

**T.C.
BOZOK ÜNİVERSİTESİ - KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
ORTAK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI
OLAN BİREYLERİN ÖZ-ETKİLİLİK VE ÖLÜM KAYGISI DÜZEYLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HACER GÜÇLÜ

TEZ YÖNETİCİSİ

Doç. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA

YOZGAT- 2018

YÖNERGEYE UYGUNLUK BELGESİ

“Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri” adlı hemşirelik anabilimdalı yüksek lisans tezi, bozok üniversitesi lisansüstü tez önerisi ve tez yazma yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan
Hacer GÜÇLÜ
İmza



Danışman
Doç. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA
İmza

Prof. Dr. Sevinç POLAT
Ana Bilim Dalı Başkanı
İmza



BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BELGESİ

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

İmza**Hacer GÜÇLÜ**

T.C.
BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEZ KABUL TUTANAĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Doç. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA danışmanlığında, Hacer GÜÇLÜ tarafından hazırlanan “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri” adlı bu çalışma 09 / 04 / 2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.


Danışman : Doç.Dr.Nazan KILIÇ AKÇA
(Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği AD)

İmza:.....

Jüri Üyesi :Dr. Öğr. Üyesi Nuray ŞİMŞEK
(Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD)

İmza:.....

Jüri Üyesi :Dr. Öğr. Üyesi.Gülay YILMAZ
(Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD)

İmza:.....

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun/...../..... tarih ve
sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Yalçın ARAL
Enstitü Müdürü

ÖZET**Yüksek Lisans Tezi****KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI
OLAN BİREYLERİN ÖZ-ETKİLİLİK VE ÖLÜM KAYGISI DÜZEYLERİ****Hacer GÜÇLÜ****Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü****Hemşirelik Anabilim Dalı****Doç. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA****Nisan 2018, 76 sayfa**

Bu araştırma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin öz-etkililik ve ölüm kaygısı düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Yozgat Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanısı ile yatan ve Göğüs Hastalıkları polikliniğine ayaktan başvuran 170 KOAH hastası ile tamamlanmıştır. Kurum izni ve etik kurul izni alınmıştır. Araştırmanın verileri hasta tanıtım formu, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı öz-etkililik ölçeği ve ölüm kaygısı ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Shapiro-Wilk testi, t testi, One-Way Anova ve Pearson Korolasyon analizleri kullanılmıştır.

Çalışmada Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları 2.16 ± 0.81 , ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamaları ise 7.75 ± 3.03 olarak tespit edilmiştir. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin öz-etkililik ve ölüm kaygısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Sonuç olarak Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin düşük ve ölüm kaygısı düzeylerinin orta düzeyde olduğu ve puan ortalamaları arasında istatistiksel bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde öz-etkililik ve ölüm kaygısı düzeylerinin değerlendirilmesi ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı yönetimi için ise planlı eğitimler verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Öz etkililik, Ölüm kaygısı, Hemşirelik

ABSTRACT**Ms Thesis****SELF-EFFICACY AND DEATH ANXIETY LEVELS OF PATIENTS WITH
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE****Hacer GÜÇLÜ****Bozok University Health Sciences Institute****Department of Nursing****Supervisor: Assoc. Prof. Nazan KILIÇ AKÇA****April 2018, 76 pages**

This study was conducted as a descriptive study to determine the levels of self-efficacy and death anxiety of individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

The study was completed with 170 patients who were hospitalized in Yozgat State Hospital Chest Diseases Service with Chronic Obstructive Pulmonary Disease diagnosis and outpatients who visited to the Chest Diseases Polyclinic. Permissions from the institution and the ethics committee were obtained. Data of the study was collected by face-to-face interview technique using patient information form, the Chronic Obstructive Pulmonary Disease self-efficacy scale and the death anxiety scale. Kolmogorov-Smirnov test, Shapiro-Wilk test, t test, One Way Anova and Pearson Correlation analyzes were used in the evaluation of the data.

The mean self-efficacy scale score of the patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the study was found to be 2.16 ± 0.81 . The mean death anxiety scale score of the individuals was 7.75 ± 3.03 . There was no statistically significant relationship between self-efficacy and death anxiety scores of individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

As a result, it was determined that the self-efficacy levels of Chronic Obstructive Pulmonary Disease patients were low and their anxiety levels were moderate and there was no statistically significant relationship between the mean scores. It is suggested that the levels of self efficacy and death anxiety of Chronic Obstructive Pulmonary Disease patients be evaluated and planned training should be provided for the management.

Keywords: COPD, Self-efficacy, Death anxiety, Nursing

TEŞEKKÜR

Öncelikle lisans eğitimime başladığım andan itibaren bana yol gösterici ve örnek olan, bilgi ve deneyimlerini paylaşan, ne zaman istesem bana zaman ayıran, çalışmam süresince de her zaman çalışmaya teşvik edici ve sabırlı yaklaşımlarından dolayı çok değerli Sayın hocam Doç. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA'ya, İhtiyaç duyduğum her anda emeklerini esirgemeyen Sayın Dr. Öğr. Üyesi Dilek EFE ARSLAN'a, anket yapmamda beni destekleyen Uz. Dr. İsmet KARACAN'a, Uz. Dr. Ü. Tuğba TÜRÜKLÜ'ye ve tüm mesai arkadaşlarıma, hayatım boyunca yaptıklarımın her zaman arkasında duran ve destekleyen canım aileme ve İngilizce çevirileri de dahil olmak üzere her daim yanımda olup bana destek veren değerli eşim Salih GÜÇLÜ'ye sonsuz saygı, sevgi ve şükranlarımı sunuyorum.

Hacer GÜÇLÜ

Yozgat, 2018

KISALTMALAR DİZİNİ

ATS/ERS Kriteri	: SFT Uygulama ve Değerlendirilmesinde Kullanılan Standart
BODE	: Beden Kitle İndeksi, Obstrüksiyon, Nefes Darlığı, Alevlenme
COPD	: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)
COPDSES	: Chronic Obstructive Pulmonary Disease Self-Efficacy Scale (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Öz-Etkililik Ölçeği)
CPAP	: Continuous Positive Airway Pressure (Sürekli pozitif hava yolu basıncı)
DAS	: Death Anxiety Scale (Ölüm Kaygısı Ölçeği)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FEV1	: Forced Expiratory Volume in One Second (1. Saniyede Zorlu Ekspiratuvar Volüm)
FVC	: Forced Vital Capacity (Zorlu Vital Kapasite)
GOLD	: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim)
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
SFT	: Solunum Fonksiyon Testi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n:170)	22
Tablo 2. Bireylerin KOAH ve Diğer Kronik Hastalıklara İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n:170).....	23
Tablo 3. Bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanlarının Dağılımı (n=170)	26
Tablo 4. Bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği'ne İlişkin Puanlarının Dağılımı(n=170)	26
Tablo 5. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Dağılımı (n=170)	27
Tablo 6. Bireylerin KOAH ve Diğer Kronik Hastalık Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Dağılımı (n=170)	29
Tablo 7. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Dağılımı (n=170).....	31
Tablo 8. Bireylerin KOAH ve Diğer Kronik Hastalık Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Dağılımı (n=170).....	32
Tablo 9. Bireylerin Yaş, Kullanılan Sigara Adeti, Hastalık Yılı, Atak Sayısı ve FEV1 Düzey Ortalaması İle KOAH Öz-Etkililik ve Ölüm Kaygısı Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar Ortalaması Arasındaki İlişkisi (n=170).....	33

