SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

KOAH'LI HASTALARDA SAĞLIK KONTROL ODAĞININ HASTALIK ÖZ YÖNETİMİNE VE İLAÇLAR HAKKINDAKİ İNANCINA ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

MERVE NUR ÖZ

İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZİRAN/2024

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

KOAH'LI HASTALARDA SAĞLIK KONTROL ODAĞININ HASTALIK ÖZ YÖNETİMİNE VE İLAÇLAR HAKKINDAKİ İNANCINA ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

MERVE NUR ÖZ

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Betülay KILIÇ

İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZİRAN/2024

KABUL ONAY

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- 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 çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Merve Nur ÖZ

Tez Savunma Tarihi

28/06/2024

ÖZET

ÖZ, Merve Nur, KOAH'lı Hastalarda Sağlık Kontrol Odağının Hastalık Öz Yönetimine ve İlaçlar Hakkındaki İnancına Etkisinin Belirlenmesi. Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2024.

Amaç: Bu çalışma KOAH hastalığı olan bireylerde sağlık kontrol odağının, hastalık öz yönetimine ve ilaçlar hakkındaki inancına etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Ocak 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında, tanımlayıcı ve kesitsel türde, 285 KOAH hastası ile yapılmıştır. Araştırma için Tanıtıcı Bilgi Formu, Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği, İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi kullanılmıştır. Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatiksel yöntemler, iki kategorili değişkenler için Bağımsız gruplar arası t-testi, üç veya daha fazla kategorili değişkenler için tek yönlü ANOVA (F testi), değişkenler arası ilişkilerde pearson korelasyon analizi, değişkenleri etkileyen faktörlerin neler olduğunu belirlemek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin, yaş ortalaması 65,4±12,72 olup, %52,3'ü kadın, %40,7'sinin tanı süresi 6 ay- 5 yıl arasındadır. Çok boyutlu sağlık kontrol odağı en yüksek puan ortalaması 27,90±5,25 ile güçlü diğer kişiler alt boyutundadır. Çok boyutlu sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları ile kronik hastalık öz yönetim ölçeği genel puan ve alt boyutları arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizinde iç kontrolün sağlık bakım etkinliği davranışlarını artırdığı (ß=0,160), güçlü diğer kişilerin damgalamayla baş etme davranışını, tedaviye uyumu ve kronik hastalık öz yönetimini artırdığı (ß=0,203, ß=0,239, ß=0,254) bulunmuştur. Çok boyutlu sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutları ile ilaçlar hakkında inançlar anketi alt boyutları arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizinde güçlü diğer kişilerin spesifik gereklilik inancını azalttığı, genel zarar inancını artırdığı (ß=-0,263, ß=0,276); şans kontrolün genel aşırı kullanım inancını azalttığı (ß=-0,191) bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre bireylerin karar verme süreçlerinde etkisi olan, öz yönetimi, ilaçlara ilişkin inançlarını etkileyen sağlık kontrol odağının belirlenerek hemşireler ve sağlık profesyonelleri tarafından bireylere yönelik girişimlerin ve eğitimlerin yapılmasını öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: İlaçlar hakkında inanç, KOAH, hemşirelik, sağlık kontrol odağı, öz yönetim

ABSTRACT

ÖZ, Merve Nur, Determining the Effect of Health Locus of Control on Disease Self-Management and Beliefs About Medications in Patients with COPD. Gülhane Health Sciences Institute, Department of Internal Medicine Nursing, Master's Thesis, Ankara, 2024.

Aim: This study was conducted to determine the effect of health locus of control on disease self-management and beliefs about medications in individuals with COPD.

Materials and Methods: This study was conducted between January 2022 and January 2023 with 285 COPD patients using a descriptive and cross-sectional design. Descriptive Information Form, Multidimensional Health Locus of Control Scale, Chronic Illness Self-Management Scale and Beliefs About Medicines Questionnaire were used for the research. In the analysis of data; descriptive statistical methods, independent intergroup t-test for variables with two categories, one way ANOVA (F test) for variables with three or more categories, pearson correlation analysis for relationships between variables, and multiple regression analysis were used to determine the factors affecting the variables.

Results: The average age of the individuals participating in the study was 65,4±12,72, 52,3% were women, and the diagnosis period of 40,7% was between 6 months and 5 years. The highest mean score of multidimensional health locus of control is in the strong others subscale with 27,90±5,25. In the regression analysis conducted to determine the cause and effect relationship between the sub-dimensions of the multidimensional health locus of control scale and the general score and sub-dimensions of the chronic illness self-management scale, internal control increased health care effectiveness behaviors (ß = 0,160) , powerful others increased stigma coping behavior, treatment compliance and chronic disease self-management (ß=0,203, ß=0,239, ß=0,254). In the regression analysis conducted to determine the cause and effect relationship between the sub-dimensions of the multidimensional health locus of control scale and the sub-dimensions of the beliefs about medicines questionnaire, it was found that powerful others decreased the specific necessity

belief and increased the general harm belief (ß= -0,263, ß=0,276); it was found that chance control reduced the general overuse belief (ß =-0,191).

Conclusion: Based on the results obtained from this study, we recommend identifying the health locus of control that affects individuals' decision-making processes and their beliefs about medications, so that nurses and healthcare professionals can implement interventions and training aimed at individuals.

Keywords: Belief about medicine, COPD, health locus of control, nursing, self-management

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimimde değerli bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, çok değerli hocamlarım Prof. Dr. Fatma İlknur ÇINAR'a, Doç. Dr. Ayla DEMİRTAŞ'a ve Dr. Öğr. Üyesi Emine ÖZER KÜÇÜK'e,

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince değerli bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, bana her daim yol gösteren, sabrı ve anlayışı ile her zaman yanımda olan kıymetli hocam ve danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Betülay KILIÇ'a,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bana yol arkadaşlığı yapan değerli arkadaşım Hemşire Selcan EREL'e,

Yüksek Lisans eğitimimde beni her zaman destekleyen ve yanımda olan başta değerli sorumlum Melahat DEMİRBAŞ ve tüm çocuk servisinde çalışan kıymetli hemşire arkadaşlarıma, sekreterimiz Mehtap KILIÇ'a,

Hayatım boyunca her anımda yanımda olan ve en büyük destekçilerim olan Annem Elif ÖZ, Babam Mehmet ÖZ, kardeşlerim Tuğçe ÜNAL ve Mustafa ÖZ'e,

Sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Merve Nur ÖZ

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iv**
ABSTRACT ..... **vi**
TEŞEKKÜR ..... **viii**
İÇİNDEKİLER ..... **ix**
TABLO LİSTESİ ..... **xi**
KISALTMALAR ..... **xii**
1. GİRİŞ 1
1.1. PROBLEM TANIMI VE ÖNEMİ 1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI 4
1.3. ARAŞTIRMA SORULARI 4
2. GENEL BİLGİLER **5**
2.1. KOAH 5
2.1.1. Tanım 5
2.1.2. Epidemiyoloji 5
2.1.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri 6
2.1.4. Fizyopatoloji 9
2.1.5. Tanı ve Değerlendirme 10
2.1.6. Tedavi 13
2.2. SAĞLIK KONTROL ODAĞI 17
2.3. HASTALIK ÖZ YÖNETİMİ 19
2.4. İLAÇ İNANCI 22
2.5. HEMŞİRELİK VE SAĞLIK KONTROL ODAĞI 24
3. GEREÇ VE YÖNTEM **27**
3.1. ARAŞTIRMA TİPİ 27
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI VER VE ÖZELLİKLERİ 27
3.3. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖZELLİKLERİ 27
3.4. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI 28
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 28
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu 29

3.5.2. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği 29
3.5.3. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği 30
3.5.4. İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi 30
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 31
3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU 31
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI 32
3.9. ÇIKAR ÇATIŞMASI 32
4. BULGULAR 33
5. TARTIŞMA 41
5.1. ÇOK BOYUTLU SAĞLIK KONTROL ODAĞININ KRONİK HASTALIK ÖZ YÖNETİMİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN TARTIŞILMASI 41
5.2. ÇOK BOYUTLU SAĞLIK KONTROL ODAĞININ İLAÇLAR HAKKINDA İNANÇ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN TARTIŞILMASI 44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 47
6.1. SONUÇ 47
6.2. ÖNERİLER 47
7. KAYNAKLAR 49
8. EKLER 59
EK-1 TANITICI BİLGİ FORMU 59
Ek-2 ÇOK BOYUTLU SAĞLIK KONTROL ODAĞI 60
EK-3 KRONİK HASTALIK ÖZ YÖNETİM ÖLÇEĞİ 61
EK-4 İLAÇLAR HAKKINDA İNANÇLAR ANKETİ 62
EK-5 ETİK KURUL ONAYI 63
EK-6 KURUM İZNİ 65
EK-7 ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ 66
EK-8 GÖNÜLLÜ ONAM FORMU 68
9. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ 69

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. KOAH Taksonomisi (Etiyotipler) (2, 46) 7

Tablo 2.2. GOLD 2023 Klavuzu'na Göre Tedavi Önerileri (2) 16

Tablo 4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=285) 33

Tablo 4.2. Bireylerin Tıbbi Özelliklere Göre Dağılımı (n=285) 34

Tablo 4.3. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=285) 36

Tablo 4.4. Bireylerin Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği ile Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ve İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=285) 38

Tablo 4.5. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağının Kronik Hastalık Öz Yönetimi ve İlaçlar Hakkındaki İnançlar Üzerine Etkisi (n=285) 40

KISALTMALAR

FEV1 : Forced Expiratory Volume in One Second/Zorlu Ekspirasyonun Birinci Saniyedeki Ekshale Edilen Hacmi

FVC : Forced Vital Capacity/Zorlu Vital Kapasite

GOLD : The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

V/P : Ventilasyon/Perfüzyon

1. GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) genellikle zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyetin ve anormal akciğer gelişimini de içeren hava yolu ve/ veya alveoler hasara bağlı kalıcı hava akımı kısıtlanması, kronik bronşit ve amfizem ile karakterize ilerleyici, yaygın ve önlenebilir inflamatuar bir akciğer hastalığıdır (1- 3). KOAH, tüm dünyada kalp damar hastalıkları ve inmeden sonra üçüncü en sık ölüm nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü 2023 yılı verilerine göre KOAH dünyada 3,23 milyon kişinin ölümüne neden olmuştur (4). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2023 ölüm nedenleri verilerine göre ise solunum sistemi hastalıkları, tüm ölümlerin %13,2'ünü oluşturarak üçüncü sırada yer almıştır (5). KOAH'lı hastalar kronik veya progresif dispne, balgam, hışıltılı solunum, göğüs çökmesi, kilo kaybı veya anoreksiya gibi bir çok semptom yaşarlar. KOAH tedavisinin hedefleri bu semptomları kontrol etmek, yaşam kalitesini artırmak, alevlenmeleri ve mortaliteyi azaltmaktır (6). KOAH'da semptom şiddetinin artması ile bireyin, bakım ihtiyacı artırmakta, yaşam kalitesi düşürmekte, hastalık yönetimini, öz bakımı, günlük aktiviteleri ve mental sağlığı olumsuz etkileyebilmektedir (7-9).

Kronik hastalığı olan birey, sağlığıyla ilgili olarak yaşadığı durumdan kendisini sorumlu görmekte ve kendisini merkeze almakta ya da dışarıda başka faktörler aramaktadır (10). Kontrol odağı, insanların yaşamlarını etkileyen olayları kendi beceri, kişilik ve davranışlarını şans, kader, tanrı, içgüdüler ve dışsal etmenlerin sonucu olarak algılama biçimidir. Dış uyarıcılar ve pekiştireçler de insan davranışlarını etkileyebilmektedir, insanlar bu pekiştireci iç kontrol ve dış kontrol odağı olmak üzere iki şekilde algılamaktadırlar. İç kontrol odaklı insanlar pekiştirmenin kendi davranışlarına bağlı olduğunu düşünerek kendi yaşamlarından sorumlu olduklarını düşünürler ve buna uygun davranışlar ortaya koyarlar. İnsanlar çeşitli durumlarda çok veya az kontrolleri olduğuna inanabilirler. Böyle durumlarda bir davranışın algılanması, sonucunun öngörülemediği, anlamlandırılamadığı durumlarda dış kontrole dair şans/kader olarak algılanabilir (11, 12). Sağlık kontrol

odağı, bireyin hastalığı süresince yaşadıklarının kontrolünü kime bağladığı, sağlığıyla ilgili beklentilerinin kaynağıdır (13). Sağlık kontrol odağı kişinin sağlık davranışlarını etkileyebilir dolayısı ile sağlık sonuçlarını etkileyebilir. İç kontrol odağı sağlığın geliştirilebilmesi için gerekli olan davranış değişikliklerini teşvik eder. Ayrıca iç kontrol odağı yüksek olan bireyler yararlandıkları sağlık sistemi içinde tıbbi tedavileri ile ilgili sorgulayıcı ve karar verici davranış sergilerler. Dış kontrol odağı da güçlü diğerler kişiler ve şans olmak üzere iki gruba ayrılır. Dış sağlık kontrol odağına sahip olanlar, kendi sağlık durumlarından doktor, şans ve kader gibi varlıklarının dışındaki faktörleri sorumlu olarak bilirler (14, 15).

KOAH'ın heterojen bir hastalık olması, semptomlardaki dalgalanmaların olmasıyla birlikte yönetimi karmaşıktır. Öz yönetim, bireylerin kronik bir hastalığı yönetmek için meşgul oldukları dinamik, etkileşimli ve günlük bir süreçtir. Bireyin, aile, toplum ve sağlık profesyonelleri ile birlikte, semptomları, tedavileri, yaşam tarzı değişikliklerini ve sağlık koşullarının psikososyal, kültürel ve ruhsal sonuçlarını yönetme yeteneği şeklinde tanımlanmaktadır (16). Öz yönetim hasta sorumluluğunun merkezde olduğunu vurgulayarak, hastalıkları hafifletmede ve tedavi etmede eğitimin ötesine geçerek bireylere hastalıklarıyla ilgili zorlukları aktif bir şekilde belirleme, çözme konusunda destek vermektedir. Hastaların kronik hastalıklarıyla mümkün olan en iyi yaşam kalitesine ulaşmayı desteklemektedir. Böylece hastalar öz yönetim ile problemleri çözmeyi başardıklarında öz yeterlikleri de artmaktadır (17). Öz yönetim hastalık bilgisi, öz yeterlilik, öz düzenleme gibi içsel ve dışsal faktörlerden etkilenmektedir bu nedenle yapılacak müdahalelerin bu faktörleri içerecek şekilde planlanması daha başarılı sonuçlara ulaşmayı sağlamaktadır. Ayrıca, motivasyon ve baş etme yöntemlerinin kullanılması, sosyal destek ve sağlık inancının yüksek olması da bu sürecin belirleyicisi olmaktadır (18, 19). KOAH'lı bireylerde hastalığın ilerlemesinin yavaşlatılması, hastaneye yatışların ve alevlenmelerin önlenmesi yönünden çok önemlidir (20). Bireyin hastalığı süresince yaşadıklarının kontrolünü kime bağladığı ve sağlığıyla ilgili beklentilerinin kaynağı olan sağlık kontrol odağının belirlenmesinin, bireyin tedaviye uyumu ve öz yönetimi üzerinde etkili olduğu düşülmektedir (21).

Reçete edilen ilacı bilmeyi ve hastanın ilacı alma sorumluluğunu içeren ilaçlar hakkında inançlar, ilaca uyumu etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Hasta kişilerin ilaç tedavisine ilişkin olumlu inançları tedaviye uyumu artırmaktadır (22). Uyum, hastaların tıbbi tavsiyelere uyma ve yönlendirildiği şekilde ilaç alma derecesidir (23). Uyumun sağlanmasındaki önemli nokta ise bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyal faktörlerini tanımlayarak bireyde hastalık süresince oluşacak değişikliklere bu faktörleri adapte etmektir (24, 25). İlaçların gereksiz olduğu inancı uyumu etkileyebilmektedir (26). 1999 yılında Horn kronik hastalığı olan bireyler ile yaptığı çalışmada, bireylerin ilaçlara ilişkin inançlarının ilaç kullanımlarını etkilediğini bulmuştur (27). Bireylerin ilaç inançları demografik özellikleri, kültürel özellikleri ve klinik durumlarından etkilenmektedir. Hastaların tedaviye olan gereksinimleri ve tedaviye bağlılık konusundaki inançları ile tedavinin olası olumsuz sonuçlarına ilişkin endişeleri arasındaki etkileşim ilaç inancı olarak tanımlanmaktadır (28, 29). Tedavinin bilişsel temsilleri de öz yönetimi etkileyebilir. Hastalık ve ilaçla ilgili inançların, çeşitli kronik hastalıkları olan hastalarda öz yönetim davranışlarını etkilediğini göstermiştir (30). Hastaların ilaçların gerekliliği ve potansiyel zararlı etkileri hakkında endişeleri gibi olumsuz inançlar da bilinçli veya bilinçsiz ilaç uyumsuzluğu ile ilişkilendirilebilmektedir (31).

Sağlık kontrol odağının belirlenmesinin, bireyin tedaviye uyumu ve hastalığı üzerindeki öz yönetimi üzerinde etkili olduğu düşülmektedir. Bireyin tedavi sürecinin ve alevlenme dönemlerinin yönetilebilmesi ile hastalığın ilerlemesini önlemek ve komorbiditeleri uygun bir şekilde tedavi etmek, hem hasta açısından hem de maliyet açısından mühimdir. Sağlık kontrol odağı göz önünde bulundurularak oluşturulan sağlık programları, hemşirelere ve sağlık profesyonellerine yardımcı olabilir, hastalara uygulanan bakımın kalitesini artırabilir, hastaları öz bakımlarına katılmaya motive edebilir, tedaviye uyumlarını ve hayat kalitesini artırabilir (6, 10, 11, 32-34).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Çalışma KOAH hastalığı olan bireylerde sağlık kontrol odağının, hastalık öz yönetimine ve ilaçlar hakkındaki inancına etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılmaktadır.

1.3. ARAŞTIRMA SORULARI

1- KOAH'lı bireylerde sağlık kontrol odağı hastalık öz yönetimini etkiler mi?

2- KOAH'lı bireylerde sağlık kontrol odağı ilaçlar hakkındaki inancı etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KOAH

2.1.1. Tanım

Kronik hastalıklar olarak da bilinen bulaşıcı olmayan hastalıklar, akut bir enfeksiyonun neden olmadığı, genellikle bir yıl veya daha uzun süren, sürekli olarak tıbbi müdahale gerektiren veya günlük yaşam aktivitelerini sınırlandıran, ya da her ikisinin bir arada görüldüğü durumlardır ve genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin bir kombinasyonunun sonucudur (36, 37). Dünya çapında başlıca bulaşıcı olmayan hastalıklar çeşitleri kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabettir (37).

2023 yılı Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) raporuna göre; KOAH, solunum yolu (bronşit/bronşiyolit) ya da alveollerde ki anormalliklerden (amfizem) kaynaklı, kronik solunum yolu semptomları ile karakterize (dispne, öksürük, balgam, alevlenmeler), sürekli ve çoğunlukla ilerleyici hava yolu obstrüksiyonu ile seyreden heterojen bir akciğer hastalığı olarak tanımı güncellenmiştir (2, 3). KOAH sadece bir hastalık değil aynı zamanda farklı tedavi, fizyopatoloji ve ilerleme özellikleri olan bir sendrom olarak da tanımlanmaktadır (38).

