15 yıl 4. 16 yıl ve üzeri

14- Hastanın KOAH evresi?

1. Evre 1 2. Evre 2 3. Evre 3

15- Başka bir kronik hastalığınız var mı?

() 1. Evet (ise belirtiniz) () 0. Hayır

16- Evde uzun süreli oksijen tedavisi alıyor musunuz?

() 1. Evet (Günde kaç saat.....) () 0. Hayır

17- Son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye yattınız mı?

() 1. Evet ise;kez () 0. Hayır

18- Son bir yılda KOAH nedeni ile acil servise başvurduğunuz mu?

() 1. Evet ise;kez () 0. Hayır

19- Son 1 yıl içerisinde KOAH ile ilgili eğitim aldınız mı?

() 1. Evet ise;kez () 0. Hayır

20- Antidepresan ilaç kullanımınız var mı?

1. Var () 0. Yok ()

21- Toplam kullandığınız ilaç sayısı?

() 1. 1-2 tane () 2. 3-5 tane () 3. 6'dan fazla

EK 2

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK 3

ST. GEORGE SOLUNUM ANKETİ

Bu anket, göğüs hastalığınızın size verdiği sıkıntıyı ve yaşamınıza olan etkisini daha iyi anlamamızı sağlamak üzere hazırlanmıştır. Bu anket, doktorların tanılarının yanı sıra, şikayetlerinize sebep olan göğüs hastalığınızı tüm yönleriyle değerlendirmek amacı ile kullanılacaktır. Lütfen soruları dikkatle okuyunuz. Anlamadığınız her şeyi sorunuz.

BİRİNCİ KISIM SEMPTOM SKORU

		Haftanın hemen hemen her günü	Haftanın çoğu günü	Haftada birkaç gün	Sadece üşüttüğüm zaman	Hiç
1	Son bir sene içindeki öksürme sıklığım					
2	Son bir sene içindeki balgam çıkarma sıklığım					
3	Son bir sene içindeki nefes darlığı durumum					
4	Son bir sene içinde göğsümde hissettiğim hırıltı-hışıltı sıklığı					
5	Son bir sene içinde kaç defa çok ciddi veya sizde sıkıntı yaratan göğüs hastalığı geçirdiniz? (Atak sayısı)	3 defadan fazla	3 defa	2 defa	1 defa	Hiç
6	En uzun atağınız ne kadar sürdü? Eğer ciddi bir atak geçirmediyseniz 7.soruya geçiniz.	1 hafta veya daha uzun	3 gün veya daha uzun	1-2 gün	1 günden az	
7	Son bir senede, haftada ortalama kaç gün göğüs hastalığınız ile ilgili hiçbir problem olmadan rahat gün geçirdiniz?	0 gün (haftanın her günü rahatsızdım)	1 veya 2 günü rahat geçirdim	3 veya 4 günü rahat geçirdim	Hemen hemen her günü rahat geçirdim	Her gün rahattım
8	Göğsümde hırıltı-hışıltı varsa bu daha ziyade sabahları oluyor.	Evet	Hayır			

İKİNCİ KISIM HİS SKORU

BÖLÜM 1:

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

- a) En önemli problemim
- b) Bana fazla problem yaratıyor
- c) Bana az problem yaratıyor
- d) Hiç problem yaratmıyor

10. Eğer bir işte çalışıyorsanız aşağıdakilerden birini işaretleyiniz.

- a) Akciğer hastalığım nedeni ile iş hayatım tamamen sona erdi
- b) Akciğer hastalığım nedeni ile işimi yapmam zorlaştı veya işimi değiştirdim
- c) Akciğer hastalığım işimi etkilemiyor

BÖLÜM 2: Bugünlerde sizde nefes darlığı yapan hareketlerle ilgili sorulardır.

11. Her madde için size uygun olan “Doğru” veya “Yanlış” kutusunu işaretleyiniz.

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

BÖLÜM 3: Bugünlerde olan öksürük ve nefes darlığınızla ilgili soruları içermektedir.

12. Her madde için size uygun olan “Doğru” veya “Yanlış” kutusunu işaretleyiniz.

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

BÖLÜM 4: Bugünlerde akciğer hastalığınızın sizin üzerinizdeki etkileri ile ilgili sorulardır.