İÇİNDEKİLER

YÖNERGEYE UYGUNLUK BELGESİ	I
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BELGESİ.....	II
TEZ KABUL TUTANAĞI.....	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	V
TEŞEKKÜR.....	VI
KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI	4
2.1.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Epidemiyolojisi	4
2.1.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Risk Faktörleri.....	5
2.1.3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Belirtileri	5
2.1.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Evreleri	6
2.1.5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tedavisi	7
2.1.6. Hemşirelik Bakımı	8
2.2. ÖZ-ETKİLİLİK.....	10
2.2.1. Öz-Etkililiğin Bireyler Üzerindeki Etkisi.....	10
2.3. ÖLÜM KAYGISI	13
2.4. KOAH, Öz Etkililik, Ölüm Kaygısı ve Hemşirelik Bakımı.....	14
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	17
3.1. ARAŞTIRMA SORULARI	17
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER.....	17
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN ve ÖRNEKLEMİ	17
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	18
3.4.1. Hasta Bilgi Formu	18
3.4.2. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu.....	18
3.4.3. Ölüm Kaygısı Ölçeği	19
3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	19

3.6. ARAŞTIRMAYA DÂHİL EDİLME KRİTERLERİ	20
3.7. VERİLERİN TOPLANMASI.....	20
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	20
3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	21
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	35
SONUÇLAR	42
KAYNAKÇA.....	45
EKLER.....	55
EK-1. Hasta Bilgi ve Rıza Formu	55
EK-2. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği.....	58
EK-3. Ölüm Kaygısı Ölçeği.....	60
EK-4. Etik Kurul İzni.....	61
Ek- 5. Kurum İzni.....	62
Ek- 6. Hasta Bilgi ve Rıza Formu.....	64
ÖZGEÇMİŞ	65

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) genel olarak zararlı gaz ve küçük parçacıklara maruziyet sonucunda gelişen hava yolları ve/veya alveoler anormalliklerin sebep olduğu inatçı solunum semptomları ve hava akımı kısıtlaması ile karakterize bir durumdur. KOAH önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olup, sürekli tıbbi izlem ve bakım gerektiren yaşam süresini ve kalitesini azaltan, iş gücü kayıplarıyla sosyal ve ekonomik yükü ağır olan kronik bir hastalıktır (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease[GOLD], 2017).

KOAH dünya genelinde önemli bir morbidite ve mortalite yaratarak 2015 yılında 3.17 milyon kişinin ölümüne neden olan ve tüm ölümlerin %5.0'ını oluşturan bir hastalıktır (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2017).2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına göre Türkiye’de, doktor tanımlı veya solunum fonksiyon testine (SFT) göre KOAH görülme sıklığı %5.0 olarak tespit edilmiştir. 40 yaş üstü 10 kişiden 1’inde KOAH görülmektedir(<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>). Türkiye İstatistik Kurumu raporlarına göre 2016 yılında ölüme sebep olan ilk altı hastalık grubunda %11.9 ile üçüncü sırada kronik solunum sistemi hastalıkları yer almaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2017).

Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi KOAH da nefes darlığı ve solunum güçlüğü gibi sorunların yanında sürekli sağlık kontrolü, ilaç kullanımı, oksijen kullanımı ve sık sık hastaneye yatışlar gibi etmenler nedeniyle geleceğe dair kaygıları artırır. Bütün bu sorunlar KOAH’lı bireylerin yaşamını fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal ve ekonomik olarak çok yönlü etkilemektedir. Ayrıca günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklara neden olarak bireylerin kendine güvenini ve öz-etkililiğini olumsuz etkilemektedir (Başyigit, 2010; Korkmaz ve Tel, 2010; Taytard ve Cousson, 1996; Ünsal ve Yetkin, 2005; Wells, Golding ve Burnam, 1988). Öz-etkililiğin öğrenme ve öğrendiklerini davranışa dönüştürme arasında önemli bir role sahip olduğu psikolog Albert Bandura tarafından vurgulanmıştır. Bandura'ya göre insanlar çevrelerini belirli yollarla etkilemekte, değiştirmekte ve çevre de insanların davranışlarını değiştirmektedir. Yine Bandura'ya göre bireylerin belirli bir sonucu elde etme yeteneklerine olan inançlarının gücü, bireylerin zor durumu ele almaya kalkışıp

kalkışmamalarını belirler. Bu yönden bakıldığında öz-etkililik algısı bireyin yapacağı veya kaçınacağı aktiviteleri belirlemede önemli role sahiptir (Bandura, 1977; Bandura, 2001). Öz-etkililik arttıkça bireyin hastalık yönetim çabası da daha güçlü ve istikrarlı hale gelebilir (Kara ve Mirici, 2002).

Öz-etkililik, KOAH'lı bireylerde semptomların etkin bir şekilde yönetilmesi için temel bir nitelik olarak tanımlanmıştır. Bu hastalarda öz-etkililik düzeyi yükseldikçe genel işlevsellik, yaşam kaliteleri ve beş yıllık sağ kalım oranının arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; Bentsen vd.,2010; Kaplan vd., 1984; Marino vd., 2008). Yapılan çalışmalarda düşük öz-etkililik düzeyine sahip olan hastaların solunum rehabilitasyon programını tamamlasalar bile, tedavi sürecini sürdürmede başarısız oldukları, yaşam kalitelerinin düşük ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Kaşıkçı, 2011; Lee vd., 2011). KOAH'lı bireyler, ciddi solunum güçlüğüne neden olacağını düşündükleri için, yapılacak aktiviteler az çaba gerektirse bile, dispne yaşamamak için bazı aktiviteleri yapmaktan kaçınırlar. Bu nedenle oluşan güven eksikliği, düşük öz-etkililik olarak ifade edilmektedir. Dolayısıyla KOAH'lı bireyler aktiviteyi gerçekleştirmek için fiziksel olarak yeterli olsalar bile, düşük öz-etkililikten kaynaklı günlük yaşam aktivitelerini yapmaktan sakınırlar (Kara ve Mirici, 2002). Hastalığa bağlı yaşanan dispneye fiziksel ve sosyal sınırlılıklarda eklendiğinde KOAH'lı bireyler; panik, kaygı ve ölüm korkusu gibi psikolojik sorunlar yaşayabilmektedir (Barnett, 2005; Tel Aydın, Tok Yıldız, Karagözoğlu ve Özden, 2012). Tel Aydın ve diğerlerinin yapmış olduğu fenomenolojik çalışmada da bir hastanın solunum sıkıntısı yaşadığında ölecek gibi olduğunu ifade ettiği belirtilmiştir (Tel Aydın vd., 2012).