2.1.2. Epidemiyoloji

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı beraberinde getirdiği ekonomik ve sosyal problemler ile dünyada önde gelen mortalite ve morbidite nedenidir (2).

Yapılmış olan epidemiyolojik çalışmalarda KOAH prevalansı dünya çapında %10,3 olarak belirlenmiştir (39). 1976 yılında Türkiye'de KOAH prevalansının belirlenmesine yönelik yapılmış ilk çalışmalardan biri Ankara Etimesgut bölgesinde uygulanmış ve 40 yaş üstü bireyler arası prevalans %13,6 (kadınlarda %8,2, erkeklerde %20,1) olarak bildirilmiştir (40). 2012-2016 yılları arasında Türkiye'de

yapılan bir epidemiyolojik çalışmada bölgeler arası ortalama prevalans %5,25 saptanmıştır. Karadeniz bölgesi KOAH prevalansının en yüksek olduğu bölge bulunmuştur (41).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar her yıl 41 milyon insanın ölümüne neden olmaktadır bu da dünya genelindeki ölümlerin %74'üne denk gelmektedir (37). KOAH, dünya çapında önde gelen üçüncü ölüm nedenidir ve 2019'da 3,23 milyon ölüme sebep olmuştur (42). Küresel Hastalık Yükü Çalışması'na göre 2019 yılında tüm dünyada KOAH nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %90'dan fazlası düşük-orta gelirli ülkelerde olmuştur (43). 70 yaşın altındaki KOAH ölümlerinin yaklaşık %90'ı Türkiye'nin de içinde bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir (37). Sağlık Bakanlığı'nın 2023'de yayınladığı verilere göre solunum sistemi hastalıkları Türkiye'deki ölümlerin %13,2'ini oluşturmaktadır. Ölüm nedenleri arasında ise üçüncü sırada bu ölümlerin de %61,5'i KOAH nedeniyledir. Ülkemizde mortalite erkeklerde daha fazladır (5).

2.1.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının oluşumu hem genetik hem de çevresel nedenlerden dolayı oluşan çok yönlü bir süreçtir (21). KOAH için önemli risk faktörleri; cinsiyetin erkek olması, sigara içmek, vücut kitle indeksinin 18,5 kg/m^2'den az olması, biyokütleye maruz kalma ve mesleki olarak toza veya dumana maruz kalma olarak sıralanmıştır (39, 44). KOAH ülkelerin yaş, cinsiyet, yaşam tarzı, ekonomik durum, sosyokültürel yapı ve coğrafi durumdan etkilenmektedir (2, 45).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı bilindiği üzere tütün kullanımı ile ilişkilendirilen tek hastalık olarak sınıflandırılmıştır. Ancak sigaranın neden olduğu patogenetik mekanizmaların açıklanmasına daha çok ağırlık verildiğinden neden olan diğer faktörler gereken önemi görememiştir (2). Bundan dolayı GOLD sigara dışında kalan faktörleri de içeren 2023 raporunda "KOAH taksonomisi" ile etiyolojiye vurgu yapılmış ve "etiyotipler" başlığını kullanarak 6 kısa başlık ile sınıflandırılmıştır (Tablo 2.1.) (2, 46).

Tablo 2.1. KOAH Taksonomisi (Etiyotipler) (2, 46)

	Sınıflama	Tanımlama
1	Genetik olarak belirlenmiş KOAH (COPD-G)	• Alfa-1 Antitripsin eksiliği • Aha küçük etkilere bağlı genetik versiyonlar
2	Anormal akciğer gelişimi ile ilişkili olan KOAH (COPD-D)	• Yaşamın erken dönemlerinden dolayı (prematüre ve düşük doğum ağırlığını da içeren)
3	Çevresel KOAH - Sigara ile ilişkili (COPD-C) - Biyokütle ve çevre kirliliği ile ilişkili (COPD-P)	• Sigara (aktif, pasif, in-utero) • Uyuşturucu • E-sigara • Hava kirliliği • Orman yangınları • Mesleki maruziyet
4	Enfeksiyon ile ilişkili KOAH (COPD-I)	• Çocukluk çağı, tüberküloz ile ilişkili, HIV ile ilişkili KOAH
5	KOAH ve Astım (COPD-A)	• Özellikle çocukluk çağı astımı
6	Nedeni bilinmeyen KOAH (COPD-U)	

COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease

a. Genler: KOAH için tanımlanan ve en iyi bilinen genetik risk faktörü, Alfa-1 Antitripsini kodlayan SERPINA1 genidir. SERPINA1 genindeki bozulma, Alfa-1 Antitripsin eksikliğine neden olarak proteazların baskılanamamasına sebep olur ve amfizem gelişimiyle sonuçlanır. Toplumun %1-2'sinde SERPINA1'de anormallik bulunmaktadır, bu da aslında KOAH'ın çok genli bir katılımdan oluşan bir hastalık olduğunu ve gen-çevre birleşiminin sonucu olduğunu göstermektedir (1, 47).

b. Akciğer Gelişimi: Akciğer gelişimi doğum öncesini ve 20-25'li yaşları içerse de, özellikle hamileliğin ikinci yarısı ve yaşamın ilk iki yılını kapsamaktadır (2, 48). Annenin sigara kullanması bebekte solunum yolu genişliğinin azalmasına neden olmaktadır. Prematüre doğum, pasif içici olmak, iç ve dış hava kirliliğine maruz kalmak, solunum yolu ile ilişkili viral ve bakteriyel enfeksiyon geçirmek ve yetersiz diyet KOAH oluşumunda rol oynayabilmektedir (21, 47, 48).

c. Yaş ve Cinsiyet KOAH'ın erkeklerde daha sık görülmekle birlikte kadınlarda da görülme sıklığı artmıştır. Bunun nedeni olarak çoğunlukla kadınların sigara kullanma durumu, hormonal mekanizması, artan bağışıklık sisteminin duyarlılığı, gelir durumu düşük ülkelerde iç ortam kirliliği ile daha çok karşılaşmış olması, kadınların sigaranın zararlı etkilerine erkeklere kıyasla daha duyarlı olmasının etkili olabileceği düşünülmektedir (47, 49, 50). Yaşın artması ile birlikte telomer kısalması, hücresel yaşlanma, mitokondriyal disfonksiyon, çevresel risk faktörlerine daha uzun maruziyetle birlikte KOAH için risk faktörü oluşmaktadır (51).

d. Çevresel Faktörler: Hastalığın bilinen en önemli risk faktörü sigaradır ve bilinen en güçlü tedavisi ise sigarayı bırakmaktır (21, 52). 45 yaş üstü yapılan bireyler ile yapılan bir kohort çalışmasına göre sigara içenlerin yaklaşık %50'sinde KOAH oluştuğu bulunmuştur, bu çalışma sigara içen her iki kişiden birinin KOAH'a sahip olacağını göstermektedir (53, 54).

Tüm tahriş edici buharlar, gazlar ve dumanlar, asitler, alkaliler, halojenler, bileşikler, aldehitler, esterler, eterler, uçucu gazlar gibi tahriş edici kimyasallar, organik (hayvan tozu, bitki tozu, yapay organik toz) ve inorganik tozlara (mineral tozu, karbon içeren toz, metal tozu, yapay inorganik toz) maruziyet KOAH için mesleki riskleri oluşturmaktadır (55).

Hava kirliliği partikül kirleticiler, karbon monoksit, nitrojen ve kükürt oksitler, ozon, ağır metallerden oluşmaktadır (2, 56). Sera gazları seviyeleri gelir düzeyi yüksek ülkelerde gerileme göstermese de özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde KOAH vakalarının %50'sine neden olmaktadır. Sobada yakılan odun, kömür, hayvan gübresi ev içi hava kirliliğine neden olmaktadır (2). Hava kirliliği seviyesi neme ve sıcaklığa göre değişiklik gösterebilmektedir. Sıcak ve nemli havalar zararlı partiküllerin yoğunluğunun artmasına neden olabilmektedir (57).

e. Astım: Astımın, kronik hava akımı obstrüksiyonuyla ve azalmış akciğer fonksiyonu ile KOAH için risk faktörü oluşturduğu düşünülmektedir (58, 59).

2.1.4. Fizyopatoloji

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, hava yolu kısıtlanması, gaz değişiminde bozulma, mukus hipersekresyonu, pulmoner hipertansiyon, kor pulmonare ve sistemik etkilerin yer aldığı patofizyolojik değişimler görülmektedir (2, 60, 61).

a. Hava Akımı Kısıtlanması

Hastalarda farklı oranlarda hava yolu tıkanıklığı ve amfizemin bileşimi sonucu oluşur. Amfizem, küçük iletken hava yollarının artan direnci ve akciğerin artan kompliyansı nedeniyle akciğerin boşalması için sabit bir sürenin uzamasının sonucudur. Solunum yolu duvarlarında, inflamatuar hücreler tarafından oluşan infiltrasyon, epitel bariyerin ve silia aktivitesinin bozulması sonucunda meydana gelir. Sentrasiner amfizem sigara içilmesiyle meydana gelen inflamasyona bağlı oluşur. Alfa-1 Antitripsin alveolar elastikiyeti sağlayan elastinin üretilmesinde görevlidir, eksikliğinde panasiner amfizem oluşur (60, 62). Bronşiollerde olan inflamasyon, bronşiyoler fibrozis ve eksudanın miktarı hava yolu obstrüksiyonuna neden olup, FEV1'deki (Zorlu ekspirasyonun birinci saniyedeki ekshale edilen hacmi) ve FEV1/FVC'deki (Zorlu ekspirasyonun birinci saniyedeki ekshale edilen hacmi/Zorlu vital kapasite) azalma ile ilişkilidir. Solunum yolu genişliğinin sağlanamaması ve ekspiratuar itici gücün azalması ile hava akımı da kısıtlanmış olur. İnspiryumda alınan havanın ekspiryumda atılamamasıyla hava hapsi, buna bağlı olarak da hiperinflasyon meydana gelir. Hava hapsi hastalığın ilk evresinde görülmekle birlikte egzersiz ile daha belirgin olur (2, 60, 61).

b. Gaz Değişiminde Bozulma

Yapısal anormallikler, ventilasyonda azalma, oksijen ve karbondioksit değişimiyle ventilasyon/perfüzyon (V/Q)'da bozulma oluşmaktadır. Solunum kaslarının fonksiyon kabı ve hiperinflansyonla hiperkapni gelişmektedir (2, 21, 60).

c. Mukus Hipersekresyonu

Sigara dumanı ve başka zararlı irritanlarla ilişkili genişlemiş salgı bezleri ve artan goblet hücreleri tarafından oluşmaktadır (21, 60).

d. Pulmoner Hipertansiyon

Hipoksi sonucunda olan pulmoner vazokonstrüksiyon, pulmoner arter basıncı artırır. İnflamasyon endotel fonsiyon kaybına ve fibrozise neden olmakta ve pulmoner hipertansiyon oluşmaktadır (21, 60). Pulmoner hipertansiyonun ilerleyen dönemlerinde sağ ventrikül hipertrofisine ve sağ kalp yetmezliğine (kor pulmonale) neden olabilir (2, 60).

e. Alevlenmeler:

Solunum belirtilerin akut kötüleşmesi olarak tanımlanırken GOLD 2023'e göre "*enfeksiyon, hava kirliliği ya da başka bir maruziyetle lokal ve sistemik enflamasyon artışı sonucu takipne ve/veya taşikardinin de eşlik edebildiği öksürük, balgam ve/veya nefes darlığı semptomlarının son 14 gün içinde kötüleşmesi*" olarak tanımlanmaktadır (2, 46). Alevlenmelerin en sık görülen nedenleri viral ve bakteriyel enfeksiyonlar olsa da %30'undan fazlasının etyolojisi bilinmemektedir (63). Üst ve alt solunum yollarının daralması ve inflamasyon ile ödem, bronkokonstriksiyon, mukus sekresyonunda artışla beraber, solunum yollarının daralması ile hiperinflasyon oluşur ve prognozun kötüleşmesine sebep olur (64).

f. Sistemik Etkiler:

KOAH hastalarında akut faz proteinlerin (CRP/C-reaktif protein) ve pro-inflamatuar sitokinlerin arttığı bilinmektedir. Kronik inflamasyonun neden olduğu hava akımının azalması, mukus sekresyonundaki artış, hava hapsi ve gaz değişiminin bozulmasına sebep olur. Kalp ve damar hastalıkları KOAH ile ilişkili en önemli sistemik komorbid durumlardır (60, 61).

2.1.5. Tanı ve Değerlendirme

Kronik öksürük, dispne şikayeti olan; sigara dumanı, mesleki maruziyet, hava kirliliği gibi risk faktörlerine maruz kalan ve tekrarlı alt solunum yolu enfeksiyonu geçiren kişilerde KOAH düşünülmelidir (2).

a. Spinometrik Değerlendirme:

Spinometri hava yolu kısıtlığını ölçebilmek için en güvenilir yöntemdir. Tanıyı kesinleştirmek için spirometri ile ölçümde zorunlu vital kapasitenin bronkodilatör kullanımı sonrasında FEV1/FVC oranının < 0,7 olduğunu göstermesi gerekir. FEV1 KOAH'ın şiddetini belirlemeye de yardımcı olmaktadır (GOLD'a göre hafif, orta, şiddetli ve çok şiddetli) (2). Spirometrik değerlendirmeler cinsiyet, yaş, boy ve ırka bağlı yapılmaktadır (8).

GOLD Evre 1; Hafif; FEV1≥%80,

GOLD Evre 2; Orta; %50 ≤ FEV1 < %80

GOLD Evre 3; Şiddetli; %30 ≤ FEV1 < %50

GOLD Evre 4; Çok Şiddetli; FEV1 <%30

b. Belirti ve Bulgular

Semptomlar sabah saatlerinde daha yoğun seyretmekle birlikte gün içinde veya günden güne değişiklik gösterebilmektedir (8). Hava akımı kısıtlılığı kronik dispne, öksürük ve balgam artışından önce de görülebilmektedir (2).

Dispne: Kronikleşen dispne KOAH'ın en belirgin semptomu olmakla birlikte hastaların yaklaşık üçte birinde balgam ile birlikte görülmektedir. Anksiyetenin en önemli nedenlerinden biridir (2, 65). Dispne gelişimine hiperinflasyon ve hava akımı kısıtlılığı neden olmaktadır. Egzersizle kötüleşir, zamanla ilerleyici ve kalıcıdır (2).

Kronik Öksürük: Çoğunlukla KOAH'ın ilk belirtisidir. Sigara ve çevresel maruziyetlerde solunum yollarının ilk yanıtını oluşturur. Başlangıçta aralıklı seyretse de süre ilerledikçe sıklaşır. Prodüktif veya prodüktif olmayabilir (2, 8, 21).

Balgam: KOAH'da bireyler öksürmeyle beraber az miktarda, yapışkan balgam çıkarırlar. Alevlenme ile birlikte miktarı değişebilir, çok mukus üretiminin altında bronşektazi görülebilmektedir. Balgamın pürülan bir yapıda olması inflamatuar göstergelerin arttığını gösterebilmektedir (2, 8, 21). Sigara kullanımı,

solunum yollarında inflamatuar tepkileri başlatır ve mukus salgısının artmasına neden olur (66).

Wheezing ve Göğüste Daralma: İnspirasyon ve ekspirasyonda hırıltılar duyulabilir, günler arasında veya gün içinde farklılık gösterebilmektedir. Göğüste daralma hissi çoğunlukla eforu takiben ortaya çıkar ve hasta tarafından yeri tam olarak tarif edilemez (2, 21).

Yorgunluk: En sık görülen semptomlardan birisidir. Bireyler yorgunluğu enerjilerinin tükenmesi olarak ifade edebilirler. Yorgunluk prevalansı KOAH'lı bireylerde %17-95 arasında değişmektedir. Dispne, alevlenme sayısı, kullanılan ilaç sayısı, cinsiyet, komorbite sayısı, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi yorgunlukla ilişkilidir (67).

Diğer belirti ve bulgular: Kilo kaybı ve anoreksiya görülebilir. Ayak bileklerinde ödemin oluşması kor pulmonale oluşumu açısından önem taşımaktadır ve anamnezde mutlaka sorgulanması gerekmektedir (2).

c. Bileşik Değerlendirme:

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı çevresel ve genetik faktörlerden etkilenen çok yönlü bir hastalık olduğu için hastalığın klinik yönlerine bağlı bir tanımlama yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur. GOLD alevlenme geçmişi ve semptomlara bağlı olarak sınıflama yapmıştır (68). Önceden A, B C, D olarak sınıflandırılan bu değerlendirme GOLD 2023 ile beraber C ve D grupları birleştirilerek E (Exacerbations-Alevlenme) grubu oluşturulmuş ve üç gruba indirgenmiştir. Yapılan sınıflandırma hastaya başlanacak olan farmakolojik tedaviye rehberlik etmesi amacı ile yapılmıştır. A ve B grubu, 0 veya 1 orta şiddetli hospitalizasyon gerektirmeyen alevlenme; E grubu, ≥ 2 orta şiddetli alevlenme veya ≥ 1 hospitalizasyon gerektiren alevlenme olarak sınıflandırılmaktadır. Bu ayrıma bağlı olarak tedavi yaklaşımı belirlenmektedir (2).

2.1.6. Tedavi

a. Risk Faktörlerinin Kontrolü ve Non-farmakolojik Tedaviler

- **Sigaranın Bıraktırılması:** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı yönetiminde sigara kullanımının bıraktırılması hastalık prognozunu en çok etkileyen yöntemdir. Nikotin replasman tedavileri (nikotin sakızı, cilt üzerine yapıştırılabilen bantlar vs.), farmakolojik olarak, bupropion, vareniklin ve nortriptilin önerilmektedir. E-sigara kullanımı ise GOLD 2024 güncellemesi önerilmemektedir (2, 69).

- **İç-Dış Ortam Kirliliğinin İyileştirilmesi:** Hava kalite standartlarının oluşturulması, yasal düzenlemelerin yapılması, dışarı duman geçirmeyen sobaların kullanımı, yaşam alanlarının havalandırılması, iyi kalitede kömür kullanımı, hava kirliliği seviyesi yüksek olduğunda kitle iletişim araçları ile bilgilendirme yapılmasının etkili olacağı belirtilmektedir (8).

- **Mesleki Maruziyetin Önlenmesi:** İş yerinde bulunan zararlı gaz, partikül ve tozlara yönelik önleyici yöntemlerin geliştirilmesi gerekmektedir (hayvancılık, demir-çelik üretimi, deri madencilik vb.). İş yerlerinde havalandırmayı sağlamak, solunum yollarını koruyucu ve sigara içilmesini engelleyen önlemler almak, eğitimler düzenlemek, yasal düzenlemelere gidilmesi ve denetimlerin yapılması gerekmektedir (8, 21).