13. Her madde için size uygun olan “Doğru” veya “Yanlış” kutusunu işaretleyiniz.

	Doğru	Yanlış
Öksürüğüm veya solunum sıkıntım topluluk içinde utanmama neden oluyor		
Akciğerimle ilgili şikayetlerim yakın çevremi, ailemi arkadaşlarımı, komşularımı rahatsız ediyor		
Nefes alamadığım zaman paniğe kapılıyorum veya çok korkuyorum		
Akciğer hastalığımı kontrol altında tutamadığımı düşünüyorum		
Akciğerlerimin daha iyi olacağını ummuyorum		
Akciğer hastalığım nedeni ile zayıf, halsiz ve güçsüz biri oldum		
Egzersiz yapmaktan kaçınıyorum (Benim için tehlikeli olacağını düşünüyorum)		
Kolumu kaldıracak halim olmadığını hissediyorum		

BÖLÜM 5 Tedavileriniz ile ilgili soruları içermektedir. Eğer herhangi bir tedavi almıyorsanız bu bölümü atlayınız ve 6. Bölüme geçiniz.

14. Her madde için size uygun olan “Doğru” veya “Yanlış” kutusunu işaretleyiniz

	Doğru	Yanlış
Tedavimin faydasını görmüyorum		
İlaçlarımı başkalarının yanında kullanmaktan çekiniyorum		
Tedavimin bazı hoş olmayan yan etkilerini hissediyorum		
Tedavim yaşantımı çok fazla etkiliyor		

ÜÇÜNCÜ KISIM AKTİVİTE SKORU

BÖLÜM 6: Bu bölüm nefes darlığınız nedeni ile hareketlerinizin ne şekilde kısıtlandığı konusundaki soruları içermektedir.

15. Her madde için size uygun olan “Doğru” veya “Yanlış” kutusunu işaretleyiniz

	Doğru	Yanlış
Yıkanmak veya giyinmek uzun zaman alıyor		
Banyo yapamıyorum veya duş alamıyorum, ya da bunlar uzun zaman alıyor		
Diğer insanlardan daha yavaş yürüyorum veya dinlenmek için durmak zorunda kalıyorum		
Ev işi gibi faaliyetler uzun zamanımı alıyor veya dinlenmek için durmak zorunda kalıyorum		
Bir kat merdiven çıkarken yavaş çıkmak veya dinlenmek için durmak zorunda kalıyorum		
Eğer acele edersem veya hızlı yürürsem durup dinlenmek veya yavaşlamak zorunda kalıyorum		
Nefes darlığım nedeni ile yokuş yukarı çıkarken, merdiven yukarı yük taşırken, çiçek ekmek gibi kolay bahçe işleri ile uğraşırken, dans ederken, veya golf oynarken yoruluyorum		

Nefes darlığım nedeni ile ağır yük taşırken, bahçe kazarken, saatte 5-6 km hızla yürürken, yavaş tempoda koşarken, tenis oynarken veya yüzerken zorlanıyorum		
Nefes darlığım nedeni ile ağır işler yaparken, koşarken, bisiklete binerken, hızlı yüzerken veya spor yaparken zorlanıyorum		

BÖLÜM 7: Akciğer hastalığınızın günlük yaşamınızın üzerine nasıl etki yaptığını öğrenmek istiyoruz.

16. “Doğru” veya “Yanlış” kutusunu işaretleyiniz. “Doğru” yanıtını verdiğiniz durumların, nefes darlığınız nedeni ile sizi etkileyen faaliyetler olduğunu unutmayınız.

	Doğru	Yanlış
Spor yapamıyorum		
Sosyal etkinliklere katılamıyorum		
Alışveriş için dışarı çıkamıyorum		
Ev işi yapamıyorum		
Yatağımdan veya koltuğumdan daha uzak bir yere gidemiyorum		

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

- A. Hastalığıma rağmen yapmak istediğim her şeyi yapabiliyorum
- B. Hastalığım nedeni ile yapmak istediğim bir iki şeyi yapamıyorum
- C. Hastalığım nedeni ile yapmak istediklerimin çoğunu yapamıyorum
- D. Hastalığım nedeni ile yapmak istediğim hiçbir şeyi yapamıyorum

EK 4

İLAÇ UYUMUNU BİLDİRİM ÖLÇEĞİ

Bu bölüm, sizin ilaçlarınıza uyumunuzu değerlendirmek için hazırlanmıştır. Her bir maddeyi kendinizde görülme sıklığını düşünerek “her zaman, sık sık, bazen, nadiren ve asla” şeklinde cevabınıza uyum gösteren seçeneklerden birine denk gelen kutucuğun içerisini işaretleyiniz.