Ölüm, kişinin hayati faaliyetlerinin kesin olarak sona erdiği önemli bir safhadır. İnsanın doğumu ve ölümü kendi elinde olmayan ve bunu kontrol altında tutamadığı bir olaydır. Hayat ve ölüm birbiri ile yakından ilişkilidir; çünkü yaşamın her adımı giderek kişiyi ölüme yaklaştırmaktadır (Çobanlı ve Salt, 2001; Tanhan, 2013). Ölüme karşı insanların gösterdiği tepkiler oldukça farklıdır. Ölüm kaygısı ise ölüm karşısında doğumda başlayıp hayat boyu devam eden ve sonrasında bir hiç olabileceğinin farkındalığı sonrasında gelişen bir duygudur (Cevizci, 1997; Karakuş, Öztürk ve Tamam, 2012).

Birçok düşünür ölüm kaygısını açıklamaya çalışmıştır. Erich Fromm iki türlü ölüm kaygısı olduğunu belirtmiştir. Birincisi, her insanın ölüm karşısında yaşadığı, ölmek zorunda olduğuna ilişkin normal korku; ikincisi ise, içinde var olduğu durumdan dolayı insanı sürekli tedirgin eden ölüm kaygısıdır. Erich Fromm, insanın içinde sürekli var olan ölüm kaygısını, hayatı iyi bir şekilde değerlendirememeye ve yaşam konusunda başarısız olmaktan korkmaya bağlı oluştuğunu ifade etmektedir (Hökelekli, 2008). Dolayısıyla hastalık ve hastalığa bağlı semptomlar, komplikasyon ve ataklarla sürekli yüz yüze kalan KOAH'lı bireyler yoğun ölüm kaygısı yaşayabilmektedirler. Hastalık semptom ve komplikasyonlarını yönetme sürecinde bireyin nasıl hissedeceğini, ne düşüneceğini ve nasıl davranacağını belirlemede önemli bir etkisi olan öz-etkililik algısı, olumlu sağlık davranışlarının başlatılmasında ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyicidir. Bireyin öz-etkililik algısının artması onun olumlu sağlık davranışları göstermesine neden olacaktır (Stuifbergen, Seraphine ve Roberts, 2000).

KOAH'lı bireylerin, öz bakımlarına yönelik öz-etkililik düzeylerinin ve KOAH'a uyumlarının tanınması, sağlık çalışanları tarafından sunulan bakımın bir parçası olmalıdır. Hemşirenin bireye kapsamlı bakım verebilmesi için bireyi fiziksel, psikolojik, sosyokültürel ve ekonomik yönleriyle ele alması, hastalık hakkında bilgi sahibi olması, bakımı bireye özgü planlaması ve uygulaması gerekir. Öz-etkililik düzeyinin yüksek olması, bireysel hastalık yönetiminin iyi olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilirken; düşük olması ise, etkili yönetimin sağlanmasında engel olarak görülmektedir. KOAH'lı bireylerin yaşayabileceği psikolojik sorunlardan biri olan ölüm kaygısıyla baş etmede öz-etkililik düzeylerinin artırılması hemşirenin rolleri arasında yer almaktadır (Aksayan ve Gözüm, 1998; Kara ve Mirici, 2002; Stuifbergen vd., 2000).

Bu araştırma; KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ve ölüm kaygısı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulguların KOAH'lı bireylerin öz-etkililik düzeylerini ve ölüm kaygılarını ortaya çıkarmada yararlı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalara bakıldığında KOAH'lı bireylerde öz-etkililik ve ölüm kaygısı düzeylerinin belirlenmesi ile ilgili çalışmaların sınırlı sayıda olduğu göz önünde bulundurulmuş ve çalışmanın literatürde önemli bir yol gösterici olabileceği düşünülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); genellikle zararlı gaz ve küçük parçacıklara aşırı maruziyet sonucu hava yollarındaki veya alveollerdeki anormalliklerin neden olduğu ısrarcı solunum semptomları ve hava akımının kısıtlanması ile karakterize, ilerleyici, yaygın, önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; GOLD, 2017).

KOAH'ın ayırt edici özelliği olan kronik hava akımı kısıtlanması; kişisel özelliklerin de katkısıyla kronik bronşit, küçük hava yolları obstrüksiyonu ve parankim harabiyetinin (amfizem) ortak etkileriyle meydana gelmektedir. Zararlı gaz ve partiküllerin akciğerde neden olduğu inflamatuvar yanıt, yapısal değişikliklere neden olarak hava yollarında daralmalara neden olmaktadır. Bunlara ek olarak akciğer parankiminin zarar görmesi, alveollerin küçük hava yollarına tutunma yollarında kayıplara yol açarak akciğerlerin elastikiyetini yitirmesine neden olur ve ekspirasyon sırasında hava yollarının açık kalmasını zorlaştırır (GOLD, 2013; Goldman ve Ausiello, 2006).

2.1.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Epidemiyolojisi

KOAH, tüm dünyada önemli ve giderek artan bir morbidite ve mortalite nedenidir. Buna karşın hastalık yeterince bilinmemekte, hastaların çoğu hastalıklarını nefes darlığı olarak bilmektedir. Bu hastalık için erken tanılamaya yapılamamakta çünkü çoğu hasta nefes darlığının en son aşamasında hastaneye başvurmakta, yanlış tanı konulmakta ve yeterince tedavi edilmemektedir. 2017 yılında düzenlenmiş Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2015 yılında bulaşıcı olmayan hastalıklar, dünya genelinde ölümlerin %70'ine neden olmaktadır. Bu oran düşük gelirli ülkelerde %37'den yüksek gelirli ülkelerde %88'e kadar değişkenlik göstermektedir. KOAH dünyada düşük ve orta gelirli ülkelerde ölüm nedenleri arasında 4. sırada iken yüksek gelirli ülkelerde 5. sıradadır (DSÖ, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine bakıldığında, KOAH'ın 40 yaş üstü yetişkinlerde görülme oranı %15-20'dir. Türkiye'de 2016 yılında en sık görülen ölüm nedenleri arasında solunum sistemi hastalıkları %11.9 ile 3. sırada yer almıştır (TÜİK, 2017).

2.1.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Risk Faktörleri

KOAH, genetik duyarlılık ile birlikte çevresel faktörlerinde birleşimiyle ortaya çıkan bir hastalıktır. Sigara kullanımı en önemli risk faktörlerinden biri olup hiç sigara içmeyen bireylerde de KOAH görülmesi olasıdır (Mannino, Homa, Akinbami, Ford, Redd, 2002; Mirici, 2004; Hansel ve Barnes, 2004). Mesleki maruziyet ve iç ortam hava kirliliği de önemli risk faktörlerindedir. Bunlara ek olarak düşük ekonomik düzey, yetersiz beslenme ve fiziksel egzersizin yetersizliği gibi diğer risk faktörleri ise hastalık gelişimini ve hastalığın seyrini etkileyen dolaylı faktörlerdir. Bunların yanı sıra pasif içicilik denilen çevresel tütün dumanına maruziyet ve dış ortam hava kirliliği KOAH gelişiminde daha az önemli görülmekte ve hastalığın ilerlemesine neden olmaktadır (Akgün, 2013; Türk Toraks Derneği, 2014; Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu, 2013; Yin vd.,2007).