- **Eğitim ve Öz Yönetim:** Hekim ve hemşireler gibi profesyonel meslek grupları tarafından yapılan öz yönetim müdahaleleri, hastalarda pozitif sağlık davranışları geliştirmek, günlük yaşamlarını iyileştirmek için motive etmek, bilgi ve beceri kazanmalarını sağlamaktadır. Hasta eğitimi bireylerin hastalıkları ile başa çıkmada dolayısı ile sağlık durumlarının iyileşmesinde olumlu etkisi vardır. Bireysel ve grup eğitimleri planlanabilir. Eğitim içeriğinde sigara bırakma, tedavi planı (inhaler cihaz kullanımı), nefes darlığını azaltma yöntemleri, alevlenmeler, yardım isteyeceği zamanı bilme gibi konu başlıkları yer almalıdır (2, 21).

- **Fiziksel Aktivite:** Fiziksel aktivitenin azalmasından dolayı hospitalizasyon ve mortlitede artış olmaktadır. Fiziksel aktivitenin artırılması için motivasyon programları ve eğitimler etkin olabilmektedir (2, 21). Büyük kas grupları

için haftada üç kez, 8-12 hafta süre boyunca her gün 30 dakikalık orta-yüksek şiddette aerobik ve güçlendirme egzersizleri (yürüme, bisiklet sürme) önerilmektedir (70).

- **Oksijen Terapisi:** Uzun süreli oksijen terapisinin (günde 15 saatten fazla) ağır hipoksemik hastalarda sağkalımı artırdığı belirtilmektedir(2).

- **Pulmoner Rehabilitasyon:** Hastanın fizyolojik ve psikolojik durumunu düzeltmek, yaşam kalitesini artırmak ve sağlığını iyileştirici davranışlar kazandırıp uyumu sağlaması için, eğitim ve davranış değişikliği sağlayan bireyselleştirilmiş girişim odaklı uygulamadır. Başarılı bir pulmoner rehabilitasyon multidisipliner ekibe ve bireyselleştirilmiş programa bağlıdır. Program süresi 6-8 hafta sürmesi uygun görülmektedir. Program öncesi bireyler hedeflerin belirlenmesini, öz yönetim becerilerini, sigara kullanma durumunu, psikolojik sağlığını, beslenme rejimini, sağlık okuryazarlığını, egzersiz kapasitesini ve sınırları konusunda değerlendirilerek bireye özel pulmoner rehabilitasyon programı oluşturulur (2, 21, 71).

b. Aşılar

- **İnfluenza Aşısı:** KOAH'lı hastalarda solunum yollu enfeksiyonlarını ve ölümü azaltabilmektedir (2).

- **Pnömokok Aşıları:** 65 yaş ve üzeri bütün hastalarda pnömokokal konjuge aşı (PCV20 veya PCV15) ve pnömokokal polisakkarit aşı (PPSV23) tavsiye edilmektedir. Son önerilere göre daha önce bağışıklama yapılmamış kişilerde tek doz PCV15 ardından PPSV23 ya da bir doz PCV20 kullanımı önerilmektedir. 5 yıl boyunca etkinlik gösterdiği belirtilmektedir. Pnömokok aşılarının alevlenmeleri azalttığı belirtilmektedir. PCV15, PCV20 veya PPSV23 bağışıklama için influenza aşısı ile birlikte uygulanabilir (2).

- **RSV (Respirituar Sinsityal Virüs) Aşısı:** 60 yaş ve üstü olan bireyler için önemli bir morbidite ve mortalite sebebi olan RSV için uygulanması önerilmektedir (69).

- **Diğer aşılar:** Adolesanlıkta aşılanmamış bireyler için tetanoz, difteri ve boğmaca için Tdap aşısı, rutin kullanımda zona aşısını ve Covid-19 aşısı önerilmektedir (2).

c. Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik tedavi alevlenmelerin sıklığını, şiddetini ve semptomları azaltmak, egzersiz toleransını ve yaşam kalitesini artırmaktır. Hava akımı kısıtı, semptomlar ve alevlenmeler kişiden kişiye değişeceği için tedavinin hastaya özel planlanması gerekmektedir (2).

- **Bronkodilatörler:** Solunum yollarında bulunan düz kaslara etki ederek, çapı azalmış olan hava yollarını genişletir ve ekspiratuvar hava akımında iyileştirmeler yapar. Hiperinflasyonu azaltır ve egzersiz performansını artırır. FEV1'i artırarak spinometrik ölçümleri değiştirebilen bir ilaç türüdür. Uzun etkili beta 2-agonistler ve kısa etkili beta2-agonistler kullanılmaktadır (2).

- **Antimuskarinik İlaçlar:** Kısa ve uzun etkili formları olan antimuskarinik ilaçlar, asetilkolinin hava yolu duvarlarındaki düz kaslarda bulunan M3 muskarinik reseptörler aracılığıyla etkilediği bronkokonstriktif etkiyi engellerler. İpratropium ve oksitropium gibi kısa etkili antimuskarinikler vagal şekilde indüklenen nöroinhibitör reseptör M2'yi bloke ederken; aklidinyum, tiotropium ve glikopironyum bromür gibi uzun etkili olanları M3 reseptörlere uzun süre bağlanarak bronkodilatör etki süresini arttırırlar. Uzun etkili antimuskariniklerin pulmoner rehabilitasyonun etkinliğini artırdığı, balgam, öksürük gibi semptomları azalttığı ve bireylerin sağlık durumlarını iyileştirdiği belirtilmektedir (2).

- **Metilksantinler:** İnspiratuar kas fonksiyonlarda artışı sağladığı düşünülmektedir ancak ksantin türevlerinin etkileri hala çelişkili olmaya devam etmektedir. Terapötik aralıkları dardır. Faydaların çoğunun toksik dozlara yakın seviyede verildiğinde ortaya çıktığı bildirilmektedir (2).

- **Kortikosteroidler:** Oral ve inhaler kortikosteroidler kullanılmaktadır. İnhale kortikostereoidlerin uzun etkili beta2-agonistler ve uzun etkili muskarinik antagonistler ile kullanıldığında akciğer fonksiyonlarında iyileşme sağladığı, bir

birey için yıllık ortalama alevlenme sayısını düşürdüğü, hayat kalitesini artırdığı; oral kortikosteroidlerin yan etkiye sebep olabileceği ve kullanımına dair tartışmalar olduğu belirtilmektedir (2, 72).

- **Fosfodiesteraz-4 İnhibitörleri:** İntraselüler siklik adenozin monofosfatın (cAMP) parçalanmasını engelleyerek inflamasyonu azaltmaktadır. Orta ve şiddetli alevlenmelerin yönetiminde ve akciğer fonksiyonlarının iyileştirilmesinde kullanılmaktadır (2).

- **Antibiyotikler:** Bir yıl boyunca azitromisin veya eritromisin kullanımında alevlenmeye yatkın hastalarda alevlenme riskini azalttığı ancak azitromisinin QT uzaması ve bakteriyel dirence neden olabileceği gibi önemli yan etkileri olduğu belirtilmektedir (2).

- **Mukolitik Tedavi:** Mukosiliyer aktiviteyi artırır, mukus atılımını kolaylaştırır, mukus üretimini ve mukus viskozitesini azaltır, antibakteriyel etki sağlar (73). İnhale kortikosteroit almayan hastalarıda N-asetilsistein ve karbosistein mukolitiklerin düzenli kullanımının sağlık durumunu iyileştirebileceği ve alevlenmeleri azaltabileceği belirtilmektedir (2).

GOLD 2023 klavuzuna göre tedavi yaklaşımı A, B, C ve D iken A, B ve E şeması olarak revizyon olmuş ve bu doğrultuda düzenlenmiştir (Tablo 2.2.) (2).

Tablo 2.2. GOLD 2023 Klavuzu'na Göre Tedavi Önerileri (2)

Hasta Grubu	Tedavi Önerileri
A grubu hastalarda	Nefes darlığı derecesine göre kısa ve uzun etkili bronkodilatörler kullanılabilir.
B grubu hastalarda	Başlangıç tedavi olarak uzun etkili beta2-agonistler + kısa etkili beta2-agonistler kombinasyonu önerilmektedir.
E grubu hastalarda	Eğer inhaler kortikosteroid kullanımı gerekiyorsa ve eozonofil sayısı ≥ 300 hücre/mL ise uzun etkili beta2-agonistler + uzun etkili muskarinik antagonistler + inhaler kortikosteroidler önerilmektedir.

2.2. SAĞLIK KONTROL ODAĞI

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre "Sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir" (74). Sağlık, bireyin yaşadığı çevre, sosyal yaşamı, kişilik özellikleri gibi çeşitli faktörlere bağlıdır. Sağlıkla ilgili davranışlara teşvik edilmesi, bireylerin yaşam kalitelerinin artmasına, bağımsızlığının sağlanmasına ve sağlık bakım maliyetlerinin düşmesini sağlayacaktır (75). Bireylerin yaşam şeklinde uygun değişiklerle yükleri indirgenebilir. Yapılan değişiklikler sağlık inancını da içeren sosyal ve psikolojik yönler tarafından etkilenmektedir. Sağlığa zararlı eylemlerde davranış değişikliği yapmak için sağlık inancını anlamak ve sağlık kontrol odağını saptamak gerekmektedir (76).

Kontrol odağı Rotter'ın (1966) sosyal öğrenme teorisinden türetilmiş olup, Wallson ve arkadaşları 1978 yılında tarafından ölçek haline getirilmiştir (77). İnsanı, hayatına tesir edebilen, yaşam deneyimlerini etkileyebilme yeteneğine sahip bilinçli bir varlık olarak tanımlamıştır. Rotter kontrol odağını kişinin bir sonucu bireysel veya dışarıdan meydana gelen güçlerin davranışları ile ilişkili, içselleşmiş bir yönelimden daha dışsallaşmış yönelime doğru sürekli var olan algılama derecesi olarak tanımlamaktadır. Sosyal öğrenme teorisinde zaman ile birlikte gelişen ve sosyal deneyimler sonucu dengeli kişilik unsuru olarak görülse de hayattaki başarı deneyimlerinin değişime uğrayarak kontrol odağının farklılaşabileceği belirtilmektedir (78). Bilişsel faktörler değerlendirildiğinde sağlığın kontrol edilebilip yönlendirilebileceği ile ilgili genelleştirilmiş inançlar sağlık kontrol odağı olarak kavramsallaştırılmıştır (79).

Sağlık kontrol odağı bireyin hayattaki başarısını ve başarısızlığını, kuvvetli ve zayıf taraflarına göre değerlendirmek için kullandığı bir inanç sistemidir ve bireyin sağlığını neyin kontrol ettiğine dair sahip olduğu inançları olarak tanımlanır dolayısı ile sağlık hizmetlerinde önemli bir yer alır (80, 81). Sağlık kontrol odağı iç kontrol ve dış kontrol olmak üzere iki başlık altında incelenir. İç kontrol odağına sahip olan kişiler, sonuçların kendi davranışları ve kişisel özelliklerine bağlı olduğuna; dış kontrol odağına sahip olan kişiler ise sonuçların kendileri dışında olan şans, kader gibi güçlere, güçlü diğer kişilere veya sosyal çevreye bağlı olduğuna

inanmaktadır. Rotter bireyin özerk olma veya harekete geçme isteğinin, kontrol odağı yönelimini etkileyeceğini belirtmektedir. Harekete geçme, bireyin isteyerek eyleme geçmesi ve bunu etkileyen bireysel, bilişsel ve duygusal deneyimlerini ifade etmektedir (76, 82, 83).

İç kontrol odağına sahip bireyler kendi davranışlarının sağlıkları üzerinde etkisi olduğuna inanırlar. İç kontrol odağı bireyin psikolojisi, farkındalığı, sağlık ve hijyen davranışları ile olumlu yönde ilişkilidir. İç kontrol odağı yüksek olan kişiler olumlu sağlık davranışlarına daha fazla katılım göstermekte, yararlandıkları sağlık sistemi içinde tıbbi tedavileri ile ilgili sorgulayıcı, karar verici davranış sergilemekte, tedaviden aldıkları verim daha fazla olmakta ve yüksek uyum göstermektedir (14, 15, 80, 81, 84).

Dış kontrol odağı kötü sağlık davranışları ve psikolojik zayıflık ile ilişkilidir (82). Dış kontrol odağına sahip olan bireyler sağlıklarının aile, arkadaş, doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinden, kader ve şans tarafından etkilendiğine inanırlar. Şans ve güçlü diğer kişiler kontrol odağı, dış kontrol odağı grubuna aittir. Şans kontrol odağı ise kişinin sağlığını şansa ve kadere bırakmasıdır. Güçlü diğer kişiler kontrol odağı ise hemşire, doktor gibi sağlık profesyonellerinin kişinin sağlık çıktılarında daha etkili olmalarıdır (76, 81, 85, 86). Güçlü diğer kişiler kontrol odağı puanları yüksek olan ve sağlıklarının sağlık profesyonelleri tarafından etkilendiğine inanan kişiler için bu durum anlaşılması zor ve daha karmaşıktır çünkü olumlu sağlık davranışı sergilemeleri ihtimali hem yüksek hem düşük olabilmektedir (76).

Sağlık kontrol odağı bireyin sağlığı üzerinde ki kararlarını etkiler ve tedavi konusundaki tercihlerini değiştirebilir. Bireyin yaş, ırk, cinsiyet, eğitim, medeni durum, ekonomik durumları gibi sosyo-demografik özellikleri, dini ve kültürel inançları, psikolojik durumları, fiziksel aktivite, sağlık okuryazarlığı, beslenme ve yeme davranışları, sigara ve alkol alışkanlıkları sağlık kontrol odağı ile ilişkilidir. Bireylerde uygun karar verme sürecinde, sağlığın geliştirilmesinde ve sağlık eğitiminde sağlık kontrol odağının değerlendirilmesi önerilmektedir (76, 80, 81, 84, 86- 88).

2.3. HASTALIK ÖZ YÖNETİMİ

Öz yönetim kişilerin sağlık profesyonelleri, ailesi ve çevresi ile var olan semptomlarını, tedavisini ve hayat tarzında getireceği değişiklikleri yönetme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Öz Yönetim sağlıklı yaşam tarzının oluşturulması, tedaviye uyum, bireyin kendini izlemesini, depresyon ve damgalamayla başa çıkmayı, aile ve sosyal ilişkilerin artırılmasını içerir (16). Öz yönetim kapasitesini farklı fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve varoluşsal sorunlar bireylerin etkiler (16, 89, 90). Kronik hastalıklar farklı fizyolojik değişiklikler ve semptomlar dolayı takip ve tedavi süreci için vakit ve uğraş gerektirir. Öz yönetimde yeni rutinlerin oluşması, hayata entegre edilebilmesi için ilaç almayı, diyete uymayı içeren tıbbi uygulamalar, yeni davranışların geliştirilmesi ve sürecin yönetilebilmesi için duygusal değişiklikler gereklidir (89, 91). Literatürde evli olanların, gelir durumu ve eğitim seviyesi artışının bireylerde hastalık öz yönetim düzeylerini arttırdığı belirtilmiştir (92- 95).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı öz yönetim müdahaleleri bireye özgü, destekleyici, motivasyon artıran, ilaç uyumunu artıran, ilgi çekici ve amaçlara sahip olan çok bileşenlidir. Hastalığın her aşamasında problemleri çözmeyi ve problemlerle baş edebilmek için bireye özel girişimler gerektiren davranış değişikliğini (örneğin sigarayı bıraktırma, diyet düzenlenmesi) hedeflemektedir (96-100). Öz yönetim davranışları yüksek olan KOAH hastalarında, alevlenmeler, alevlenme sürecinde iyileşme süreci, hastaneye yatışlar ve tedavi maliyetleri azalmakta, yaşam kalitesi, önerilen şekilde ilaç kullanımı ve uyumu artırmaktadır (30). Tedaviye uyum hastanın sağlığı ile ilişkili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması şeklinde tanımlanmaktadır (101, 102).

Tedaviye uyum doktor kontrollerine düzenli aralıklarla gelmeyi, oluşturulan tedavi programlarına katılmayı, ilaçları düzenli kullanmayı ve davranış değişikliği oluşturmayı amaçlamaktadır (102). Kronik hastalıkların tedavisinde farmakolojik müdahaleler önemli bir unsur olmasına rağmen hastaların yarısına yakını ilaçları önerilen şekilde kullanmamaktadır. Bu oranın yarısı kasıtlı olarak verilen tedaviyi önerilen şekilde kullanmamakta, diğer yarısı ise ilaçları reçete edilen doğrultuda almadıklarının farkında olmaması veya tedavi rejimin karmaşık olması sebebiyle olmaktadır (103, 104).

Tedaviye uyumuna etki eden maddeler; hastanın yaşı, okuryazarlık durumu, kültürel inançlar, düşük sosyoekonomik düzey, sağlık güvencesinin olmaması, aile ve sosyal anlamda destek eksikliği, psikolojik hastalıklar, tedavinin etkinliğine dair sağlık inançları ve tutumları, önceki farmakolojik tedavi ve advers etki deneyimleri, motivasyon azlığı, sağlık okuryazarlığının düşük olması, tedaviye karar verme sürecinde katılım sağlamaması, karmaşık tedavi rejimlerin yazılması, çok sayıda ilaç kullanma, farklı doktorlar tarafından bakım sağlanması, ilaçların pahalı olması, hastanın tedaviye inancı, iletişim engelleri, muayene sürelerinin kısalığı, sağlık hizmetlerine sınırlı iletişim, sağlık alanında teknoloji kullanma eksikliği şeklide sıralanabilir (22, 34, 102, 104-106). Uyumun sağlanmasındaki önemli nokta bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyal faktörlerini tanımlayarak bireyde hastalık süresince oluşacak değişikliklere bu faktörleri adapte etmektir (107). Tedaviye uyum hasta merkezde olacak şekilde bireyselleşmiş, çok faktörlü şekilde yapılmalıdır. Tedaviye uyumu artırmak için hasta, hastalık öz yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık okuryazarlığı eğitimi verilmesi ve farkındalık sağlanması, hastanın tedavi kararlarına aktif katılması, çok sayıda ilaç yazılmasının önüne geçilmesi, ilaçların neden, nasıl, hangi durumlarda kullanıldığının anlatılması, hastanın endişe ve merak ettiği konuların giderilmesi, gelir durumu düşük olan hastaların uygun programlara dahil edilmesi, muayene günü ve ilaç hatırlatıcı sistemler gibi sağlığı geliştirebilecek uygulamaların geliştirilmesi gerekmektedir (104, 105).

Tedavi uyumunun oluşmasında çeşitli engeller olduğundan, iyileştirmeye yönelik girişimler çok boyutlu olmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün ilaç uyumuna dair raporunda, uyumluluk girişimlerinin artırılmasının tıbbi tedavilerde olabilecek iyileştirmeden daha olumlu etki sağlayabileceğini söylemektedir. Verilen tedaviye uyumsuzluk ilaç israfına, hastalığın ilerlemesine, yüksek oranlarda tekrarlı yatış ve hastane ziyaretlerine, fonksiyon kayıplarına ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır (104-106). Öz yönetim ile tedavi uyumu, öz yeterlilik ve yaşam kalitesi ile ilişki içindedir (108). Kronik hastalıkların yönetiminde öz yönetim stratejilerinin uygulanabilmesi için, hastanın algılanan gereksinimlerine odaklanması, problem çözme, karar verme ve geri bildirim becerilerinin kazandırılması, tıbbi yönetimin yanı sıra psiko-sosyal yönetimin sağlanması, hastanın yönetim becerilerinin artırılması, hastalık yönetiminde hastanın aktif rol oynaması gerekmektedir (109).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının heterojen bir hastalık olması, semptomların değişkenlik göstermesi ve farklı zaman dilimlerinde semptomların artıp azalması ile birlikte bireyleri fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden etkilemektedir. Hastalığın ilerlemesi ile birlikte öz yönetim karmaşıklığı daha da artmakla birlikte, hastalık yönetimini güçleştirmektedir. KOAH'lı bireylerin pek çoğunun komorbite durumları bulunmaktadır. Koroner kalp hastalığı, depresyon, anksiyete ve ağrılar hastalık öz yönetimini güçleştirmekte ve yaşam faaliyetlerini etkilemektedir. Öz yönetim müdahaleleri KOAH hastalığının yönetiminde önemli rol oynamaktadır (98-100). 2014 yılında yayınlanmış olan sistematik derlemede, öz yönetimin yaşam kalitesinin artması ve hastaneye yatışların azalması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca öz yönetimin mortaliteyi azalttığı ve dispneyi azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (111).