	İlaç Kullanımına Dair Kendi Tarzınız	Her Zaman	Sık Sık	Bazen	Nadiren	Asla
1	Almayı unuturum.					
2	Dozunu değiştiririm.					
3	Bir süreliğine almayı bırakırım.					
4	Bir dozu atlamaya karar veririm.					
5	Söylenenden daha az alırım.					

EK 5
ETİK KURUL KARARI



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Bilimsel Araştırma Etik Kurulu



Sayı : E-84026528-050.01.04-2100143939
Konu : Başvuru İncelenmesi

23.08.2021

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sevda EFİL

Yürütücülüğünüzü yapmış olduğunuz 2021-YÖNP-0612 nolu projeniz ile ilgili Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun almış olduğu 19.08.2021 tarih ve 14/14 sayılı kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

KARAR:14- Dr. Öğr. Üyesi Sevda EFİL'in sorumlu yürütücülüğünü yaptığı "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Algılanan Sosyal Desteğin İlaç Uyumu ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi" başlıklı araştırmanın, ilgili kurumun izninin alınması ve Bilimsel Araştırmalar Etik Kuruluna sunulması koşulu ile Etik Kurul ilkelerine **uygun olduğuna** oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Salih Zeki GENÇ
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 6
KURUM İZİNİ



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi Başhekimliği



Sayı : E-72300690-799
Konu : Ebru PARLAK (Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Ankara Eğitim ve Tescil Birimi)

İlgi : 15/09/2021 tarihli ve 90739940-799-E-90739940-799-1728 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Ebru PARLAK**'ın "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Algılanan Sosyal Desteğin İlaç Uyumu ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapma talebi, Hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulumuzun 23.11.2021 tarih ve 33 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, Hastanemizden belirlenen katılımcının çalışmanın etik kurulunda da yer alması şartıyla uygun görülmüştür.

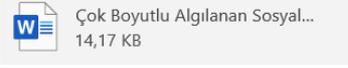
Bilgilerinizi arz ederim.

e-izmalıdır.
Dr. Öğr. Üyesi Aziz Ahmet SUREL
Koordinatör Başhekim

EK 7

ÇBASDÖ KULLANIM İZİNİ

Kime: Ebru Parlak



Sayın Ebru Parlak,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

EK 8 SGRQ KULLANIM İZİNİ

Kime: Ebru Parlak Bilgi: MEHMET POLATLI

[Tüm ekleri kaydet](#)



SGRQ CALCULATOR Ver1.xlsx
222,73 KB



SGRQ Türkçe anket izni.docx
28,96 KB

Sayın Ebru Parlak,

Dr. Öğr. Üyesi Sevdâ Efil ile planladığınız "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Algılanan Sosyal Desteğin İlaç Uyumu ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi" başlıklı tez çalışması için; Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğumuz "St George Solunum Anketi-SGRQ"ni çalışmamızı referans göstererek kullanabilirsiniz. Ekte Türkçe SGRQ anket soruları ve sonuçları hesaplayabileceğiniz excel dosyasını iletiyorum. Sormak istediğiniz bir konu olursa aşağıdaki iletişim bilgilerimden bana ulaşabilirsiniz. Çalışmalarınızda başarılar diler, saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. Mehmet Polatlı

EK 9 İUBÖ KULLANIM İZİNİ

Kime: Ebru Parlak

[Tüm ekleri kaydet](#)



İUBÖdeğerlendirme.doc
28,83 KB



İUBÖsoru.doc
40,3 KB

Merhaba Ebru hanım,

Bilimsel çalışmanızda ölçeği kullanmanız uygundur. Ekte ölçekle ilgili bilgileri ve soruları gönderiyorum. Süreç içerisinde aklınıza herhangi bir şey takılırsa ya da ölçekle alakalı danışmak istediğiniz bir konu olursa her zaman yazabilirsiniz.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim

Sevgilerimle

Dr. Esin Temeloğlu Şen
İÜ Edebiyat Fakültesi
Klinik Sağlık Psikolojisi ABD

EK 10

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Değerli katılımcı, sizleri Dr. Öğr. Üyesi Sevda Efil, Uzm. Dr. Esmehan Akpınar ve Yüksek Lisans Öğrencisi Ebru Parlak tarafından yürütülen kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde algılanan sosyal destek ile ilaç uyumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planladığımız araştırmaya davet ediyoruz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler yüksek lisans tezi için tamamen bilimsel yayın amacı ile kullanılacaktır. Verdiğiniz cevaplar bizim için çok değerlidir. Bu araştırmada bize destek olduğunuz için teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi Sevda Efil, Uzm. Dr. Esmehan Akpınar, Yüksek Lisans Öğrencisi
Ebru Parlak