KOAH Gelişimi ile ilgili risk faktörleri

Çevresel Faktörler	Konakçıya Ait Faktörler
Sigara İçimi (Aktif, pasif, Annenin sigara içimi)	Alfa-1 antitripsin eksikliği
Sosyoekonomik faktörler/yoksulluk	Genetik faktörler
Mesleki maruziyet	Aile öyküsü
İç ortam hava kirliliği	Düşük doğum ağırlığı
Dış ortam hava kirliliği	Cinsiyet
Akciğer büyüme ve gelişimi	İrk
Oksidatif stres	
İnaktif yaşam	

2.1.3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Belirtileri

Dispne: KOAH'ın en sık görülen belirtisidir (Viegi vd., 2007). Hatta hastaların çoğunluğunu hastaneye götüren temel bir belirtidir. Bireylerin nefes almasını güçleştiren aktivitelerini sınırlandıran, kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen semptomdur. KOAH'ın ilk evrelerinde aktivite ile ortaya çıkan dispne; KOAH'ın ileri

evrelerinde birey dinlenirken bile vardır (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; GOLD, 2013). Bireyler bazı aktivitelerden kaçınırlar ya da bazen aktiviteleri daha yavaş yaparak dinlenirler. Dolayısıyla KOAH'lı bireyler farkında olmadan dispne oluşmasını önlemek için yaşam şekillerini değiştirirler. Bu da kişilerde sakatlık/yetersizlik, anksiyete gibi sorunların oluşmasına neden olmaktadır (Çil Akıncı ve Pınar, 2011; GOLD, 2017).

Kronik öksürük: KOAH'ın ilk belirtisidir. Bireyler genelde öksürüğü önemsemez. Öksürük başlarda aralıktır ancak giderek sıklaşır. Öksürüğün asıl nedeni, inflamatuvar hücrelerden salınan maddelerin hava yollarındaki sinir uçlarını etkilemesinden kaynaklanır. Ayrıca sekresyon artışı da öksürüğe neden olur (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; GOLD, 2017).

Balgam: KOAH'ta balgam genelde koyu kıvamlı, beyaz-gri renkte ve yapışkan özelliktedir. Başka bir nedene bağlı olmaksızın, en az iki yıl boyunca üç veya daha fazla ay devamlı balgam çıkartma kronik bronşitin tanımıdır. Başlangıçta azdır, ilerleyen evrelerde daha sık ve daha fazla balgam çıkarılır (GOLD, 2017).

Weezing: Solunum sırasında soluk verirken çıkarılan hırıltı sesidir. Erken görülen belirtilerendir. Genelde egzersizle ortaya çıkar (Günen vd.,2008; Türk Toraks Derneği Uzlaşma Raporu, 2010).

Kardiyovasküler semptomlar: KOAH'ın ağır evrelerinde sağ kalp yetmezliği ve korpulmonale nedeniyle periferik ödem ve diğer semptomlar görülür (Bal Özkaptan ve Kapucu,2015; Booker, 2010).

Diğer semptomlar:KOAH'ın ağır evrelerinde iştahsızlık, kilo kaybı, yorgunluk, aktivite intoleransına bağlı kas zayıflığı, yine hareketsizliğe bağlı sindirim sisteminde değişiklikler, anksiyete, depresyon, ölüm korkusu gibi semptomlar görülmektedir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; GOLD, 2013).

2.1.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Evreleri

Kronik Obstrüktif akciğer hastalığına karşı küresel girişim (GOLD) 2013 güncellemesine göre solunum fonksiyon testi değerlerine göre hastalığın evreleri aşağıdaki tabloda verilmiştir. KOAH tanısının konulabilmesi için solunum fonksiyon testleri yeterli değildir. Ayrıca tanı konulurken akciğer filmi, solunum sayısı, oksijen

saturasyonu, arteriyel kan gazı ölçümü de başvuru olan diğer parametrelerdir. Buna ek olarak bireylerde görülen semptomların değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastada dispne, balgam çıkarma, öksürük gibi belirtilerin varlığı tanı koymada önemlidir (Bal Özkaptan ve Kapucu,2015; GOLD, 2017).

GOLD'a Göre Bronkodilatatör Sonrası FEV1 Temelinde KOAH Şiddetinin Spirometrik Sınıflaması (FEV1/FVC'nin <0.70 Olan Hastalarda)

EVRELER	ÖZELLİKLERİ
Evre I- Hafif	FEV1 beklenenin \geq %80'i
Evre II- Orta	FEV1 beklenenin \geq %50'si ile <%80'i
Evre III- Ağır	FEV1 beklenenin \geq %30'u ile <%50'si
Evre IV- Çok ağır	FEV1 beklenenin <%30'u

2.1.5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tedavisi

KOAH tedavisinde amaç; hastalığın ilerlemesini durdurmak, semptomları ortadan kaldırmak, atakları azaltmak, komplikasyonları önlemek ve mortaliteyi azaltmaktır. Tedavinin amaçlarına ulaşabilmesi için öncelikle risk faktörlerini ortadan kaldırmak, bireyde var olan semptomlara yönelik tedavi planı düzenlemek, uygulamak ve takip etmek gerekir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; GOLD, 2013; Mirici, 2004).

KOAH'ta tedavi 5 ana başlıkta toplanabilir:

- Farmakolojik tedavi (bronkodilatörler, inhale kortikosteroidler, mukolitikler, kombinasyon tedavileri, aşılar, antibiyotikler).
- Non-farmakolojik tedavi (Fiziksel aktivite, Pulmoner rehabilitasyon: egzersiz eğitimi, sigarayı bırakma, beslenme danışmanlığı ve KOAH konusunda temel eğitim, tedavi yaklaşımı ve ilaç tedavisi ile ilgili eğitim, öz bakım becerilerini geliştirme eğitimi, ne zaman destek talepte bulunulmasına ilişkin eğitim, alevlenmeler sırasında karar alma gibi eğitimler).
- Oksijen tedavisi

- Non-invaziv mekanik ventilatör (Sürekli pozitif hava yolu basıncı (CPAP)).
- Cerrahi tedavi (Akciğer hacim azaltma, bronkoskopik akciğer hacim azaltma, akciğer transplantasyonu, büllektomi) (GOLD, 2013; 2017).