KOAH'da öz yönetimi etkileyen üç faktör bulunmaktadır;

- **Hasta düzeyindeki faktörler:**

Hastalık ve tedavisi hakkında bilgisi, hastalığın şiddeti, semptomlar, problem çözme becerileri, eşlik eden hastalıklar, sağlık ve kültürel/manevi inançları, psikolojik sıkıntıları, motivasyonu, öz yönetim deneyimleri, kişisel yaşam koşulları ve kaynakları içermektedir. Bireylerin hastalığını ve hastalık süreçlerini, tedavi planını ve ilaçlarını nasıl kullanacaklarını bilmelerinin öz yönetimlerinde kritik bir role sahip olduğu bilinmektedir. Bireyler hastalıklarını neden ve nasıl yöneteceklerini bilmediğinde öz yönetim girişimleri kesintiye uğramaktadır. Kültürel inançlar ve öz yönetim uygulamaları arasında çatışma yaşanması durumunda öz yönetim girişimleri başarısızlıkla sonuçlanabilmektedir (örneğin bireyler ayıp olmasın diye kendilerine sunulan yasaklı yiyecekleri yiyebilmektedir). Diğer etkileyen faktörler kişisel yaşam koşullarını içeren kaynaklar ve bireyin destek ağını içeren çevresel özelliklerdir. Kaynaklar maddi imkanlar ve aile, arkadaş gibi faktörleri içeren psikososyal destekten oluşmaktadır. Sigortanın olmaması, ilaca ulaşım güçlüğü, sağlıklı besine ulaşamama öz yönetimi etkilemektedir. Çevresel özellikler; ev, iş ve egzersiz ortamı, ulaşım ve bireyin içinde yaşadığı toplumu kapsamaktadır. Hasta yakınlarının ilaçların hatırlatması, kontrollere giderken eşlik etmesi hastalarda öz yönetimi

artırmaktadır. Sosyal izolasyon öz yönetimin önünde bir engel olarak görülmektedir (112, 113).

- **Uygulayıcı düzeyindeki faktörler:**

Uygulayıcı düzeyindeki faktörler sağlık profesyonellerinin rolleri, becerileri ve deneyimleri hastaların öz yönetimlerini doğrudan etkilemektedir. KOAH konusunda uzman hekim, hemşire ve sağlık profesyonellerinin bilgi, iletişim ve danışmanlık becerilerini multidisipliner ekiple birlikte bireylerde motivasyonel görüşmelerin yapılması, davranış değişikliği eğitimleri, öz yönetim becerilerinin belirlenmesi ve geliştirilmesi sağlanmaktadır. Sağlık profesyonelleri, hastanın sağlığı ile ilgili görüşlerini aktif bir şekilde dinlemeli, okuma yazma durumlarına göre girişim yapmalı ve tıbbi sözcüklerden uzak sade bir dille iletişim kurmalıdır(112, 113). Hemşirelerin bakımı ve tedaviyi organize etme, eğitim ve danışmanlık verme rolleri vardır. Hemşirelik rollerin uygulanması ile bireyler bütüncül değerlendirerek sağlığın iyileştirmesi, hastalığın yanı sıra ek kayıpları önlenmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve öz yönetimin güçlendirilmesi sağlanmaktadır (114).

- **Organizasyonel/sistem düzeyindeki faktörler:**

Hem birey hem de sağlık profesyonelleri açısından sağlık sistemlerine yönelik farkındalık, ulaşılabilirlik, öz yönetim kaynaklarına erişim ve bakımın sürekliliği açısından önemlidir. Kaynaklara erişim, bakımın organizasyonu, sevk yollarının karmaşıklığı, bilgi aktarımı ve iletişim yolları organizasyonel sistemi etkilemeyebilmektedir (112, 113) .

2.4. İLAÇ İNANCI

Hastaların tedaviye olan gereksinimleri ve tedaviye bağlılık konusundaki inançları ile tedavinin olası olumsuz sonuçlarına ilişkin endişeleri arasındaki etkileşim ilaç inancı olarak tanımlanmaktadır. İlaç inancı hastaların demografik özellikleri, kültürel özellikleri ve klinik durumlarından etkilenmektedir (115). Reçete edilen ilacı bilmeyi ve hastanın ilacı alma sorumluluğunu içeren ilaca ilişkin inançlar, tedaviye uyumu etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Hasta kişilerin ilaç

tedavisine ilişkin olumlu inançları tedaviye uyumu artırmaktadır (107). Kronik hastalıklarda tedavi planının karmaşıklığı, fiziksel sorunların ortaya çıkması, ilaçların etkinliğine yönelik kuşkular, ilaç kullanımından sonra algılanan iyileşme düşüncesi tedavinin aksamasına ve uyumsuzluğa neden olabilmektedir (115). Uyumun, hastaların ilacın gerekliliğine dayanan inançlara ve ilacın olabilecek zararına dair endişeleri soncunda karar verme sürecinden oluştuğuna inanılmaktadır. Hastalar ilaç kullanmanın olumlu ve olumsuz yönlerini düşünerek ilaçların gerekli ve işe yarayacağına inandıklarında ilaca uyum meydana gelmekte; zararlı, yan etkilerine ve güvene ilişkin endişeleri olduğunda ise ilaca uyumsuzluk meydana gelmektedir (30, 116).

İlaç inancı temel olarak spesifik endişe ve gereklilik inancı; genel zarar ve aşırı kullanım inancı olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır (117).

Spesifik gereklilik, ilacın yararlı ve gerekli etkilerine ilişkin inançlardır; spesifik endişe hastanın ilacın zararlı etkilerine, bağımlılığa neden olacağına dair endişeleri ile ilgilidir. Spesifik gereklilik ve endişe tedaviye uyumu negatif yönde etkilemektedir (118-120).

Genel zarar, ilaca yönelik genel bir güvensizlik duygusu barındırması ve ilaçların zararlı olduğu inancı; genel aşırı kullanım inançları doktorların olması gerekenden fazla ilaç reçete ettiğine dair endişeleri tanımlamaktadır. Genel zarar ve genel aşırı kullanım inançlarının etkileri, tedavi çıktılarının gizli etmenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (118-120).

Hastaların ilaçlarla ilgili inançlarının tedaviye uyumu tahmin etmede sosyo-demografik ve klinik birçok göstergeden daha anlamlı, hatta %20 düzeyinde belirleyici olduğu saptanmıştır. Hastalar yapılacak eğitim gibi müdahalelerin inançları değiştirdiğini ve böylece tedaviye uyumu artırdığını kanıtlanmıştır (34, 116). Krauskopf ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları KOAH'lı hastalarla ilaç uyumu ve inançlarını araştırdıkları bir araştırmada ilaçlara ilişkin endişenin tedaviyi etkileyen tek neden olduğunu bulmuşlardır (30).

2.5. HEMŞİRELİK VE SAĞLIK KONTROL ODAĞI

Hemşirelik sanatı bireyleri fizyolojik, sosyal, duygusal, psikolojik ve manevi gereksinimleri ile kapsamlı şekilde ele alır. Hastalıkların önlemesi, sağlığın korunması, iyileştirilmesi, bakım ve tedaviyi içeren süreçleri kapsar. Hemşireler bireylerin kontrol odakları değerlendirerek sağlık uygulamalarını anlayıp doğru tahminlerde bulunabilir (78, 121, 122).

Hemşirelik bakımında sağlık kontrol odağının yeri iç kontrol veya dış kontrol odağının yönü ile ilgili bireyde farkındalık oluşturarak kendi bakımına rehberlik etmesini sağlamaktır. İç kontrol odağının yüksek olduğu durumlarda bireylerin kendi bakımları üzerindeki etkisine dair farkındalık oluşturulmasının, dış kontrol odağı yüksek olduğunda ise daha komutsal yöntemlerin yararlı olabileceği düşünülmektedir. Güçlü diğer kişiler kontrol odağına sahip bireylerde doktora, hemşireye güven olduğunda tedaviye uyum göstermesi beklenebilmektedir. Sağlığı ile ilişkili bilgi arayan, sağlığından sorumlu olan ve sağlığını sürdürmeye çalışan kişilerin iç yönelime sahip olduğu düşünülebilir. Bundan dolayı iç yönelime motive etmenin bireyin yararına etki ettiği belirlenmiştir. İç yönelimi artırmak için uyaranların yeniden yapılandırılması, eylem odaklı yaklaşım ve danışmanlık teknikleri olmak üzere üç önlem belirlenmiştir (78, 122, 123).

Uyarıcıların tekrar yapılandırılması; bireylerin bir duruma karşı algılarını değiştirmelerine yardımcı olmaktır. Bu yöntem ile bireylerin duruma karşı davranışı ve yorumu değiştirebilir. Bireylerin kendi sağlık durumlarını nasıl algıladığını bilmek ve değişime uğrayacak fikir için denemeye istek durumlarını belirlemek önemlidir (78, 122).

Eylem odaklı yaklaşım; bireylerin davranışlarını ele alarak tutumların değiştirilmesi yerine problem çözme becerileri ile birlikte yeni davranışların gelişmesinin üstünde durur (78, 122).

Danışmanlık yaklaşımı; bireyin geçmiş, şimdiki ve gelecekteki deneyimleri ve eylemlerini kapsayarak davranışları ve sonuçlar arasındaki ilişkiyi tanımlamasını sağlar. Dış kontrol odağına sahip bireylerde eski başarıların ve yeni hedeflerin

kognitif olarak ilişkilendirilmesiyle değiştirilebileceği düşünülmektedir. Kontrol odaklarının göz önünde bulundurulması müdahalelerin yararını artırabilir ve uygun stratejiler uyumu sağlayabilir (78, 122).

Güçlü diğer kişiler ve şans kontrol odağı yüksek olan kişilerin kendi bakımları üzerinde aktif rol almaları sağlanmalıdır. Şans kontrol odağı olan bireylerin sağlıkları ile alakalı soru sorma ihtimalleri daha düşük olabileceğinden soru sormalarını teşvik edici ortam oluşturulmalı ve cevaplar eğitim materyalleri ile desteklenmelidir (124).

Bireyler sağlık sonuçlarının oluşmasında sağlık profesyonellerinin öneminin farkındadır. Bireylerin kendi sağlıkları hakkında rolleri ve katkıları üzerinde farkındalığının yüksek düzeyde olduğu kabul edilmelidir. Bundan dolayı hemşirelerin bireylerin otonomisine destek olmaları gerekmektedir (123). Hemşireler bireylerin sağlık davranışlarını yaşam biçimleri ve kendi değerleri ile bütünleştirerek bireyin otonomisine katkı sağlayabilir (124). KOAH'ın uygun yönetilebilmesi için sonuç odaklı hedeflerin oluşturulması ve bireyin bilgi, becerilerinin değerlendirilerek öz yönetimin artırılması için de görüşmelerde bulunulmalıdır. Tedavi düzenlemelerinin yapılarak bireyin yaşamına entegre edilmesi, olumlu sağlık davranışlarının gelişmesi, kendi hastalıkları ve sağlık durumları üzerinde kontrol sağlamaları için sağlık profesyonelleri tarafından eğitim planlanmalıdır (125).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma KOAH hastalığı olan bireylerde sağlık kontrol odağının, hastalık öz yönetimine ve ilaçlar hakkındaki inancına etkisinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel türde tanımlayıcı yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Ankara ili Polatlı ilçesi, Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi İç Hastalıkları ve Göğüs Hastalıkları polikliniklerinde ve servislerinde yapılmıştır. Polatlı ilçesi yaklaşık olarak 150 bin nüfusa sahiptir. İlçede hizmet veren tek devlet hastanesi olması sebebiyle hasta başvuru yoğunluğu bulunmaktadır. Hastanede aktif olarak 8 iç hastalıkları ve 2 göğüs hastalıkları polikliniği; 2 iç hastalıkları servisi ve 1 göğüs hastalıkları servisi bulunmaktadır. İç hastalıkları servisleri toplam yatak kapasitesi 56 ve göğüs hastalıkları servisi yatak kapasitesi 10'dur. İki servisin doluluk oranı mevsimsel değişiklik göstermekle birlikte ortalama olarak %80'dir. Poliklinikler hafta içi mesai saatleri arasında hizmet vermektedir, iç hastalıkları ve göğüs hastalıkları polikliniklerinde günlük olarak 300 hasta bakılmaktadır. İç hastalıkları ve göğüs hastalıkları servislerinde KOAH tanılı hastalar yatırılmakta olup hemşireler tarafından tedaviler uygulanmakta, solunum ve öksürme egzersizleri öğretilmekte ve taburculuk için eğitimler verilmektedir.

3.3. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya Ankara Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi İç Hastalıkları poliklinik ve servisine, Göğüs Hastalıkları poliklinik ve servisine başvuran KOAH hastalığı olan bireyler alınmıştır.

Araştırmanın evrenini; İç Hastalıkları ve Göğüs Hastalıkları poliklinik ve servislerine başvuran KOAH tanısı ile izlenen hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini Ocak 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında İç Hastalıkları ve Göğüs

Hastalıkları birimlerine başvuran ve araştırma kriterlerini karşılayan hastalar oluşturmuştur.

Örneklem hesabı; belirtilen tarihler arasında bir yıl içerisinde hastaneye başvuran hasta sayısının 933 olduğu belirlenmiş ve evreni bilinen örneklem büyüklüğü Salant ve Dillman'ın (1994) belirlediği formül ile hesaplanmıştır (126). Örneklem formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında, ± % 5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü n = 933 $(1,96)^2$ (0,5) (0,5) / $(0,5)^2$ (933 -1) + $(1,96)^2$ (0,5) (0,5)= 272 olarak hesaplanmıştır.

Dahil edilme kriterleri;

- En az 6 aydır KOAH tanısı ile izlenen
- 18 yaş ve üzeri olan
- GOLD'a göre KOAH tanısına yönelik en az 3 aydır ilaç kullanıyor olan
- Türkçe konuşup anlayabilen hastalar

Dahil edilmeme kriterleri;

- Tanı almış psikiyatrik ve/veya nöropsikiyatrik rahatsızlığı olan hastalar

3.4. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırmaya Ankara Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi İç Hastalıkları poliklinik ve servisine, Göğüs Hastalıkları poliklinik ve servisine başvuran KOAH hastalığı olan bireyler alınmıştır. Her katılımcıya araştırma hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü olan katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatılarak uygulama izni alınmıştır. Araştırma kriterlerini sağlayan, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulama süresi yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmüştür. Toplam 285 katılımcı ile çalışma sonlandırılmıştır.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında "Tanıtıcı Bilgi Formu" (EK-1), "Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği" (EK-2), "Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği" (EK-3), "İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi" (EK-4) kullanılmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)

KOAH hastalarının cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, KOAH dışı hastalık durumu, KOAH tanısı yılı, KOAH derecesi, Son bir yıldaki alevlenme ve hastaneye yatış sayısı, KOAH tanısına bağlı düzenli kullanılan ilaç sayısı, tedavi hakkında eğitim alma durumu, sigara kullanma durumu, ilaç yan etkisi yaşama durumu ve yan etki sayısını sorgulayan sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerinin sorgulandığı toplam 14 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği (EK-2)

Wallston ve arkadaşları (1978) (77) tarafından geliştirilen Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği 18 maddeden, 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar, iç, güçlü diğer kişiler ve şans odaklardır. İç kontrol (1,6,8,12,13,17), güçlü diğer kişiler kontrol odağı (3,5,7,10,14,18) ve şans kontrol odağını (2,4,9,11,15,16) değerlendirmek için her alt boyutta altışar adet madde mevcuttur. Maddeler 6'lı likert tipte hazırlanmış olup, "Kesinlikle katılıyorum=6, Katılıyorum=5, Katılma eğilimindeyim=4, Katılmama eğilimindeyim=3 Katılmıyorum=2, Kesinlikle katılmıyorum=1" olacak şekilde puanlanmaktadır. Ölçekte toplam puan hesaplanmamakta, alt boyut puanları ile değerlendirilmektedir. Üç alt boyut altışar madde üzerinden 6-36 arasında puanlanır ve her bir alt boyut en az 6, en fazla 36 puan alır. İç kontrol, güçlü diğer kişiler kontrol ve şans kontrol odağı alt boyutları arasından en yüksek alt boyut puan ortalamasına sahip bireylerin o alt boyuta ilişkin kontrol odağına sahip olduğu şeklinde değerlendirilir. İç kontrol odağı yüksek bireyler sağlık durumlarının kendi kontrolünde olduğunu düşünürler ve buna uygun davranış sergilerler. Güçlü diğer kişiler kontrol odağı yüksek bireyler sağlık durumlarının aile, arkadaş, doktor, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerine bağlı olduğunu düşünürler ve kendi sağlık çıktılarını diğer kişilerin etkilendiğini düşünürler. Şans kontrol odağı yüksek olan bireyler ise sağlık durumlarının tanrı,şans, kader gibi faktörlere bağlı olduğuna inanırlar (12). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliliği Üstündağ-Budak tarafından üniversite öğrenime devam eden 345 öğrenci üzerinde yapılmıştır. Ölçekte yer alan maddelerin faktör yükleri 0,41 ile 0,79 arasındadır. Ölçeğinin Cronbach alfa değeri iç kontrol odağı için 0,63, güçlü diğer kişiler odağı için 0,56 ve şans kontrol odağı için 0,57 bulunmuştur (127).

Araştırmamızda ki Cronbach alfa değerleri iç kontrol odağı için 0,81, güçlü diğer kişiler kontrol odağı için 0,70, şans kontrol odağı için 0,81 bulunmuştur.

3.5.3. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği (EK-3)

2020 yılında Ngai ve arkadaşları ve tarafından geliştirilmiştir (128). Kendini damgalama, damgalamayla baş etme, sağlık bakım etkinliği ve tedavi uyumu olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. 7 madde kendini damgalama, 5 madde damgalama ile baş etme, 4 madde sağlık bakım etkinliği ve 5 madde tedaviye uyumu 4 alt boyut ve 21 maddeden oluşmaktadır. Maddeler 5'li Likert tipinde hazırlanmış olup, 1=Asla, 2=Nadiren, 3=Ortalama, 4=Oldukça Sık, 5=Her Zaman olacak şekilde puanlanmaktadır. Ölçek aritmetik ortalama yöntemi hesaplanmaktadır. Ölçekten alınan puanlar 5'e yaklaştıkça öz yönetimin arttığını, 1'e doğru indikçe öz yönetimin azaldığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik- güvenirliliği Öztürk ve arkadaşları (2021) tarafından 244 kronik hasta ile üzerinde yapılmıştır (17). Ölçeğin alt boyutlarında Cronbach Alpha katsayıları 0,789-0,876 arasındadır. Test-tekrar test korelasyon katsayısı r=0,87 olarak tespit edilmiştir. Araştırmamızda Cronbach alfa katsayısı kendini damgalama için 0,91, damgalamayla baş etme için 0,84, sağlık bakım etkinliği için 0,85, tedavi uyum için 0,93, kronik hastalık öz yönetimi ölçeği genel puanı 0,81 bulunmuştur.

3.5.4. İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi (EK-4)

Horne tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir (27). Anketin geçerlilik ve güvenirliği Çınar ve arkadaşları (2016) tarafından yapılmış, Cronbach alfa katsayısı Spesifik Gereklilik 0,81; Spesifik Endişeler 0,67; Genel Zarar 0,67; Genel Aşırı Kullanım 0,65 olarak bildirilmiştir (129). Anket; spesifik ve genel olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Spesifik bölüm; Spesifik Gereklilik ve Spesifik Endişeler olmak üzere iki alt bölüm ve toplam on maddeden oluşmaktadır. Genel bölüm; Genel Zarar ve Genel Aşırı Kullanım olmak üzere iki alt bölüm ve toplam sekiz maddeden oluşmaktadır. Maddeler 5'li Likert tipinde hazırlanmış olup, 1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum olacak şekilde puanlanmaktadır. Her bir alt bölüm için ortalama puan aralığı 1-5 arasındadır. Ankette toplam puan hesaplanmamakta, alt boyut puanları ile

değerlendirilmektedir. Bölümlerden alınan yüksek puanlar, bölüme ilişkin inancın daha güçlü olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmamızda Cronbach alfa katsayısı spesifik gereklilik 0,85, spesifik endişeler 0,49, genel aşırı kullanma 0,76, genel zarar 0,73 bulunmuştur.

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SAS 9.4 programı kullanılmıştır. Araştırmanın ölçümle belirlenen nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum sayımla belirlenen nitel değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde şeklinde gösterilmiştir. Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri Shapiro-Wilk testi ve çarpıklık katsayılarının incelenmesi ile yapılmıştır. Yapılan testler sonucu ve çarpıklık katsayılarının tüm değişkenler için +2 ve -2 arasında olduğundan, verilerin normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır ve istatistiksel analizde parametrik testler kullanılmıştır (130). İki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda bağımsız gruplar arası t testi, üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıkları bulabilmek amacıyla tek yönü ANOVA (F testi) uygulanmıştır. Değişkenler arasında ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Ölçek güvenilirlikleri için ise Cronbach's alfa değerinden yararlanılmıştır. Değişkenleri etkileyen faktörlerin neler olduğunu belirlemek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0,05 değeri kabul edilmiştir. Korelasyon katsayılarının değerlendirilmesinde 0,10-0,29 arası katsayısı düşük derecede; 0,30–0,49 arası katsayısı orta derecede ve 0,50'nin üzeri yüksek derecede ilişki olarak kabul edilmiştir (131).

3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın yapılması için, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 28.02.2023 tarihli ve 2022/40 karar numaralı etik onay (EK-5) ve Ankara Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi'nden 04.11.2022 tarihinde E-39668018-929 sayılı dilekçe ile resmi kurum izni alınmıştır (EK-6).

Veri toplama aşamasında kullanılan Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği, Kronik Hastalık Öz Yönetimi Ölçeği ve İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi için e-posta yoluyla ölçek ve anket izinleri (EK-7) alınmıştır. Hastaların araştırmaya katılabilmeleri için Gönüllü Onam Formu (EK-8) okutulup imzalanmıştır.

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar çalışmaya katılan bireylerin öz bildirimleri ile sınırlıdır, çalışma sonuçları tüm popülasyona genellenemez.

3.9. ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu araştırmaya katkı sağlayan kişiler arasında araştırmayı etkileyebilecek nitelikte bir çıkar çatışması yaşanmamıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde 285 katılımcıdan toplanan verilerin analizi sonucunda edinilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgular, bireylerin sosyo-demorafik özelliklerine ve tıbbi özelliklerine göre dağılımı, kullanılan ölçeklerin ve alt puanlarının puan ortalamalarının dağılımı, bireylerin Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği ile Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ve İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi alt boyutlarının karşılaştırılması ve Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı'nın Hastalık Öz Yönetimi ve İlaçlar Hakkındaki İnançlar üzerine etkisi olmak üzere 5 başlık altında incelenmiştir.

Tablo 4.1.'de araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı sunulmuştur. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 65,4±12,72 olup %52,3'ü kadın, %69,5'i evli, %59,3'i ilkokul mezunu, %60,7'sinin gelirinin giderine eşit olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=285)

Özellikler		
Yaş (yıl) (Ort±SS)	65,4 ± 12,72	
	n	**%**
Cinsiyet		
Kadın	149	52,3
Erkek	136	47,7
Medeni Durum		
Evli	198	69,5
Bekar	87	30,5
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	43	15,1
İlköğretim	169	59,3
Ortaöğretim	36	12,6
Lise	21	7,4
Üniversite	16	5,6
Ekonomik Durum		
Gelir giderden az	80	28,1
Gelir gidere eşit	173	60,7
Gelir giderden fazla	32	11,2
Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, n: Sayı, %: Yüzde		

Tablo 4.2.'de bireylerin tıbbi özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Bireylerin son bir yıldaki alevlenme sayısı 3,1±4,3, hastaneye yatış sayısı 1,0±1,4, KOAH nedeni ile kullanılan ilaç sayısı 2,4±1,2 ve içilen sigara sayısının 0,3±0,5 paket olduğu bulunmuştur. Bireylerin %40,7'sinin 6 ay ile 5 yıldır KOAH tanısına sahip olduğu, %42,5'inin Evre I KOAH hastası olduğu, %40'ının sigara kullanmadığı ve %14,7'sinin ilaç yan etkisi yaşadığı tespit edilmiştir. Bireylerin %66,3 tedavi hakkında eğitim aldığını, %52,4'ü bu eğitimi doktordan, %36,4'ü hemşireden aldığını, %74,4'ünde KOAH dışında bir kronik hastalık olduğu, KOAH dışı kronik hastalıkların %29,8'sinin hipertansiyon, %20'sinin kanser olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %40'ının hiç sigara kullanmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.2. Bireylerin Tıbbi Özelliklere Göre Dağılımı (n=285)

Özellikler		**Ort±SS**	
Son Bir Yılda Alevlenme Sayısı		3,1±4,3	
Son Bir Yılda Hastaneye Yatış Sayısı		1,0±1,4	
KOAH Tedavisi İçin Kullanılan İlaç Sayısı		2,4±1,2	
İçilen Sigara Sayısı (Paket/Gün)		0,3±0,5	
		n	**%**
KOAH Tanısı Süresi			
6 ay-5 yıl		116	40,7
6-10 yıl		81	28,4
11 yıl ve üzeri		88	30,9
KOAH Derecesi			
Evre 1		121	42,5
Evre 2		95	33,3
Evre 3		44	15,4
Evre 4		25	8,8
İlaç Yan Etkisi			
Evet		42	14,7
Hayır		243	85,3
Tedavi Hakkında Eğitim Alma Durumu	Evet*	189	66,3
	Doktor	173	52,4
	Hemşire	120	36,4
	Aile/akraba/arkadaş	27	8,2
	İnternet	10	3,0
	Hayır	96	33,7

Tablo 4.2. Bireylerin Tıbbi Özelliklere Göre Dağılımı (n=285) (Devamı)

KOAH Dışı Hastalık Varlığı	Evet*	212	74,4
	Hipertansiyon	107	29,8
	Astım	79	22,0
	Diyabet	68	18,9
	Kalp yetmezliği	49	13,6
	Guatr	19	5,3
	Kanser	15	4,2
	Gastroözofageal Reflü	14	3,9
	Romatoid Artrit	8	2,2
	Hayır	73	25,6
Sigara Kullanma Durumu			
Evet		65	22,8
Hayır		114	40,0
Bırakmış		106	37,2
Ort:Ortalama, SS: Standart Sapma, n: Sayı, %: Yüzde, * n değeri katlanmıştır			

Tablo 4.3.'de çalışmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı sunulmuştur. Çok boyutlu sağlık kontrol odağı iç kontrol alt boyut puan ortalamaları 26,03±6,26, şans kontrol alt boyut puan ortalamaları 22,10±7,85, güçlü diğer kişiler kontrol odağı alt boyut puan ortalamaları 27,90±5,25 olarak saptanmıştır. Katılımcıların çok boyutlu sağlık kontrol odağı alt boyutlarından en yüksek puanı güçlü diğer kişiler kontrol odağından aldığı bulunmuştur. Kronik hastalık öz yönetim ölçeği kendini damgalama alt boyut puan ortalamaları 17,52±7,43, damgalamayla baş etme alt boyut puan ortalamaları 15,28±4,98, sağlık bakım etkinliği alt boyut puan ortalamaları 11,95±4,25, tedavi uyumu alt boyut puan ortalamaları 21,23±4,87 bulunmuş, ölçeğin genel puan ortalaması 65,99±12'dir. İlaçlar hakkında inançlar anketi spesifik gereklilik alt boyut puan ortalamaları 2,00±0,84, spesifik endişeler alt boyut puan ortalamaları 3,27±0,81, genel aşırı kullanma alt boyut puan ortalamaları 2,81±0,82, genel zarar alt boyut puan ortalamaları 3,77±0,88 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.3. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=285)

	Ort.±SS
Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği	
İç Kontrol Odağı (6-36)	26,03±6,26
Güçlü Diğer Kişiler Kontrol Odağı (6-36)	27,90±5,25
Şans Kontrol Odağı (6-36)	22,10±7,85
Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği	
Kendini Damgalama (7-35)	17,52±7,43
Damgalamayla Baş Etme (5-25)	15,28±4,98
Sağlık Bakım Etkinliği (4-20)	11,95±4,25
Tedavi Uyumu (5-25)	21,23±4,87
Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Genel (21-105)	65,99±12,00
İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi	
Spesifik Gereklilik (1-5)	2,00±0,84
Spesifik Endişeler (1-5)	3,27±0,89
Genel Aşırı Kullanma (1-5)	2,81±0,82
Genel Zarar (1-5)	3,77±0,88
Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum	

Tablo 4.4.'da araştırmaya katılan bireylerin Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı ölçeği alt boyutları ile Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ve İlaçlar Hakkında İnanç Anketi alt boyutları puanlarının korelasyon değerleri yer almaktadır.

Çok boyutlu sağlık kontrol ölçeği iç kontrol odağı alt boyutu ile kronik hastalık öz yönetim ölçeği sağlık bakım etkinliği alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,209$; $p<0,0001$). Çok boyutlu sağlık kontrol ölçeği güçlü diğer kişiler alt boyutu ile kronik hastalık öz yönetim ölçeği damgalamayla baş etme, sağlık bakım etkinliği, tedavi uyumu alt boyutları ve ölçek toplam puanı arasında pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,163$, $p=0,005$; $r=0,162$, $p=0,005$; $r=0,231$, $p<0,0001$; $r=0,269$, $p<0,0001$).

Çok boyutlu sağlık kontrol ölçeği iç kontrol odağı alt boyutu ile ilaçlar hakkında inançlar anketi spesifik endişeler, genel aşırı kullanma ve genel zarar alt boyutları arasında pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r=0,171, p=0,003; r=0,142, p=0,016; r=0,167, p=0,004). Çok boyutlu sağlık kontrol ölçeği güçlü diğer kişiler alt boyutu ile ilaçlar hakkında inançlar anketi spesifik gereklilik alt boyutu arasında negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=-0,232; p<0,0001). Çok boyutlu sağlık kontrol ölçeği güçlü diğer kişiler alt boyutu ile ilaçlar hakkında inançlar anketi spesifik endişeler alt boyutu arasında pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,165; p=0,005). Çok boyutlu sağlık kontrol ölçeği güçlü diğer kişiler alt boyutu ile ilaçlar hakkında inançlar anketi genel zarar alt boyutu arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,305; p<0,0001). Çok boyutlu sağlık kontrol ölçeği şans kontrol odağı alt boyutu ile ilaçlar hakkında inançlar anketi genel aşırı kullanma alt boyutu arasında negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r-0,183; p=0,001). Çok boyutlu sağlık kontrol ölçeği şans kontrol odağı alt boyutu ile ilaçlar hakkında inançlar anketi genel zarar alt boyutu arasında pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,132; p=0,0253).

Tablo 4.4. Bireylerin Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği ile Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ve İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi Alt Boyutlarının Karşılaştırılması (n=285)

		Çok Boyutlu Sağlık Odağı Ölçeği					
		İç Kontrol Odağı		Güçlü Diğer kişiler		Şans Kontrol Odağı	
		r*	p	r*	p	r*	p
Kronik Hastalık Öz Yönetim	Kendini Damgalama	0,048	0,412	0,080	0,176	0,067	0,257
	Damgalamayla Baş Etme	0,021	0,720	0,163	**0,005**	0,027	0,645
	Sağlık Bakım Etkinliği	0,209	**<,0001**	0,162	**0,005**	-0,073	0,214
	Tedavi Uyumu	0,089	0,133	0,231	**<,0001**	0,074	0,210
	KHÖYÖ Genel	0,149	0,011	0,269	**<,0001**	0,057	0,336
İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi	Spesifik Gereklilik	-0,083	0,161	-0,232	**<,0001**	0,014	0,809
	Spesifik Endişeler	0,171	**0,003**	0,165	**0,005**	-0,043	0,469
	Genel Aşırı Kullanma	0,142	**0,016**	0,095	0,108	-0,183	**0,001**
	Genel Zarar	0,167	**0,004**	0,305	**<,0001**	0,132	**0,025**

*Pearson Korelasyon Testi

KHÖYÖ: Kronik Hastalık Öz Yönetimi Ölçeği

Tablo 4.5.'de araştırmaya katılan bireylerin Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı ölçeği alt boyutları ile Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği genel puan, alt boyut puanları ve İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi alt boyutları puanlarının regresyon değerleri yer almaktadır.

İç kontrol odağı alt boyutu ile kronik hastalık öz yönetim ölçeği alt boyutları arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=5,49; p=0,001). Sağlık bakım etkinliği davranışlarındaki toplam değişim %5,6 oranında iç kontrol tarafından açıklanmaktadır (R^2=0,056). İç kontrol sağlık bakım etkinliği davranışlarını artırmaktadır (ß=0,160). Güçlü diğer kişiler ile

kronik hastalık öz yönetim ölçeği alt boyutları arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=3,05; p=0,028; F=5,54, p<,0001; F=7,42; p<,0001). Damgalamayla baş etme davranışındaki toplam değişim %3,2 oranında güçlü diğer kişiler ile açıklanmaktadır (R^2=0,032). Güçlü diğer kişiler damgalamayla baş etme davranışını artırmaktadır (ß=0,203). Tedaviye uyum davranışındaki toplam değişim %5,7 oranında güçlü diğer kişiler ile açıklanmaktadır (R^2=0,057). Güçlü diğer kişiler tedaviye uyumu artırmaktadır (ß=0,239). Kronik hastalık öz yönetim davranışındaki toplam değişim %7,3 oranında güçlü diğer kişiler ile açıklanmaktadır (R^2=0,073). Güçlü diğer kişiler kronik hastalık öz yönetimini artırmaktadır (ß=0,254).

Güçlü diğer kişiler ile ilaçlar hakkında inançlar anketi alt boyutları arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=5,78; p<,0001, F=5,54; p<,0001). Spesifik gereklilik inanışındaki toplam değişim %5,8 oranında güçlü diğer kişiler tarafından açıklanmaktadır (R^2=0,058). Güçlü diğer kişiler spesifik gereklilik inancını azaltmaktadır (ß=-0,263). Genel zarar inanışındaki toplam değişim %5,7 oranında güçlü diğer kişiler ile açıklanmaktadır (R^2=0,057). Güçlü diğer kişiler genel zarar inancını artırmaktadır (ß=0,276). Çok boyutlu sağlık kontrol odağı alt boyutu, şans kontrol ile ilaçlar hakkında inançlar anketi alt boyutları arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=5,65; p<,0001). Genel aşırı kullanım inanışındaki toplam değişim %5,7 ile şans kontrol odağı tarafından açıklamaktadır (R^2=0,057). Şans kontrol genel aşırı kullanım inancını azaltmaktadır (ß=-0,191).

Tablo 4.5. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağının Kronik Hastalık Öz Yönetimi ve İlaçlar Hakkındaki İnançlar Üzerine Etkisi (n=285)

Bağımsız Değişken		**ß**	**SE**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı**	
						Alt	**Üst**
Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği	**İç Kontrol**	0,160	0,045	2,40	**0,017**	0,019	0,198
	*Bağımlı değişken=Sağlık Bakım Etkinliği F=5,49, R^2=0,056, p=0,001						
	Güçlü Diğer Kişiler	0,203	0,064	2,97	**0,003**	0,064	0,320
	**Bağımlı değişken= Damgalamayla Baş Etme, F=3,05, R^2=0,032, p=0,028						
	Güçlü Diğer Kişiler	0,239	0,062	3,54	**0,001**	0,098	0,345
	***Bağımlı değişken=Tedavi Uyumu, F=5,54, R^2=0,057, p<,0001						
	Güçlü Diğer Kişiler	0,254	0,153	3,80	**0,002**	0,279	0,881
	****Bağımlı değişken= KHÖYÖ Genel, F=7,42, R^2=0,073, p<,0001						
İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi	**Güçlü Diğer Kişiler**	-0,263	0,054	-3,90	**0,001**	-0,317	-0,104
	*Bağımlı değişken= Spesifik Gereklilik, 5,78, R^2=0,058, p<,0001						
	Güçlü Diğer Kişiler	0,276	0,044	4,19	**<,0001**	0,099	0,274
	**Bağımlı değişken= Genel Zarar, F=5,54, R^2=0,057, p<,0001						
	Şans Kontrol	-0,191	0,024	-3,26	**0,001**	-0,129	-0,031
	***Bağımlı Değişken= Genel Aşırı Kullanım, F=5,65, R^2=0,057, p<,0001						

Linear Regresyon Analizi

KHÖYÖ: Kronik Hastalık Öz Yönetimi Ölçeği

5. TARTIŞMA

Bu bölümde KOAH hastalığı olan bireylerde sağlık kontrol odağının hastalık öz yönetimine ve ilaçlar hakkındaki inancına olan etkisi tartışılmıştır. Bu çalışmada çok boyutlu sağlık kontrol odağı iç kontrol odağının, sağlık bakım etkinliğini; güçlü diğer kişiler kontrol odağının, damgalamayla baş etmeyi, tedavi uyumu ve kronik hastalık öz yönetimi genel puanını artırdığı bulunmuştur. Çok boyutlu sağlık kontrol odağı güçlü diğer kişiler alt boyutunun, spesifik gereklilik inancını azalttığı, genel zarar inancını artırdığı; şans kontrol odağı alt boyutunun genel aşırı kullanma inancını azalttığı bulunmuştur.