Tedavide hedefler

Tedavide asıl hedef KOAH gelişimi ile ilgili risk faktörlerini belirlemek ve bu faktörler arasındaki etkileşimi anlayabilmek ve KOAH'ın görülme sıklığını ve yükünü azaltmak için uygun stratejiler geliştirmek açısından önemlidir. Çünkü günümüzde KOAH'da iyileşme sağlayan hiçbir tedavi yöntemi yoktur ve mevcut tedaviler de temel olarak hastalığı değil semptomları, alevlenmeleri, akciğer fonksiyonlarını ve yaşam kalitesini iyileştirici niteliktedir. Bu nedenle de ilaç tedavisi yaşam boyu devam etmektedir. Tüm bu nedenlerden dolayı KOAH gelişimini önlemek için, hastalığın gelişmesini kolaylaştıran faktörlere yönelik önlemlerin alınması önemlidir (Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 KOAH Raporuna Bakışı, 2017).

Bunun için;

- Sağlığın sosyal belirleyicilerinin iyileştirilmesi,
- Gebelik, yeni doğan ve yetişkin dönemlerinde risk faktörlerinin azaltılması (örneğin bireylerin sigara kullanmaması, sigara kullanıyorsa bırakılması, iç ve dış ortam hava kirliliğinin önlenmesi, meslektan dolayı maruz kalmanın giderilmesi gibi),
- Uygun kilonun korunması,
- Düzenli fiziksel aktivite,
- Aşılama gerekmektedir.(Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 KOAH Raporuna Bakışı, 2017).

2.1.6. Hemşirelik Bakımı

Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 KOAH raporuna bakıldığında KOAH'ın tedavisinde en önemli faktörün KOAH oluşumunu etkileyen risk faktörlerini belirlemek ve bu faktörleri ortadan kaldırmak olduğu görülmektedir. Dolayısıyla KOAH tedavisinin başarısında sağlık profesyonellerinin ekip anlayışı içerisinde bütüncül hasta bakımının sürekliliğini sağlaması gerekmektedir.

Tedavi hedeflerine ulaşmak için sigara kullanımının önlenmesi, hasta eğitimi, bireysel yönetim, solunum egzersizleri, fiziksel egzersizler, beslenme, uyku, psikolojik, sosyal ve davranışsal gelişim ve bunlar üzerinde kontrolün sağlanmasında hemşireye büyük sorumluluklar düşmektedir. Yine gerek hastanın farmakolojik tedaviye uyumunda gerekse hastanın bireysel yönetimini sağlamada yardımcı etken olan öz-etkililik düzeyinin artırılması hususunda hemşirenin rolleri büyüktür. KOAH'lı bireylerin evde bakım eğitim konularını; ilaç tedavisi, oksijen tedavisinin eğitimi, solunum egzersizleri, beslenme, stresle başa çıkma, sigarayı bırakma, zararlı gaz ve partiküllerden uzak durma gibi başlıklar altında toplamak mümkündür (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; Kara ve Mirici, 2002; Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 KOAH Raporuna Bakışı, 2017).

KOAH'lı bireylerde belirlenen sorunlara verilebilecek bakımda, bireylere konulabilecek başlıca hemşirelik tanıları şu şekilde sıralanabilir;

- Hava yolu açıklığında yetersizlik
- Aktivite intoleransı
- Sıvı volüm artışı ya da eksikliği
- Uyku düzeninde bozulma
- Yorgunluk
- Bireysel baş etmede yetersizlik
- Tedavi rejimini yönetmede yetersizlik
- Beden gereksiniminden az beslenme
- Anksiyete
- Konstipasyon
- Seksüel örüntülerde değişim
- Rol performansında etkisizlik
- Sosyal izolasyon
- Korku
- Bilgi eksikliği

- Öz bakım eksikliği
- Düşük benlik saygısı (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; Kara ve Mirici, 2002)

2.2. ÖZ-ETKİLİLİK

Öz-etkililik ilk kez 1977 yılında psikolog Albert Bandura tarafından kuram olarak ileri sürülmüş ve “bireyin bir davranışı başarılı bir şekilde yapabilme inancıdır” şeklinde ifade edilmiştir (Bandura,1982). Başka bir anlatımla, öz-etkililik bireyin güçlüklerle karşılaştığında içinde bulunduğu güç durumların üstesinden gelmede ne kadar başarılı olabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı, inancıdır. Öz-etkililik, Bandura'nın sosyal öğrenme kuramında öne çıkan önemli bir kavramdır (Gözüm ve Aksayan, 1999). Bu kavram; hemşirelik ve psikoloji alanında, sağlık ile ilgili davranışların göstergesi olarak sıklıkla kullanılmaktadır (Kear, 2000). Kurama göre; davranışın oluşmasında hem iç faktörler hem de sosyal çevrenin etkisi olduğundan davranışı anlayabilmek için hem birey hem de çevre birlikte ele alınmalıdır. Kuramın ana temasında ise bireylerin kendilerini geliştirmelerinde bireylerin yaşamlarında aktif rol almaları gerektiğine yer verilmektedir (Bayrakçı, 2007). Yüksek öz-etkililik düzeyine sahip olan bireyler, güçlükler ve karmaşık olaylar karşısında daha fazla çaba gösterirler, hedefleri daha yüksektir ve buna ulaşmak için daha fazla çaba gösterirler (Bandura, 2001). Bununla birlikte öz-etkililik; kronik hastalığa sahip bireyin hastalığı ve yaşadığı semptomları göz önüne alarak, yapabileceği davranışları gerçekleştirebilme algısı olarak da ifade edilebilir.

2.2.1.Öz-Etkililiğin KOAH'lı Bireyler Üzerindeki Etkisi

Öz-etkililik düzeyi yüksek olan bireyler tedavi sürecine daha olumlu düşünce ile yaklaşırken yapacak oldukları davranışları daha istekli yerine getirirler. Bunun tam tersi yeteneklerine güvenmeyen bireyler ise yapacakları davranışlardan kaçınırlar ya da küçük bir aksilikte vazgeçerler. Bireylerin kendi yeteneklerine olan inancını anlatan öz-etkililiğin bireyler üzerinde birçok olumlu etkileri vardır. Örneğin; öz-etkililik algısı yüksek olan bireyler; daha yüksek hedefler belirleyip hedeflerine ulaşabilmek için daha

fazla çaba harcarlar; bireylerin başladıkları işi bitirme hissi yüksektir ve bu his bireylerin işlemleri kavrayabilmesini kolaylaştırır. Daha karmaşık ve riskli görevleri seçerler; engellerle karşılaştıklarında daha çabuk toparlanabilirler; gelecek için daha olumlu bir bakış açısına sahip olurlar. Öz-etkililik algısı daha düşük olan bireylerde de bu durumların tam tersi söz konusudur (Kara ve Mirici, 2002).