5.1. ÇOK BOYUTLU SAĞLIK KONTROL ODAĞININ KRONİK HASTALIK ÖZ YÖNETİMİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada çok boyutlu sağlık kontrol odağı iç kontrol odağının, sağlık bakım etkinliğini; güçlü diğer kişiler kontrol odağının, damgalamayla baş etmeyi, tedavi uyumu ve kronik hastalık öz yönetimi genel puanını artırdığı bulunmuştur.

Çalışmamızda odağı iç kontrol odağının, sağlık bakım etkinliğini artırdığı bulunmuştur. KOAH'lı hastalar ile yapılan bir çalışmada iç kontrol odağı ile sağlık bakım etkinliği sayılan dispne öz yönetim stratejileri arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (35). Literatürde diyabet hastaları ile yapılan benzer çalışmalarda ise öz bakım davranışlarının iç kontrol odağıyla doğrudan ve anlamlı bir ilişki gösterdiği, iç kontrol odağı ile diyabet rejimine bağlılık arasında pozitif bir ilişki olduğu, iç kontrol odağı yüksek hastaların yüksek sağlık bakım davranışı sergiledikleri ve sağlıklarının öneminin bilincinde olduklarını saptamışlardır (132-135). Çalışmamıza katılan bireylerin iç kontrolü ile kendi sağlıklarının sorumluluğunu alarak sağlık bakım etkinliğini sağladıkları tespit edilmiş bu durum olumlu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda güçlü diğer kişilerin bireylerde damgalama ile baş edilmesinde olumlu bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Saygılı'nın (2023) diyabet hastalığı olan bireylerde kronik hastalık öz yönetiminin ve sağlık kontrol odağı ile ilişkisini

incelediği tez çalışmasında bireylerin sağlık kontrolünü ailesine, arkadaşlarına, sağlık profesyonellerine bırakma düzeyleri arttıkça damgalamayla baş etme düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir (135). Damgalama, toplumun veya bireyin kendisini kusurlu, engelli olarak sınıflandırmasıdır ve KOAH'da öksürme, sekresyon, nefes darlığı, vücut imajında bozulma ve ekipman kullanımından dolayı ortaya çıkabilmektedir (136,137) . Savunuculuk rolleri olan, bireyleri fizyolojik, psikolojik, sosyolojik olarak değerlendiren hemşireler damgalamaya da şahit olabilir. Güçlü diğer kişiler olarak hemşireler ve sağlık profesyonelleri; bireylerin kendilerine yönelik olumsuz davranışları ve tutumları fark edip bunları olumluya çevirebilir, sağlık durumlarının sürdürülebilmesi için profesyonel destek sağlayabilir ve kitle iletişim araçlarını kullanılarak damgalama ile baş etmek için farkındalık oluşturabilir (138, 139). Bu çalışma aile, arkadaş, akraba, sağlık profesyonelleri gibi güçlü diğer kişilerin bireye yardım ederek sorumluluklarını yerine getirmesini, tedavi hedeflerine ulaşmasını, davranışsal ve duygusal destek sağlayarak bireyin damgalama ile daha iyi şekilde baş etmesinde olumlu bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda güçlü diğer kişiler kontrol odağının tedavi uyumu artırdığı bulunmuştur. Myers'in (1999) kistik fibrozisli hastalar ile sağlık kontrol odağını incelediği çalışmasında, doktora bağlı kontrol odağının tedaviye uyuma pozitif şekilde etkilediğini bulunmuştur (140). Foot ve arkadaşlarının (2019) astım hastaları ile yaptığı çalışmada, tedaviye uyumun sağlanmasında güçlü diğer kişilerin pozitif yönlü etkisi olduğu bulunmuştur (141). De Las Cuevas ve arkadaşlarının (2021) psikiyatri hastalığına sahip bireyler ile yaptığı çalışmada, şizofreni haricinde psikiyatri rahatsızlığı olan bireylerde doktora bağlı kontrol odağının tedaviye uyumu artırdığı bulunmuştur (142). Literatürde yer alan benzer çalışmalar incelendiğinde, bireylerin doktorların önermiş olduğu tedavi yönergelerine daha çok güven duyabileceği ve sağlıkları konusundaki kontrolü doktoru ile benzerlik gösterdiğinde tedaviye uyumlarının da artacağı, güçlü diğer kişilerin uyumun sağlanmasında önemli bir belirleyici olduğu belirtilmektedir (143-145). Bu çalışmada tedavi hakkında eğitim alma oranının %66,3 olduğu bilinmektedir, çalışmaya katılan bireylerin güçlü diğer kişi olarak onlara eğitim veren, hemşire, doktor ve sağlık çalışanlarını dikkate aldıkları ve tedaviye uyum davranışlarına pozitif katkı sağladığı düşünülmektedir.

Sağlık kontrol odağının belirlenmesinin, bireyin hastalığı üzerindeki öz yönetimi üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda güçlü diğer kişiler kontrol odağının kronik hastalık öz yönetimini artırdığı bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireyler ile sağlık kontrol odağı ve hastalık öz yönetimini araştıran çalışmalarda, güçlü diğer kişiler ile kronik hastalık öz yönetimi arasında pozitif ilişki olduğu, hastalık yönetimi için sağlık profesyoneli-hasta arasında olan kontrol duygusunun gerekliliğini ve güçlü diğer kişiler kontrol odağı daha baskın olan bireylerin hastalık öz yönetim programlarına katılım sağlamayı kabul edebilecekleri belirtilmiştir (135, 146, 147). Başka bir çalışmada ise KOAH'lı hastaların öz bakım davranışlarının artmasının solunum fonksiyon test sonuçlarında anlamlı iyileşme sağladığı, hastaneye yatış oranlarında ve bakım hizmetlerinde maliyeti azalttığı gösterilmiştir (148). Zhang ve arkadaşlarının (2021) öz yönetim ile ilgili yaptığı bir çalışmada, öz yönetimin başarılı olabilmesi için manevi desteğin de önemli rol oynadığı, bireyin çabasının yanı sıra aile, arkadaş ve doktoru da kapsayan sosyal desteğin de olması gerektiği belirtilmiştir (149). Hemşireler, bireylerin sağlık problemlerini çözmeyi sağlayan becerilerin kazandırılmasında, sağlık sorunlarıyla ilişkili negatif duyguların yönetilmesinde, yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde, tedavi uyumunun artırılmasında ve öz yönetim davranışlarının gelişmesinde önemli bir rol oynamaktadır. KOAH'lı bireylerde aşılama, sigaranın bıraktırılması, egzersiz programlarının oluşturulması, tedavinin etkin şekilde kullanımı, alevlenmelerin önlenmesi, nefes kontrolü ve komorbitelerin yönetimi gibi konuları içeren öz yönetim stratejilerinin oluşturulması ve bu konulara yönelik eğitimlerin verilmesinde hemşireler önemli görev almaktadır (2, 150). Güçlü diğer kişiler kapsamında yer alan hemşirelerin, bireyin yanında aileyi de içeren sosyal destek mekanizmalarından yararlanarak, işbirliği oluşturması, klinik uzmanlıkları ve eğitici yönlerini kullanarak, öz yönetim programlarının yürütülmesi, uygun stratejilerin belirlenmesi ve hekimin önerdiği tedavi hedeflere ulaşılmasına yardım ederek bireyin öz yönetim davranışlarında olumlu bir etkiye sahip olacağı düşünülmektedir.

5.2. ÇOK BOYUTLU SAĞLIK KONTROL ODAĞININ İLAÇLAR HAKKINDA İNANÇ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada çok boyutlu sağlık kontrol odağı güçlü diğer kişiler alt boyutunun, spesifik gereklilik inancını azalttığı, genel zarar inancını artırdığı; şans kontrol odağı alt boyutunun genel aşırı kullanma inancını azalttığı bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde çalışmamız ile benzerlik çalışmaların olduğu görülsede, ölçeklerin kullanıldığı sınırlı çalışmalar olduğu belirlenmiştir. Blonde ve arkadaşlarının (2020) İsviçreli hamile kadınlar ile tanımlayıcı ve alternatif tıp kullanımını incelediği araştırmasında, şans kontrol odağı ile genel aşırı kullanım arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur (151). Rossi ve arkadaşlarının (2007) yaptığı, polifarmasi ve sağlık inançlarını incelediği çalışmasında gereksiz ilaç kullanımının güçlü diğer kişiler kontrol odağı eksikliğinden kaynaklandığını, sağlık sistemine olan güvenin daha az olduğu durumlarda gereksiz ilaç kullanımın yüksek olduğu saptanmıştır (152). Bireyler sağlıklarının tanrı, kader ve şans gibi dışsal bir faktörden kaynaklandığına inandıklarında, sağlık sisteminin etkinliğini sorgulayabilir ve ilaçların doktorlar tarafından fazlaca kullanıldığı genel aşırı kullanım inancını azaltabilir. İlaçların zararlı etkilerine daha çok inanma eğilimi sergileyebilecekleri ve şans kontrol odağı arttıkça ilaçları daha az kullanma eğilimi gösterebilecekleri düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde araştırma bulgularımızla farklılık gösteren çalışmaların olduğu görülmektedir. Berglung ve arkadaşlarının (2013) kolesterol hastaları ile yaptığı bir çalışmada güçlü diğer kişiler kontrol odağı ile spesifik gereklilik arasında ve şans kontrol odağı ile spesifik endişe arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur (153). Fumero ve arkadaşlarının (2021) oral kontrasepsiyon kullanan genç kadınlar ile yaptığı çalışmada, ilaç kullanımıyla ilişkili endişelerin güçlü diğer kişiler ile negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (154). Çalışmamızın literatür ile benzerlik göstermemesinin nedeni olarak bizim çalışmamızda bireylerin %74,4'ünün okuryazar olmaması ve ilkokul mezunlarından oluşması, orta-düşük sosyo-ekonomik desende yapılmasına karşı, literatürde sunulan çalışmalardan birinin örneklemin tamamının genç kadınların oluşturmasından ve her

iki çalışmanın sosyo-ekonomik koşulları büyük oranda gelişmiş olan Avrupa ülkelerinde yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Araştırmamızda elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmektedir;

1. Çalışmamızda KOAH'lı bireylerin Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği iç kontrol odağı alt boyutu puanı 26,03±6,26, güçlü diğer kişiler kontrol odağı alt boyutu puanı 27,90±5,25 ve şans kontrol odağı alt boyutu puanı 22,10±7,85 bulunmuştur.

2. Çalışmamızda KOAH'lı bireylerin Kronik Hastalık Öz Yönetimi Ölçeği genel puanı 65,99±12,00, kendini damgalama alt boyutu 17,52±7,43, damgalamayla baş etme alt boyutu 15,28±4,98, sağlık bakım etkinliği alt boyutu puanı 11,95±4,25 ve tedavi uyumu alt boyutu puanı 21,23±4,87 bulunmuştur.

3. Çalışmamızda KOAH'lı bireylerin İlaçlar Hakkında İnanç Anketi spesifik gereklilik alt boyutu puanı 2,00±0,84, spesifik endişeler alt boyutu puanı 3,27±0,89, genel aşırı kullanma alt boyutu puanı 2,81±0,82, genel zarar alt boyutu puanı 3,77±0,88 bulunmuştur.

4. Çalışmamızda çok boyutlu sağlık kontrol odağı iç kontrol odağının, sağlık bakım etkinliğini; güçlü diğer kişiler kontrol odağının, damgalamayla baş etmeyi, tedavi uyumu ve kronik hastalık öz yönetimi genel puanını artırdığı bulunmuştur.

5. Çalışmamızda çok boyutlu sağlık kontrol odağı güçlü diğer kişiler alt boyutunun, spesifik gereklilik inancını azalttığı, genel zarar inancını artırdığı; şans kontrol odağı alt boyutunun genel aşırı kullanma inancını azalttığı bulunmuştur.

6.2. ÖNERİLER

Bu sonuçlar doğrultusunda;

1. Bireylerin karar verme süreçlerinde etkisi olan, uyumu etkileyen ve sağlık bakım planlarının oluşturulmasında önemli rol oynayan sağlık kontrol odağının belirlenerek bireye özgü tedavi ve bakım programlarının oluşturulmasını,

2. Bireylerin tedavi ve bakım süreçlerinin yönetilmesinde sağlık kontrol odağının yanı sıra öz yönetim davranışlarının ve ilaçlara yönelik inançlarının da belirlenmesini,

3. Bireylerde öz yönetimin geliştirilmesi, tedavi uyumunun sağlanması için iç kontrol odağını geliştirecek eğitim ve danışmanlık gibi müdahalelerde bulunulmasını; güçlü diğer kişiler kontrol odağı yüksek olan bireylerde olumlu sağlık davranışlarının gelişmesi, uyumun sağlaması, öz yönetimin artırılması ve olumlu ilaç inançlarının geliştirilmesi için hemşireler ve sağlık profesyonelleri tarafından girişimlerin yapılmasını ve eğitimlerin planlanmasını,

4. Sağlık kontrol odağı sosyo-demografik ve hastalık özelliklerinden dolayı değişim gösterebileceğinden, hemşireler tarafından farklı sosyo-demografik desende ve farklı kronik hastalığı olan bireyler ile girişimsel çalışmaların yapılmasını ve daha geniş çapta araştırılmasını öneriyoruz.

7. KAYNAKLAR

1. Brashier B.B., Kodgule R. (2012). Risk factors and pathophysiology of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). J Assoc Physicians India. 60:17-21.
2. Agusti A., Celli B.R., Criner G.J., Halpin D., Anzueto A., Barnes P., et al. (2023). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. Arch Bronconeumol.59(4):232-248.
3. Celli B., Fabbri L., Criner G., Martinez F.J., Mannino D, Vogelmeier C, et al.(2022). Definition and Nomenclature of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Time for Its Revision. Am J Respir Crit Care Med. 206(11):1317-1325.
4. World Health Organization, Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) 2023 Erişim adresi, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd). Erişim tarihi 10.06.2024.
5. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2023). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2021.Erişim adresi, https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2021-45715. Erişim tarihi, 10.06.2024.
6. Singh D., Agusti A., Anzueto A., Barnes P.J., Bourbeau J., Celli B.R., et al. (2019). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease: the GOLD science committee report 2019. Eur Respir J.53(5):1-12.
7. Cengiz Açıl H. (2023). *Sağlık Bilimleri Araştırmaları Hemşirelik & Ebelik*. Şehitkamil/Gaziantep: Özgür Yayın; Syf: 27-49.
8. Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu 2014, Erişim adresi, https://toraks.org.tr/site/sf/books/pre_migration/1e1f62017cef563a8a04783042f7a1461a3b3a92c4c96737dca6c0e02053f6eb.pdf. Erişim tarihi, 26.09.2023.
9. Early F., Lettis M., Winders S.J., Fuld J. (2019). What matters to people with COPD: outputs from Working Together for Change. NPJ Prim Care Respir Med. 29(1):1-9.
10. Taher M., Safavi Bayat Z., Niromand Zandi K., Ghasemi E., Abredari H., Karimy M, et al. (2015). Correlation between compliance regimens with health locus of control in patients with hypertension. Med J Islam Repub Iran. 29:194.
11. Rotter J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. Psychological Monographs. 80(1):1-28.
12. Kılıç M., Arslan S. (2018). Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sağlık Kontrol Odaklarının Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 12(2):126-135.
13. Yurttaş A., Özmen S., Kant E., Balcı Akpınar R. (2021). Multiple Sklerozlu Hastalarda Öz Yeterlilik ve Sağlık Kontrol Odağı Arasındaki İlişki. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 13(2):310-317.
14. Nazareth M., Richards J., Javalkar K., Haberman C., Zhong Y., Rak E., et al. (2016). Relating Health Locus of Control to Health Care Use, Adherence, and Transition Readiness Among Youths With Chronic Conditions, North Carolina, 2015. Prev Chronic Dis.13:E93.
15. Wallston K.A, Wallston, B.S. (2013). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. . In Social Psychology of Health and Illness. Syf:65-95.
16. Başoğlu S., Polat Ü., Güngör C. (2020). HIV/AIDS Hastalığı ile Yaşam: Öz Yönetim ve Psikososyal Uyum. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 2(3):183-190.
17. Öztürk Y.E., Yeşildal M., Arık Ö., Fidan Y. (2021). Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirliği. Journal of Academic Value Studies. 7(3):375-381.

18. Miller W.R., Lasiter S., Bartlett Ellis R., Buelow J.M. (2015). Chronic disease self-management: a hybrid concept analysis. Nurs Outlook. 63(2):154-161.

19. Gönen Şentürk S. (2021). Kronik Hastalıkların Yönetiminde Öz Yönetim Stratejilerinin Önemi ve Hemşirenin Rolü Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi. 4(1):9-13.

20. Sharma K., Subba H.K., Poudyal S., Adhikari S.(2024). Effect of self-management intervention on patients with chronic obstructive pulmonary diseases, Chitwan, Nepal. PLoS One. 19(1):e0296091.

21. Türk Toraks Derneği. (2021). Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2021 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Raporuna Bakışı 2021 Erişim adresi, https://www.toraks.org.tr/site/sf/books/2021/04/f9e6f8f7ed4cf0235b450f52a5fed8906c5389f98d31d2e0c231db64cae1b4a2.pdf. Erişim tarihi, 31.07.2023.

22. Belitsi V., Tsiampalis T., Kouvari M., Kalantzi V., Androutsos O., Bonoti F., et al. (2023). Exploring Patient Beliefs and Medication Adherence in the Mediterranean Context: A Cross-Sectional Study in Patients with Cardiovascular Diseases and Cardiometabolic Disorders in Greece-The IACT-Study. Life (Basel). 13(9):1880.

23. Stone G.C. (1979). Patient compliance and the role of the expert. Journal of Social Issues. 35(1):34-59.

24. Sánchez-Sosa J.J. (2002). Treatment adherence: The role of behavioral mechanisms and some implications for health care interventions. Revista Mexicana de Psicología. 19(1):85-92.

25. Yel P., Karadakovan A. (2021). Epilepsi Hastalarında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 37(3):223-238.

26. Zelko E., Klemenc-Ketis Z., Tusek-Bunc K. (2016). Medication adherence in elderly with polypharmacy living at home: a systematic review of existing studies. Materia Socio Medica. 28(2):129-132.

27. Horne R., Weinman, J., Hankins M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. Psychology and Health. 14(1):1-24.

28. Morgan C., McBeth J., Cordingley L., Watson K., Hyrich K.L., Symmons D.P., et al. (2015). The influence of behavioural and psychological factors on medication adherence over time in rheumatoid arthritis patients: a study in the biologics era. Rheumatology (Oxford). 54(10):1780-1791.

29. McQuaid E.L., Landier W. (2018). Cultural Issues in Medication Adherence: Disparities and Directions. J Gen Intern Med. 33(2):200-206.

30. Krauskopf K., Federman A.D., Kale M.S., Sigel K.M., Martynenko M., O'Conor R., et al. (2015). Chronic Obstructive Pulmonary Disease Illness and Medication Beliefs are Associated with Medication Adherence. COPD. 12(2):151-164.

31. Horne R., Chapman S.C., Parham R., Freemantle N., Forbes A., Cooper V. (2013). Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. PLoS One. 8(12):e80633.

32. Egoshi S., Hayashi S., Horie J., Shiranita S., Watanabe H., Kawaura F., et al. (2021). Effect of health locus of control on physical activity in stable patients with chronic obstructive pulmonary diseases. J Phys Ther Sci. 33(6):480-488.

33. Fan J.L., Kong,Y., Shi S.H., Cheng Y. H. (2016). Positive correlations between the health locus of control and self-management behaviors in hemodialysis patients in Xiamen. International Journal of Nursing Sciences. 3(1):96-101.

34. Yılmaz F., Çolak M.Y. (2018). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde İlaç İnancının ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences. 3(2):113-121.

35. Chang N.H., Chiou C.J., Wang C.C., Su M.C., Lo S.H. (2013). Correlation Study Between Health Locus of Control and Dyspnea Self-Management Strategies in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Journal of Nursing & Healthcare Research. 9(1):42-52.

36. Centers for Diseae Control and Prevention, About Chronic Diseases. (2022). Erişim adresi, https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm. Erişim tarihi, 29.06.2023.

37. World Health Organization. Noncommunicable diseases. (2022). Erişim adresi, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases. Erişim tarihi 29.06.2023.

38. Satman İ., Erkan F. (2021). Türkiye'de Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Yönetimi: Korunma, Tanı ve Tedavi Standartları Kılavuzu. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü. Syf:125-127.

39. Adeloye D., Song P., Zhu Y., Campbell H., Sheikh A., Rudan I., et al. (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.

40. Baykal Y. (1976). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Üzerinde Epidemiyolojik Bir Araştırma. Tüberküloz ve Toraks. 24:3-18.

41. 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. 50(1):132-140.

42. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). (2023). Erişim adresi, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd). Erişim tarihi, 10.06.2024.

43. Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). Chronic obstructive pulmonary disease - Level 3 cause. Erişim adresi, https://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/chronic-obstructive-pulmonary-disease-level-3-cause. Erişim tarihi, 25.06.2023.

44. Safiri S., Carson-Chahhoud K., Noori M., Nejadghaderi S.A., Sullman M.J.M., Ahmadian Heris J., et al. (2022). Burden of chronic obstructive pulmonary disease and its attributable risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. BMJ. 378:e069679.

45. Abul Y., Özlü T. (2013). Türkiye'de KOAH Epidemiyolojisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 1(1):7-12.

46. Türk Toraks Derneği. (2023). Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu'nun GOLD 2023 Güncellemesine Bakışı 2023. Erişim adresi, https://toraks.org.tr/site/sf/books/2023/04/451237c5d09de052c343bf1557612d93167bfdb0bea46c5a872971d9b3faa78a.pdf. Erişim tarihi, 11.07.2023.

47. Kocabaş A. (2010). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Epidemiyolojisi ve Risk Faktörlri TTD Toraks Cerrahisi Bülteni. 1(2):105-113.

48. Bush A. (2008). COPD: a pediatric disease. COPD.5(1):53-67.

49. Aryal S., Diaz-Guzman E., Mannino D.M. (2013). COPD and gender differences: an update. Transl Res. 162(4):208-218.

50. Ntritsos G., Franek J., Belbasis L., Christou M.A., Markozannes G., Altman P., et al. (2018). Gender-specific estimates of COPD prevalence: a systematic review and meta-analysis. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 13:1507-1514.

51. Kukrety S.P., Parekh J.D., Bailey K.L. (2018). Chronic obstructive pulmonary disease and the hallmarks of aging. Lung India. 35(4):321-327.

52. Soriano J.B., Rodriguez-Roisin R. (2011). Chronic obstructive pulmonary disease overview: epidemiology, risk factors, and clinical presentation. Proc Am Thorac Soc. 8(4):363-367.

53. Lundback B., Lindberg A., Lindstrom M., Ronmark E., Jonsson A.C., Jonsson E., et al.(2003). Not 15 but 50% of smokers develop COPD?-Report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. Respir Med. 97(2):115-122.

54. Marsh S., Aldington S., Shirtcliffe P., Weatherall M., Beasley R. (2006). Smoking and COPD: what really are the risks? European Respiratory Journal. 24(8):883-884.

55. Elonheimo HM, Mattila T, Andersen HR, Bocca B, Ruggieri F, Haverinen E, et al. (2022). Environmental Substances Associated with Chronic Obstructive Pulmonary Disease-A Scoping Review. Int J Environ Res Public Health. 19(7): 3945.

56. Ko F.W., Hui D.S. (2012). Air pollution and chronic obstructive pulmonary disease. Respirology. 17(3):395-401.

57. Duan R.R., Hao K., Yang T. (2020). Air pollution and chronic obstructive pulmonary disease. Chronic Dis Transl Med. 6(4):260-269.

58. McGeachie M.J. (2017). Childhood asthma is a risk factor for the development of chronic obstructive pulmonary disease. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 17(2):104-109.

59. Silva G.E., Sherrill D.L., Guerra S., Barbee R.A. (2004). Asthma as a risk factor for COPD in a longitudinal study. Chest. 126(1):59-65.

60. Başyiğit S. (2010). KOAH patogenezi ve fizyopatolojisi. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni. 1(2):114-118.

61. Brashier B.B., Kodgule R. (2012). Risk Factors and Pathophysiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). J Assoc Physicians India. 60:17-21.

62. Hogg J.C. (2004). Pathophysiology of airflow limitation in chronic obstructive pulmonary disease. Lancet. 364(9435):709-721.

63. TÜSAD KOAH Çalışma Grubu. (2018). KOAH Alevlenmeleri Tanı, Değerlendirme ve Tedavi Önerileri Erişim adresi, https://solunum.org.tr/TusadData/Book/756/2612201892435-AlevlenmeraporTUSADson.pdf. Erişim tarihi, 25.09.2023.

64. Wedzicha J.A, Seemungal T.A. (2007). COPD exacerbations: defining their cause and prevention. Lancet. 370(9589):786-796.

65. Dahlen I., Janson C. (2002). Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. Chest. 122(5):1633-1637.

66. Miravitlles M. (2011). Cough and sputum production as risk factors for poor outcomes in patients with COPD. Respir Med. 105(8):1118-1128.

67. Ebadi Z., Goertz Y.M.J., Van Herck M., Janssen D.J.A., Spruit M.A., Burtin C., et al. (2021). The prevalence and related factors of fatigue in patients with COPD: a systematic review. Eur Respir Rev. 30(160):1-16.

68. Vogelmeier C.F., Roman-Rodriguez M., Singh D., Han M.K., Rodriguez-Roisin R., Ferguson G.T. (2020). Goals of COPD treatment: Focus on symptoms and exacerbations. Respir Med. 166:105938.

69. Agusti A., Vogelmeier C.F. (2024). GOLD 2024: a brief overview of key changes. J Bras Pneumol. 49(6):e20230369.

70. Çalıkuşu H.R., Usluer İ.N., Tanrıverdi M. (2023). Kronik Hastalıklarda Koruyucu Rehabilitasyon Yaklaşımları ve Fiziksel Aktivite. Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences. 28(2):225-234.

71. Ekren P.K., Gürgün A. (2013). KOAH'da Pulmoner Rehabilitasyon: Kime, Ne Zaman, Nasıl. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 1(1):124-135.

72. Sezer M., Kart L. (2013). KOAH Tedavisinde İnhale Kortikosteroidler. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 1(1):24-30.

73. Poole P.J. (2006). Role of mucolytics in the management of COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 1(2):123-128.

74. World Health Organization. (2023). Health and Well-Being. Erişim adresi, https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being. Erişim tarihi, 01.10.2023.

75. Pourhoseinzadeh M.M., Gheibizadeh M.P., Moradikalboland M. (2017). The Relationship between Health Locus of Control and Health Behaviors in Emergency Medicine Personnel. Int J Community Based Nurs Midwifery. 5(4):397-407.

76. Özçakır A., Doğan F.O., Bayram, N., Bilgel N. (2014). Health Locus of Control, health related behaviors and Demographic factors: A study in a Turkish population. British Journal of Medicine and Medical Research. 4(21):3856-3869.

77. Wallston K.A., Wallston B.S., DeVellis R. (1978) Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. Health Educ Monogr. 6(2):160-170.

78. Shillinger F.L. (1983). Locus of Control: Implications for Clinical Nursing Practice. Image: The Journal of Nursing Scholarship. 15(2):58-63.

79. Janowski K., Kurpas D., Kusz J., Mroczek B., Jedynak T. (2013). Health-related behavior, profile of health locus of control and acceptance of illness in patients suffering from chronic somatic diseases. PLoS One. 8(5):e63920.

80. Dogonchi M., Mohammadzadeh F., Moshki M. (2022). Investigating the Relationship between Health Locus of Control and Health Behaviors: A Systematic Review. The Open Public Health Journal. 15(1):1-8.

81. Marton G., Pizzoli S.F.M., Vergani L., Mazzocco K., Monzani D., Bailo L., et al. (2021). Patients' health locus of control and preferences about the role that they want to play in the medical decision-making process. Psychol Health Med. 26(2):260-266.

82. Tyler N., Heffernan R., Fortune C.A. (2020). Reorienting Locus of Control in Individuals Who Have Offended Through Strengths-Based Interventions: Personal Agency and the Good Lives Model. Front Psychol. 11:553240.

83. Rotter J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychol Monogr. 80(1):1-28.

84. Berglund E., Lytsy P., Westerling R. (2014). The influence of locus of control on self-rated health in context of chronic disease: a structural equation modeling approach in a cross sectional study. BMC Public Health. 14:492.

85. Cross M.J., March L.M., Lapsley H.M., Byrne E., Brooks P.M. (2006). Patient self-efficacy and health locus of control: relationships with health status and arthritis-related expenditure. Rheumatology (Oxford). 45(1):92-96.

86. Alkır Y.K., İlhan N. (2021). The Relationship Between Health Locus of Control and Health Behaviors in Adolescents: A Cross-sectional Study. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 15(4):784-792.

87. Kassianos A.P., Symeou M., Ioannou M. (2016). The health locus of control concept: Factorial structure, psychometric properties and form equivalence of the Multidimensional Health Locus of Control scales. Health Psychol Open. 3(2):2055102916676211.

88. Cruz Matias J., English E.A., Stamper A.J. (2022). Observing the Relationship between Health Locus of Control and Help-Seeking Attitudes: A Multicultural Perspective. The Graduate Review. 7(1):81-90.

89. Qama E., Rubinelli S., Diviani N. (2022). Factors influencing the integration of self-management in daily life routines in chronic conditions: a scoping review of qualitative evidence. BMJ Open. 12(12):e066647.

90. Richard A.A., Shea K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. J Nurs Scholarsh. 43(3):255-264.

91. Van Smoorenburg A.N., Hertroijs D.F.L., Dekkers T, Elissen A.M.J., Melles M. (2019).Patients' perspective on self-management: type 2 diabetes in daily life. BMC Health Serv Res. 19(1):605.

92. Wang K.Y., Sung P.Y., Yang S.T., Chiang C.H., Perng W.C. (2012). Influence of family caregiver caring behavior on COPD patients' self-care behavior in Taiwan. Respir Care. 57(2):263-272.

93. Yıldırım A., Aşilar R.H., Bakar N., Demir N. (2013). Effect of anxiety and depression on self-care agency and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease: a questionnaire survey. Int J Nurs Pract. 19(1):14-22.

94. Ngai S.S., Cheung C.K., Ng Y.H, Shang L., Tang H.Y., Ngai H.L., et al. (2021). Time Effects of Supportive Interaction and Facilitator Input Variety on Treatment Adherence of Young People with Chronic Health Conditions: A Dynamic Mechanism in Mutual Aid Groups. Int J Environ Res Public Health. 18(6):3061.

95. Mohebi S., Parham M., Sharifirad G., Gharlipour Z., Mohammadbeigi A., Rajati F. (2018). Relationship between perceived social support and self-care behavior in type 2 diabetics: A cross-sectional study. J Educ Health Promot. 7(1):48.

96. Nolte S., Osborne R.H. (2013). A systematic review of outcomes of chronic disease self-management interventions. Qual Life Res. 22(7):1805-1816.

97. Şentürk S.G. (2021). The Importance of Self-Management Strategies and The Role of Nurses in The Management of Chronic Diseases. Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi. 4(1):9-13.

98. Effing TW, Bourbeau J, Vercoulen J, Apter AJ, Coultas D, Meek P, et al. Self-management programmes for COPD: moving forward. Chron Respir Dis. 2012;9(1):27-35.

99. Disler RT, Gallagher RD, Davidson PM. Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease: an integrative review. Int J Nurs Stud. 2012;49(2):230-242.

100. Aytap F., Özer Z. (2021). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Riski ile Hastalık Öz Yönetimi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 15(2):212-222.

101. Cramer J.A., Roy A., Burrell A., Fairchild C.J., Fuldeore M.J., Ollendorf D.A., et al. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. Value Health. 11(1):44-47.

102. Demirkol M.E., Tamam L. (2016). Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyumu. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 8(1):85-93.

103. Park H.Y., Seo S.A., Yoo H., Lee K. (2018). Medication Adherence and Beliefs About Medication in Elderly Patients Living Alone with Chronic Diseases. Patient Prefer Adherence. 12:175-181.

104. Jimmy B., Jose J. (2011). Patient medication adherence: measures in daily practice. Oman Med J. 26(3):155-159.

105. Brown M.T., Bussell J.K. (2011). Medication adherence: WHO cares? Mayo Clin Proc. 86(4):304-314.

106. Chakrabarti S. What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. World J Psychiatry. 2014;4(2):30-6.

107. Özdemir Ü., Taşcı S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 1(1):51-72.

108. Adadıoğlu Ö., Oğuz S. (2016). Epilepsi ve Öz Yönetim. Journal of the Turkish Epilepsi Society. 22(1):1-4.

109. The Royal Australian College of General Practitioners. (2002). Chronic condition self-management guidelines. Summary for General Practitioners. Erişim adresi,

https://www.wimmerapcp.org.au/wp-gidbox/uploads/2014/03/Guidelines-for-General-Practitioners.pdf. Erişim tarihi, 06.10.2023.

110. Pinnock H., Steed L., Jordan R. (2016). Supported self-management for COPD: making progress, but there are still challenges. Eur Respir J. 48(1):6-9.
111. Zwerink M., Brusse-Keizer M., Van Der Valk P.D., Zielhuis G.A., Monninkhof E.M., Van Der Palen J., et al. (2014). Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. (3):CD002990.
112. Schulman-Green D., Jaser S.S., Park C., Whittemore R. (2016). A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. J Adv Nurs. 72(7):1469-1489.
113. Ogunbayo O.J., Russell S., Newham J.J., Heslop-Marshall K., Netts P., Hanratty B., et al. (2017). Understanding the factors affecting self-management of COPD from the perspectives of healthcare practitioners: a qualitative study. NPJ Prim Care Respir Med. 27(1):54.
114. Akpınar N.B., Ceran M.A. (2019). Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 3(1):79-81.
115. Gatti M.E., Jacobson K.L., Gazmararian J.A., Schmotzer B., Kripalani S. (2009). Relationships between beliefs about medications and adherence. . American Journal of Health-System Pharmacy. 66(7):657-664.
116. Neame R., Hammond A. (2005). Beliefs about medications: a questionnaire survey of people with rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford). 44(6):762-767.
117. Horne R., Buick D., Fisher M., Leake H., Cooper V., Weinman J. (2004). Doubts about necessity and concerns about adverse effects: identifying the types of beliefs that are associated with non-adherence to HAART. Int J STD AIDS. 15(1):38-44.
118. Schuz B., Marx C., Wurm S., Warner L.M., Ziegelmann J.P., Schwarzer R., et al. (2011). Medication beliefs predict medication adherence in older adults with multiple illnesses. J Psychosom Res. 70(2):179-187.
119. Horne R., Weinman J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. J Psychosom Res. 47(6):555-567.
120. Shahin W., Kennedy G.A., Stupans I. (2020). The Consequences of General Medication Beliefs Measured by the Beliefs about Medicine Questionnaire on Medication Adherence: A Systematic Review. Pharmacy (Basel).8(3):147.
121. Ernstmeyer K., Christman E. (2021). *Nursing Process.* Nursing Fundamentals. Chippewa Valley Technical College. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK591807/
122. Arakelian M. (1980). An assessment and nursing application of the concept of locus of control. ANS Adv Nurs Sci. 3(1):25-42.
123. Hamdan-Mansour A.M., Marmash L.R., Alayyan R., Hyarat S.Y. (2014). Difference in perception between nurses and patients related to patients' health locus of control. Int J Nurs Pract. 20(3):242-249.
124. Balsmeyer B. (1984). Locus of control and the use of strategies to promote self-care. J Community Health Nurs. 1(3):171-179.
125. Cravo A., Attar D., Freeman D., Holmes S., Ip L., Singh S.J. (2022). The Importance of Self-Management in the Context of Personalized Care in COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 17:231-243.
126. Salant P., Dillman D.A. (1994). *How to Conduct Your Own Survey*. New York: John Wiley & Sons, Inc. Syf:55.
127. Üstundag-Budak M., Mocan-Aydin G. (2005). The role of personality factors in predicting the reported physical health symptoms of Turkish college students. Adolescence. 40(159):559-572.

128. Ngai S.S.Y., Cheung C.K., Ng Y.H., Tang H.Y., Ngai H.L., Wong K.H.C. (2020). Development and validation of the chronic illness self-management (CISM) scale: Data from a young patient sample in Hong Kong. Children and Youth Services Review. 114:105077.

129. Cinar M., Cinar F.I., Acikel C., Yilmaz S., Cakar M., Horne R., et al. (2016). Reliability and validity of the Turkish translation of the beliefs about medicines questionnaire (BMQ-T) in patients with Behcet's disease. Clin Exp Rheumatol. 19(4):231-232.

130. George D., Mallery M. (2011). *IBM SPSS Statistics 19 Step by Step: A Simple Guide and Reference* (12th Edition). Boston: Pearson.

131. Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

132. Morowatisharifabad M., Mazloomy Mahmoodabad S., Baghianimoghadam M., Rouhani Tonekaboni N. (2009). Relationships between Locus of Control and Adherence to Diabetes Regimen. J Res Health Sci. 9(1):37-44.

133. Abredari H., Bolourchifard F., Rassouli M., Nasiri N., Taher M., Abedi A. (2015). Health locus of control and self-care behaviors in diabetic foot patients. Med J Islam Repub Iran. 29:283.

134. Asri S.A.D., Widayati N., Aini L. (2020). Health Locus of Control and Self Care Behavior in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Asian Community Health Nursing Research. 2(2):22-28.

135. Saygılı Z. (2023). Kronik Hastalık Öz Yönetiminin, Sağlık Kontrol Odağı ile İlişkisi Diyabet Hastaları Üzerine Çalışma. Yüksek Lisans Tezi. Kırıkkale: Kırıkkale Üniversitesi.

136. Johnson J.L., Campbell A.C., Bowers M., Nichol A.M. (2007).Understanding the social consequences of chronic obstructive pulmonary disease: the effects of stigma and gender. Proc Am Thorac Soc. 4(8):680-682.

137. Berger B.E., Kapella M.C., Larson J.L. (2011).The experience of stigma in chronic obstructive pulmonary disease. West J Nurs Res. 33(7):916-932.

138. Acar E. (2022). Koah'lı Bireylerde Stigma ve Sağlık Okuryazarlığı. Yüksek Lisans Tezi. Amasya: Amasya Üniversitesi.

139. Pinto-Foltz M.D., Logsdon M.C. (2009). Reducing stigma related to mental disorders: initiatives, interventions, and recommendations for nursing. Arch Psychiatr Nurs. 23(1):32-40.