Öz-etkililik algısı, kronik hastalıklarda sağlığı geliştirme davranışlarının önemli bir bileşenidir. Hastalık yönetiminde olumlu sağlık davranışlarının benimsenmesinde ve tedaviye uyumun sağlanmasında oldukça önemlidir (Yiğitbaş ve Yetkin, 2003). Bandura'ya göre davranışı etkileyen faktörler etkililik ve sonuç beklentisidir. Bireyin belirli bir davranışı başarılı bir şekilde yapabilme inancı öz-etkililik ilkesini anlatırken, bir davranışın sonucunda gelişebilecek durumu tahmin etmek de sonuç beklentisini anlatmaktadır (Bandura, 1977; Kara ve Mirici, 2002). Örneğin KOAH'lı bir bireyin koşma eylemini gerçekleştirmemesi o bireyin bu eylemi gerçekleştirme inancının düşük olduğunu gösterirken; eylem sonrasında nefes darlığı çekeceğini tahmin etmesi de sonuç beklentisinin göstergesidir. Dolayısıyla bireyler herhangi bir davranışı yapamayacaklarına inanırlarsa, bu davranışa başlamayacak, başlasalar bile o davranışı yapmada ısrarcı olmayacaklardır. Aynı şekilde birey davranışın sonuçlarının olumsuz olduğuna inanırsa bu davranışı yapmaya gücü yetse bile o davranışı gerçekleştirmekten çekinecektir. Sonuç olarak bireylerin öz-etkililik algısı, davranışı yapıp yapmama konusunda seçimlerini etkilemektedir denilebilir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; Kara ve Mirici, 2002).

Kronik bir hastalık olan KOAH'ta; tedavi sürecinin başarılı yönetilebilmesi için, KOAH'lı bireyler kendi öz bakımını üstlenerek semptomlarla baş edebilecek düzeyde inanç, bilgi ve beceriye sahip olmalıdır (Bal Özkaptan ve Kapucu 2015; Lee vd., 2014; Song ve Nam, 2017). KOAH'lı bireyin sağlıklı bir şekilde yaşamını sürdürebilmesi; semptom, tedavi, fiziksel ve psikososyal sonuçları yönetme ve yaşam tarzı değişikliklerini yapabilme gücüne dayanmaktadır. Etkili bir şekilde kendi kendine yönetim; hasta eğitimi, karar alma desteği, kendini izleme ve psikolojik ve sosyal destek içermelidir (Lee vd., 2011; Lee vd., 2014; Song ve Nam, 2017). Bütün bunların oluşturulmasında kişinin öz-etkililiği ön plana çıkmaktadır. Kronik bir hastalık olan KOAH yönetimi, sadece önerilen tedaviye uyumu değil aynı zamanda bireyin davranış değişiklikleri yapmasını da içerir. Sağlık profesyonelleri tarafından kanıta dayalı olarak

önerilen davranışsal hedeflere ulaşabilmenin anahtarı ise “öz-etkililik” kavramıdır. KOAH’lı bireylerin karmaşık tıbbi tedavi ve bakıma uyum sağlayabilmeleri için yeterli düzeyde öz-etkililiğe sahip olmaları gerekmektedir. Hastalığın yönetiminde daha çok sorumluluk alan kronik hastalıklı bireylerin tedaviye uyumlarının ve yönetimlerinin daha iyi olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2016; Bentsen vd., 2010; Kaplan vd., 1994; Kılıç ve Arslan 2016; Marino vd., 2008). Öz-etkililik, öz bakım davranışının temelini oluşturmaktadır (Wu vd., 2013). Yine öz-etkililik ile ilgili yapılan çalışmalarda öz-etkililiğin anksiyete ve depresyonla ters yönlü bir ilişki içerisinde olduğu, öz-etkililiğin arttığı durumlarda depresyon ve anksiyete görülme sıklığının azaldığı belirtilmektedir (Song ve Nam, 2017; Tahmassian ve Moghadam, 2011; Wendling ve Beadle, 2015). KOAH, bireyin yaşam boyu kendi tedavisini yönetmesini ve yaşam şekli değişikliği yapmasını gerektirmektedir. Hemşire, KOAH’lı bireyin öz bakımını yapabilmesi için öncelikle öz yönetim ve öz-etkililik geliştirmesinde etkin rol üstlenmelidir. Hemşire; KOAH’lı bireylerin evde ve hastanedeki bakımını vererek bireylerin hava yolu açıklığını sağlayarak oksijen ihtiyaçlarının üst düzeyde karşılanmasına destek olmalı, uyku düzeninin sağlanmasına katkıda bulunmalı, stresle başa çıkmada destek olarak anksiyetenin azalmasını sağlamalı, beden gereksinimine göre beslenmesini sağlamalı, bireye özgü bakım planı yaparak KOAH’lı bireylere öz bakımını konusunda eğitim vermeli, hastanın neyi nasıl yaptığı değerlendirilmeli, bireylerin tedavi ve bakımları üzerinde kendilerini söz sahibi olduklarını hissettirmelidir. Hastanın bütün bu durumlara uyum sağlayabilmesi ve yapabilmesi için öz-etkililik algısı geliştirilmelidir (Akdemir ve Birol, 2005; Kaptein, Fischer, Scharloo, 2014).

2.3 ÖLÜM KAYGISI

Çağlar boyu insanoğlu ölüm hakkında birçok düşünce geliştirmiş ve ölümün anlamı bakımından çok net sonuçlara varamamıştır. Bazı bilim adamları ölümü “yok olma” olarak adlandırırken bazıları ise “biçimi değiştirme” olarak adlandırmıştır (Koç ve Sağlam, 2008). Tıbbi açıdan ise ölüm, yaşam fonksiyonlarının temeli olan kalp ve beyinin geri dönüşsüz olarak fonksiyonlarını yitirmesidir (Kızılkaya ve Koştu, 2006). Ölüm düşüncesinin insan yaşamına etkisi kaçınılmazdır; önemli olan bu düşüncüyü kontrol altında tutabilmektir. Aşırı, kontrolsüz ve patolojik olan ölüm düşüncesi insanın duygusal, bilişsel ve davranışsal yapısını olumsuz yönde etkilemektedir. Bundan dolayı ölüm düşüncesinin aşırıdan uzak ve kontrollü olabilmesi gerekir. Ölüm karşısında geliştirilen tutumlar ne kadar dengeli ve kontrol altında olursa bireydeki kaygı düzeyi de o denli kontrol altında olacaktır (İnci ve Öz, 2009).

Ölüm kaygısının temelinde; ölümün deneyimlenememesinden kaynaklı belirsizlik, yalnız kalma korkusu, yakınlarından ayrılma, kişisel kimliği kaybetme, ölüm sonrası cezalandırılma ya da ne olacağını bilememe, ağrı yaşama, bedenini ve benliğini kaybetme, yok olma ve geride kalanlar için endişelenme gibi faktörler yatmaktadır. Ayrıca her bireyde ölüm kaygısının kaynağı aynı olmayabilir (Öztürk, Karakuş ve Tamam, 2011; Yıldız 2001). Bazı çalışmalarda ölüm kaygısının yaşa, cinsiyete, kişilik özelliklerine, fizyolojik ve psikolojik hastalıkların varlığına, geçmişte yaşamış olduğu ölümle alakalı deneyimlerine, sosyokültürel özelliklere, medeni durum gibi etkenlere bağlı olarak değiştiği görülmektedir (Abdel-Khalek ve Tomas-Sabado, 2005; Morris, 2002; İnce ve Işıl, 2011; Öztürk, Karakuş ve Tamam, 2011).

Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi KOAH’da bireylerin organlarında ilerleyici işlev bozukluklarına neden olarak bireylerde ümitsizlik, anksiyete, kaygı ve korkuya neden olmaktadır (Taytard, Cousson, 1996; Wells, Golding, Burnam; 1988). Fizyolojik rahatsızlığı olan bireylerde ölüm kaygısı düzeyi iki durumda en üst düzeye ulaşır. Birinci durumda hastalığının son döneminde olduğunu öğrenen kişide ölüm kaygısı üst düzeydedir; bu bireyde depresyon ve öz kıyım düşünceleri gelişebilir. İkinci durumda ise fizyolojik rahatsızlıklardan kaynaklı semptomlar ve bu semptomları kontrol edememe duygusu, sakat kalma düşüncesi ve işlevsellikte azalmaya bağlı olarak ölüm kaygısı en üst düzeyde hissedilebilir (Kastenbaum, 2007). Buna karşın Öztürk ve

arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada fiziksel rahatsızlığı olan bireylerde her zaman ölüm kaygısı görülmediği saptanmıştır (Öztürk, Karakuş ve Tamam, 2011). Bütün bunların yanında hastalığın iyileştirilmesi için bireyde öz-etkililiğin geliştirilmesi ve bireyin öz bakımını yapabilmesi ölüm kaygısını azaltabilir.

2.4. KOAH, ÖZ ETKİLİLİK, ÖLÜM KAYGISI ve HEMŞİRELİK BAKIMI

KOAH başta olmak üzere tüm kronik hastalıklar bireyin tüm yaşamını olumsuz etkilemekte, uzun süreli bakım gerektirdiği için bireyin yaşamını kısıtlamakta ve öz bakım gereksinimini önemli düzeyde artırmaktadır. Bu nedenle kronik hastalığı olan bireylerin sağlık durumu etkilendiği için öz bakımı da etkilenmektedir. KOAH'lı hastalarla yapılan çalışmalarda hastalar, dispneyi; anksiyete, panik ve korkuya neden olduğu için kendilerine en çok rahatsızlık veren belirti olarak tanımlamışlardır (Barnett, 2005). Ayrıca dispne ve buna bağlı ortaya çıkan aktivite intoleransının günlük yaşam aktivitelerini engellediğini ve sosyal aktivitelerini azalttığını belirtmişlerdir. KOAH'ta artan dispne zamanla anksiyeteye, depresyona, sosyal izolasyona, ölüm kaygısı ve korkusuna neden olmaktadır (Gysles ve Higginson, 2008; Seamark, Blake ve Seamark, 2004; Tel Aydın vd., 2012). KOAH nedeniyle bireylerin aile ilişkileri etkilenmekte ve yaşam kaliteleri düşmektedir (Hasson vd., 2008). Hastaların ve ailelerin yaşamını çok ciddi şekilde etkileyen KOAH'ta, hastalık sürecinin etkilerinden dolayı hastanın öz-etkililiği ve öz bakımını sürdürme durumları etkilenmektedir.

Kronik solunum yolu hastalıklarında hastaların yaşadığı dispne ve buna bağlı ortaya çıkan hipoksi, hiperkapni, hiperventilasyon ve solunum yetmezlikleri beyinin işlevlerini etkileyerek, ölüm kaygısına neden olmaktadır. En yaygın yaşanan bozukluk olan kaygı hiperventilasyona yol açar; hasta dispneye bağlı daha fazla endişe duyar ve korku gelişir. Buna bağlı olarak bu hastalarda uyum güçlükleri, kaygı bozuklukları, panik bozukluk, depresyon ve kişilik değişiklikleri görülebilir (Özdemir ve Taşcı, 2013). KOAH tedavisinde kullanılan bronkodilatör, semptomimetik, dekonjestanlar ve oksijen tedavisi de kaygı, depresyon vb. durumlara yol açabilir. Ayrıca KOAH'lı bireylerin kronik dispne ve hipoksiye bağlı ortaya çıkan ilerleyici fiziksel güç kaybı, kişilerarası ilişkiler, sosyal etkinlikler ve mesleğini yürütme güçlüğü gibi sorunlar yaşaması ve bunlara yönelik öz-etkililik geliştirememesi hastanın benlik saygısını ve kendine

güvenini azaltarak ölüm kaygısını daha da arttırır (Korkmaz ve Tel, 2010). KOAH'ta gelişen nefes darlığı, bireyin öz bakım gücünü ciddi derecede etkilediğinden gereksinimini tam olarak karşılayamayan bireyin öz güveninin azalmasına neden olacaktır. Bireyin özgüvenini arttırmak için öz-etkililik geliştirmesi gerekir. Böylece KOAH'lı birey herhangi bir aktiviteyi gerçekleştirmek için fiziksel olarak yeterli olsa bile, düşük öz-etkililiğin sonucu olarak günlük yaşam aktivitelerini sınırlamasına neden olur. Bu nedenle KOAH'lı bireylerin yaşanan semtomlarla baş edebilmeleri için öz-etkililik düzeylerinin arttırılması oldukça önemlidir. Bu noktada gerek KOAH'ın yönetimi konusunda gerekse KOAH'lı bireylerin öz bakım gereksinimlerinin karşılanması ve öz-etkililik düzeylerinin yükseltilebilmesi konusunda hemşirelere büyük görevler düşmektedir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; Lee vd., 2014).

KOAH'lı bireylerde öz bakım gücü ve öz-etkililik düzeyinin azalmasına neden olan dispne, aynı zamanda bireyde panik, kaygı ve ölüm korkusuna neden olmaktadır (İnce ve Işıl 2011). Hastalığın getirdiği zorluklarla her zaman iç içe olan KOAH'lı bireyler, fiziksel ve sosyal sınırlılıklar nedeniyle de ruhsal yönden olumsuz etkilenmekte ve bu sınırlılıklar depresyon, kaygı, ölüm korkusuna zemin hazırlamaktadır.

KOAH'lı bireylerde belirlenen bazı sorunlara yönelik hemşirelik girişimleri;

Aktivite İntoleransı: Hemşire, bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi için; bireyi desteklemeli, ona uygun bakım ve eğitim vermelidir.

Sosyal izolasyon: Hemşirenin öncelikle bireyin neden kendisini çevresinden soyutladığını belirlemesi gerekir. Sosyal izolasyona neden olan durum belirlendikten sonra bu durumu ortadan kaldırmaya yönelik bireyle birlikte plan düzenlenmeli. Hemşire, bireyi çevresiyle etkileşim halinde olması için cesaretlendirip desteklemelidir.