140. Myers L.B., Myers F. (1999). The relationship between control beliefs and self-reported adherence in adults with cystic fibrosis. Psychology Health and Medicine. 4(4):387-391.

141. Foot H., La Caze A., Baker P., Cottrell N. (2019). Better understanding the influence and complexity of beliefs on medication adherence in asthma. Patient Educ Couns. 102(3):564-570.

142. De Las Cuevas C., Baptista T., Motuca M., Villasante-Tezanos G.A., Lazary J., Pogany L., et al. (2021). Poor Adherence to Oral Psychiatric Medication in Adults with Schizophrenia May Be Influenced by Pharmacophobia, High Internal Health Locus of Control and Treatment Duration. Neuropsychopharmacol Hung. 23(4):388-404.

143. Ahmedani B.K., Peterson E.L., Wells K.E., Rand C.S., Williams L.K. (2013). Asthma medication adherence: the role of God and other health locus of control factors. Ann Allergy Asthma Immunol. 110(2):75-79

144. Sajatovic M., Micula-Gondek W., Tatsuoka C., Bialko C. (2011).The relationship of gender and gender identity to treatment adherence among individuals with bipolar disorder. Gend Med. 8(4):261-268.

145. Zahednezhad H., Poursharifi H.A., Babapour J. (2021). Relationship betweeh health locus of control, slip memory and physician–patient relationship with adherence in Type II diabetic patients. SSU_Journals. 20(2):249-258.

146. Schnee M., Grikscheit F. (2013). Health locus of control of patients in disease management programmes. Gesundheitswesen. 75(6):356-359.

147. Náfrádi L., Nakamoto K., Schulz P.J. (2017). Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. PloS ONE. 12(10):e0186458.

148. Duangbubpha S., Hanucharurnkul S., Pookboonmee R., Orathai P., Kiatboonsri C. (2013). Chronic Care Model Implementation and Outcomes Among Patient with COPD in Care Teams with and Without Advanced Practice Nurses. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 17(2):102-116.

149. Zhang X., Chen H., Liu Y., Yang B. (2021). Influence of chronic illness resources on self-management and the mediating effect of patient activation among patients with coronary heart disease. Nurs Open. 8(6):3181-3189.

150. Sassen B. (2018). *Nursing: Health education and improving patient self-management.* Netherlands: Spiringer.

151. Blonde J., Desrichard O., Kaiser B. (2020). Psychological predictors of the use of complementary and alternative medicines during pregnancy within a sample of Swiss women. Health Psychol Res. 8(1):8789.

152. Rossi M.I., Young A., Maher R., Rodriguez K.L., Appelt C.J., Perera S, et al. (2007). Polypharmacy and health beliefs in older outpatients. Am J Geriatr Pharmacother. 5(4):317-323.

153. Berglund E., Lytsy P., Westerling R. (2013). Adherence to and beliefs in lipid-lowering medical treatments: a structural equation modeling approach including the necessity-concern framework. Patient Educ Couns. 91(1):105-112.

154. Fumero A., Marrero R.J., Penate W., Bethencourt J.M., Barreiro P. (2021). Adherence to Oral Contraception in Young Women: Beliefs, Locus of Control, and Psychological Reactance. Int J Environ Res Public Health. 18(21):11308.

8. EKLER

EK-1

Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz;	◯ Kadın	◯ Erkek	
2. Yaşınız;			
3. Medeni durumunuz;	◯ Evli		
	◯ Bekar		
4. Eğitim durumunuz;	◯ Okuryazar değil	◯ Lise	
	◯ İlkokul	◯ Lisans ve üstü	
	◯ Ortaokul		
5. Ekonomik durumunuz;	◯ Gelir giderden az		
	◯ Gelir gidere eşit		
	◯ Gelir giderden fazla		
6. KOAH dışında başka kronik hastalığınız var mı? Cevabınız "Evet" ise bu hastalık/hastalıklarınız nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)	◯ Yok	◯ Astım	
	◯ Diyabet	◯ Kanser	
	◯ Hipertansiyon	◯Gastroözefageal Reflü	
	◯ Guatr	◯ Romatoid Artrit	
	◯ Kalp Yetmezliği	◯ Diğer……	
7. Kaç yıldır KOAH'a sahipsiniz?	◯ 6 ay-5 yıl		
	◯ 6-10 yıl		
	◯ 11 yıl ve üzeri		
8. KOAH dereceniz nedir?	◯ Evre 1- Hafif	◯ Evre 3- Ağır	
	◯ Evre 2- Orta	◯ Evre 4- Çok ağır	
9. Son bir yıldaki alevlenme ve hastaneye yatış sayısı;	◯ Alevlenme sayısı: ……..		
	◯ Hastaneye yatış sayısı: ……..		
10. KOAH tanısına bağlı düzenli kullanılan ilaç sayısı;	◯ ……..		
11. Tedaviniz hakkında eğitim/bilgi aldınız mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)	◯ Hayır	◯ İnternet	
	◯ Hemşire	◯ Aile/akraba/arkadaş	
	◯ Doktor	◯ Gazete/dergi	
12. Sigara kullanıyor musunuz?	◯ Evet (……paket)	◯ Hayır	◯ Bırakmış
13. İlaç yan etkisi var mı? ◯Hayır ◯Evet 14. Evet ise kaç defa yan etki yaşadınız?……			

EK-2

Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği

Aşağıda sağlık durumunuzu ele alışınızla ilgili 18 tane cümle verilmiştir. Her cümleyi dikkatli okuyarakaltılı ölçek üzerinde (Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Katılmama eğilimindeyim, Katılma eğilimindeyim, Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum) size uygun dereceyi yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Seçiminizi yaparken, seçmeniz gerektiğini düşündüğünüz veya doğru olmasını arzu ettiğiniz cümleyi değil, gerçekten size uygun olan dereceyi seçiniz. Bu anket kişisel inançlarla ilgilidir; bu sebeple "doğru" yada "yanlış" cevap diye bir durum söz konusu değildir. Katılımınız için teşekkür ederim.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmama eğilimindeyim	Katılma eğilimindeyim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Hasta olursam çabuk iyileşmek benim kendi davranışlarıma bağlıdır.						
2. Ne yaparsam yapayım hasta olacaksam,olurum.						
3. Hastalıktan kaçınmanın en iyi yolu düzenli olarak doktorumu görmektir.						
4. Sağlığımı etkileyen çoğu şey kaza ile başıma gelir.						
5. Kendimi iyi hissetmediğimde bir sağlık uzmanına başvurmalıyım.						
6. Sağlığımın iyi olup olmaması benim kontrolümdedir.						
7. Ailemin hasta olmam veya sağlılklı kalmam ile büyük ilgisi vardır.						
8. Hastalandığım zaman suçlanacak kişi benimdir.						
9. Bir hastalıktan toparlanmamda şansın büyük bir payı vardır.						
10. Sağlık durumumun iyi olup olmaması doktorlara bağlıdır.						
11. Sağlığımın iyi olması büyük ölçüde şansişidir.						
12.Sağlığımı etkileyen esas şey benim kendi yaptıklarımdır.						
13. Kendime iyi bakarsam hastalıklardan kaçınabilirim.						
14.Bir hastalığı atlatmanın çoğunlukla doktor, hemşire, aile fertleri ve arkadaşlar gibi başkainsanların bana iyi bakıyor olmasından kaynaklanır.						
15. Ne yaparsam yapayım hastalanma ihtimalim vardır.						
16. Kaderde varsa sağlıklı olurum.						
17. Eğer doğru hareket edersem sağlıklı olurum						
18. Sağlığım konusunda sadece doktorumun bana yapmamı söylediklerini yaparım.						

EK-3

Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği	*1 = Asla* *2 = Nadiren;* *3 = Ortalama;* *4 = Oldukça sık;* *5 = Her Zaman*				
1.Hastalığımdan dolayı sosyal ortamlarda utanç duyarım	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
2.Hastalığımdan dolayı kendimi diğerlerinden farklı hissediyorum	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
3.Hastalığımdan dolayı başkalarına yük olmaktan endişe duyarım	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
4.Hastalığımdan dolayı diğerlerine karşı yabancılaşmış hissediyorum	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
5.Hastalığımdan dolayı başkalarının düşüncelerinden endişe duyuyorum	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
6. Hastalığımdan bahsetmemek için arkadaş edinmekten kaçınıyorum	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
7.Hastalığımın belirtileri karşısında şaşırıyorum	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
8.Üzgün hissetmekten kaçınabilirim.	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
9.Kötü düşünceleri durdurabilir ve kendimi sinirlendirmekten kaçınabilirim.	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
10.Durumu nasıl iyileştireceğimi planlayabilir ve harekete geçebilirim	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
11.Neyin değiştirilebileceğini veya değiştirilemeyeceğini kavrayabilirim.	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
12.Arkadaşlarımdan ve ailemden destek isteyebilirim	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
13.Kendi sağlığımı yönetebiliyorum	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
14.Kendime iyi bakabilirim.	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
15.Hastalığım hakkında net bilgiye sahibim	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
16.Tedavi yöntemi hakkında net bilgiye sahibim	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
*17.İlacı/tedaviyi unutur veya ihmal ederim.**	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
*18.Meşgul olduğum zaman ilaç almayı veya tedaviyi hatırlamakta zorlanırım**	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
*19.Kontrol için doktorun önerdiği zamanı unutuyor veya görmezden geliyorum**	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
*20.Okulda, işte veya dışarıdayken ilaçları almayı aksatıyorum**	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
*21.İlacı almak/tedavi olmak için başkasının hatırlatmasına ihtiyaç duyuyorum**	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*

EK-4

İLAÇLAR HAKKINDA İNANÇLAR ANKETİ

Bu ankette sizin için reçete edilen ilaçlarınız hakkındaki ve genel olarak ilaçlar hakkındaki kişisel görüşlerinizi sormak istiyoruz. Lütfen, fikrinizi en iyi yansıtan ifadenin yanına X işareti koyarak her bir cümleyi ne kadar kabul ettiğinizi belirtiniz. Soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur, kişisel görüşlerinizle ilgileniyoruz.

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Şu anki sağlığım ilaçlarıma bağlıdır					
İlaç almak zorunda olduğum için endişeleniyorum					
İlaçlarım olmasa hayatım yaşanmaz olurdu					
İlaçlarım olmasa çok hasta olurdum					
Bazen ilaçlarımın uzun vadeli etkileri nedeniyle endişeleniyorum					
İlaçlarım benim için bir sır gibi					
Gelecekteki sağlığım ilaçlara bağlı olacak					
İlaçlarım hayat düzenimi bozuyor					
Bazen ilaçlara çok bağımlı olmaktan endişe ediyorum					
İlaçlarım beni daha kötü olmaktan korur					
Doktorlar çok fazla ilaç reçete ediyorlar					
İlaç kullanan insanlar bazen tedavilerine ara vermelidir					
İlaçların çoğu bağımlılık yapar					
Doğal çareler, ilaçlardan daha güvenlidir					
İlaçların yarardan çok zararı var					
Tüm ilaçlar zehirdir					
Doktorlar ilaçlara çok fazla güvenmektedir					
Eğer doktorlar hastalarla daha fazla zaman geçirse, daha az ilaç reçete ederler					

EK-5

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	KOAH'lı hastalarda sağlık denetim odağının hastalık öz yönetimine, ilaçlar hakkındaki inancına ve tedavi uyumuna etkisinin belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2022/40 düzeltme

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	**Belge Adı**		**Açıklama**	
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:** 2022/40 düzeltme	**Tarih:** 28.02.2023		
	Sorumlu araştırmacısı Dr. Öğr. Üyesi Betülay KILIÇ olan, yukarıda bilgileri verilen araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve **uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına** toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Bülent ÜNAY

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Bülent ÜNAY	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	SBÜ Gülhane Tıp Fak	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Serdar DEMİRTAŞ	Biyofizik	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Neşe ERSÖZ GÜLÇELİK	Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Suat DOĞANCI	Kalp ve Damar Cerrahisi	SBÜ Gülhane Tıp Fak	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Mustafa ALTAY	Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	Serbest Hekim	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Kerim Bora YILMAZ	Genel Cerrahi	SBÜ Gülhane Tıp Fak	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Şafak AKIN	Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Eşref Oğuz GÜVEN	Üroloji	SBÜ Ankara Dr.A.Y. EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Yusuf Serdar SAKİN	İç Hastalıkları (Gastroenteroloji)	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E ☒	K ☐	E ☒	H ☐	E ☐	H ☐	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Bülent ÜNAY
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	KOAH'lı hastalarda sağlık denetim odağının hastalık öz yönetimine, ilaçlar hakkındaki inancına ve tedavi uyumuna etkisinin belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2022/40 düzeltme

Dr. Öğr. Üyesi Kemal Gökhan ULUSOY	Farmakoloji	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL	Tıp Tarihi ve Deontoloji	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Eda KARAİSMAİLOĞLU	Biyoistatistik	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Avukat Feridun GÜRLEVİK	Hukuk	Gülhane EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Dr. Serap KORKMAZ	Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği	Gülhane EAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Celil KARTAL	Sağlık Meslek Mensubu Olmayan Üye	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Bülent ÜNAY
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-6

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DUATEPE DEVLET HASTANESİ
...DUATEPE DH PERSONEL BİRİMİ
04/11/2022 10:... E-39668018-929-1118
0011/344611

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bakanlığı Duatepe Devlet Hastanesi

Sayı : E-39668018-929
Konu : Hemşire Merve Nur ÖZ

Sayın Merve Nur ÖZ
Hemşire

İlgi : 26/10/2022 tarihli ve 5179 sayılı dilekçeniz.

İlgi sayılı dilekçeni incelenmiş olup, bahse konu KOAH'lı hastalarla ilgili tez çalışmalarınızı hastanemiz bünyesinde yapmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim

Uzm. Dr. Reyhan ÖZTÜRK
Başhekim

EK-7

Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği Kullanım İzni Gelen Kutusu x

Merve ÖZ 31 Ağustos Çar 23:12
Alıcı:

Değerli Hocam,

Ben Merve Nur Öz. Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. Dr. Öğr. Üyesi Betülay Kılıç danışmanlığında "KOAH'lı Hastalarda Sağlık Denetim Odağının Hastalık Öz Yönetimine ve İlaçlara İnancına Etkisinin Belirlenmesi" adlı tez çalışmasını yürütmek istiyorum. Tarafınızca Türkçe geçerlilik ve güvenirliği gerçekleştirilmiş olan Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği' ni çalışmamda kullanmak istiyorum. Ölçeğin kullanımını talep ediyor ve kullanım için izninizi rica ediyorum.

Saygılarımla.

Merve Nur ÖZ

Meltem 1 Eylül Per 10:10
Alıcı: ben

Sevgili Merve Nur Öz,
Mail için çok teşekkür ederim.
Tabiki kullanabilirsiniz başarılar diliyorum.
Sağlıcakla
A. Meltem Üstündağ Budak

Sent from my iPhone

Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Kullanım İzni Gelen Kutusu x

Merve ÖZ 31 Ağustos Çar 23:19
Alıcı

Değerli Hocam,

Ben Merve Nur Öz. Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. Dr. Öğr. Üyesi Betülay Kılıç danışmanlığında "KOAH'lı Hastalarda Sağlık Denetim Odağının Hastalık Öz Yönetimine ve İlaçlara İnancına Etkisinin Belirlenmesi" adlı tez çalışmasını yürütmek istiyorum. Yunus Emre Öztürk, Özer Arık, Yunus Fidan ve sizin Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini gerçekleştirdiğiniz Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği' ni çalışmamda kullanmak istiyorum. Ölçeğin kullanımını talep ediyor ve kullanım için izninizi rica ediyorum.

Saygılarımla.

Merve Nur ÖZ

Müjdat YEŞİLDAL 31 Ağustos Çar 23:49
Alıcı: ben

Merhaba Sayın Merve hocam,

Türkçeye uyarlamasını yaptığımız "Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğini" araştırmanızda kullanabilirsiniz. Ekte ölçeğin form halini ve hesaplanma yöntemini gönderiyorum.
İyi Çalışmalar Dilerim...

31 Ağu 2022 Çar 23:19 tarihinde Merve ÖZ şunu yazdı:

...

İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi Kullanım İzni Gelen Kutusu ×

Merve ÖZ ·
Alıcı:
27 Ekim Per 13:29

Değerli Hocam,

Ben Merve Nur Öz. Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. Dr. Öğr. Üyesi Betülay Kılıç danışmanlığında "KOAH'lı Hastalarda Sağlık Denetim Odağının Hastalık Öz Yönetimine ve İlaçlara İnancına Etkisinin Belirlenmesi" adlı tez çalışmasını yürütmek istiyorum. Muhammet Çınar, Cengizhan Açıkel, Sedat Yılmaz, Mustafa Çakar, İsmail Şimşek, Rob Horne ve sizin Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini gerçekleştirdiğiniz İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi'ni çalışmamda kullanmak istiyorum. Anketin kullanımı için izninizi rica ediyorum.

Saygılarımla.

Merve Nur ÖZ

FATMA ILKNUR CINAR
Alıcı: ben
27 Ekim Per 15:17

Sayın Öz

Tez çalışmanızda İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi'ni kullanabilirsiniz. Başarılar diliyorum

Prof.Dr.Fatma İlknur ÇINAR

EK-8

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ!

Sayın katılımcı,

Bu çalışma bilimsel bir tez çalışması olup adı "KOAH'lı Hastalarda Sağlık Kontrol Odağının Hastalık Öz Yönetimine, İlaçlar Hakkındaki İnancına ve Tedaviye Uyumuna Etkisinin Belirlenmesi" dir. Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi İç Hastalığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Merve Nur Öz tarafından yapılmaktadır. Araştırma KOAH'lı hastalarda sağlık kontrol odağının hastalık öz yönetimine, ilaçlar hakkındaki inancına ve tedaviye uyumuna etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Dolduracağınız formlar aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı seçebilirsiniz veya anket doldurmaya istediğiniz aşamada son verebilirsiniz.

Anketimiz dört bölümden oluşmaktadır. Yaklaşık 15 dakika zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı size uygun seçeneği işaretleyerek ve açık uçlu sorunuz var ise yanıtınızı yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun olduğunu düşündüğünüz yanıtları işaretleyiniz. Eğer soruda "Diğer" seçeneği mevcutsa ve yanıtınız seçenekler arasında yok ise bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğin yanındaki boşluya yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Gönüllü Oluru

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişiler tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, özgür irademle (kendi rızamla) katılmayı kabul ediyorum.

Çalışma ile ilgili sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz.

Gönüllünün Adı-Soyadı:

İmza:

Sorumlu ve Yardımcı Araştırmacı

Dr. Öğr. Üyesi Betülay Kılıç

Hem. Merve Nur Öz

9. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

I. Bireysel Bilgiler

- Ad Soyad : Merve Nur ÖZ

- 2025 [illegible] Gülhane [illegible]
Has[illegible]r Hemşireliği [illegible] (Yüksek Lisans)
5-20[illegible]nkara [illegible]rırmaz Gazi Üniversitesi
[illegible]lik Böl[illegible]
2014 [illegible]atlı Anadolu Lis[illegible]
2002 [illegible] Ata[illegible]köğretim Okul[illegible]