Tedavi rejimini etkisiz yönetme: Hemşire bireye hastalığı hakkında yeterli bilgiyi vermeli, bireyin hangi durumlardan kaçınması gerektiği, atak döneminde neler yapması gerektiği, tedavisi ve ilaç kullanımının nasıl olması gerektiği konularında bireye eğitim vermelidir. Bireyin öz güvenini arttırmak için bireye destek olmalıdır.

Öz bakım eksikliği: Bireyin hangi durumlarda güçlük çektiği belirlenerek birey kendi bakımını yapabilmesi için desteklenmeli. Kendisini aktivite yönünden kısıtlamaya çalışan bireyi destekleyerek davranışı yapabileceği konusunda onu cesaretlendirmelidir.

Anksiyete: Hemşire, bireyin hangi durumlarda anksiyetesinin arttığını bireyle birlikte belirlemelidir. Bireyin etkin baş etme yöntemlerini ve etkin olmayan (sigara içmek gibi) baş etme yöntemlerini belirlemeli ve bireyi bu konuda desteklemelidir.

Rol performansında etkisizlik: Hemşire, bireyin ailesine hastalık hakkında bilgi vermeli, bireye öz güvenini artırıcı, bireyin yapabileceği görevler vererek onun cesaretlendirilmesi konusunda hasta yakınlarına eğitimler vermelidir. Hemşire, bireyin duygularını ifade etmesi için bireyi desteklemelidir.

Korku: Hemşire, bireyin duygularını ve neden korktuğunu ifade etmesini sağlamalı, bireyde korkuya neden olan durumları belirleyerek etkin baş etme yöntemleri geliştirmesi konusunda bireyi desteklemelidir.

Düşük benlik saygısı: Hemşire, bireyin duygularını ifade etmesini sağlamalıdır. Bireyin sağlığı ile ilgili değişimlere uyum sağlaması için bireye eğitim verilmelidir. Birey yapabildiği, başarabildiği davranışlara yoğunlaştırılarak bireyin öz güveninin yükselmesi desteklenmelidir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; Kara ve Mirici; 2002).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Yozgat Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde KOAH tanısı ile yatan ve Göğüs Hastalıkları polikliniğine ayaktan başvuran hastaların öz-etkililik ve ölüm kaygısı düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.1. ARAŞTIRMA SORULARI

- 1- KOAH olan bireylerde öz-etkililik düzeyi nedir?
- 2- KOAH olan bireylerde ölüm kaygısı düzeyi nedir?
- 3-KOAH olan bireylerde öz-etkililik ile ölüm kaygısı arasında ilişki var mı?

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Bu çalışmada Yozgat İli Kamu Hastaneleri Birliği Yozgat Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi'nde yapılmıştır. Yozgat Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi 24 yataklıdır. Serviste, 3 göğüs hastalıkları uzmanı, 6 hemşire, 4 temizlik görevlisi görev yapmaktadır. Serviste bir sorumlu hemşire bulunmakta, hemşireler başhemşireliğe bağlı görev yapmaktadır. Serviste genel hastane kuralları gereği her gün saat 11.00 ile 14.00 arası hasta ziyareti yapılabilmektedir. Hastalar serviste ortalama bir hafta tedavi görmektedir ve hasta yakınları, refakatçi olarak hastalarının yanlarında kalabilmektedir. Hemşireler tarafından hastalara KOAH öz bakımı konusunda kısa eğitimler yapılmaktadır.

3.3.ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini 1 Aralık 2015-1 Haziran 2016 tarihler arasında Yozgat Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi'nde KOAH tanısı ile yatan ve göğüs hastalıkları polikliniğine ayaktan başvuran hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleme ise Yozgat Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi'nde 1 Aralık 2015- 1 Haziran 2016 tarihleri arasında yatarak tedavi alan, ayaktan muayene olan, araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan ve çalışmaya

katılmayı kabul eden KOAH tanısı olan 170 hasta alınmıştır. Verilerin toplanmasına servis ve poliklinikte tekrarlı hasta gelişlerine kadar devam edilmiştir.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada yüz yüze görüşme yoluyla hasta bilgi formu (Ek 1), KOAH öz-etkililik ölçeği (Ek 2) ve ölüm kaygısı ölçeği (Ek 3) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Hasta Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak (İnce ve Işıl, 2011; Kara ve Mirici, 2002; Lee, vd., 2014; Onur, 2014; Tekin Yanık, 2016; Uçakan, Zincir ve Zararsız, 2015; Vatansever ve Ünsar 2014; Yılmaz, 2011) KOAH'ı olan bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, tanısı, hastalığın süresi, aile yapısı, birlikte yaşadığı kişiler, sosyal güvencesi, KOAH derecesi, SFT değeri, kullandığı ilaçlar, başka kronik hastalık varlığı gibi bilgileri içeren sorulardan olacak şekilde hazırlanmıştır.

3.4.2. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu

Wigal ve diğerleri (1991) tarafından geliştirilen ve ülkemizde geçerlilik güvenilirliği Kara ve Mirici (2002) tarafından yapılmış olan KOAH öz-etkililik ölçeği (The COPD Self Efficacy Scale) KOAH'lı hastaların bazı aktiviteler esnasında solunum güçlüğüne yönetme veya sakınmaya ilişkin güven derecesini belirleyecek 34 madde ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba, hava/çevre etkisi ve davranışsal risk faktörlerinden oluşmaktadır. *Olumsuz etki alt boyutu* stresli durumlarda solunum güçlüğüne yönetmeye ilişkin güven derecesini ölçer. *Duygusal durum alt boyutu* kızgınlık, korku ve yaşama ilişkin distres durumlarında solunum güçlüğüyle baş etmeye ilişkin güven derecesini belirler. *Fiziksel çaba alt boyutu* çok hızlı merdiven çıkma ve soğuk hava koşulları gibi solunum güçlüğüne sebep olabilecek durumlarla baş etmeyi değerlendirir. *Davranışsal risk faktörleri* alt boyutu ise diyet ve tedaviye uymama ve dispne gibi davranışları ölçer. Ölçek maddeleri çok güvenli=5'ten, hiç güvenli değil=1'e kadar sıralanarak 5'li Likert Tipinde puanlanmıştır.

Wigal ve diğerleri test-tekrar test güvenilirliğini $r=0.77$, iç tutarlılığı 0.95 (Cronbach's alpha) olarak belirlemişlerdir (Wigal vd., 1991).

KOAH öz-etkililik ölçeği Türkçe formunun 5 alt boyutun her birinin puanı verilen yanıtların toplanması ile hesaplanmaktadır. Sonra toplam puan genel puanı elde etmek için alt ölçeği oluşturan madde sayısına bölünmekte ve puan yükselmesi belirlenen durumlarda solunum güçlüğünü yönetmeye veya sakınmaya ilişkin güven derecesinin artması olarak yorumlanmaktadır. KOAH öz-etkililik ölçeği Cronbach's alpha =0.94 bulunmuştur (Kara ve Mirici, 2002). Bu çalışmada Cronbach's alpha =0.75 bulunmuştur.

3.4.3. Ölüm Kaygısı Ölçeği

1970 yılında Templer tarafından geliştirilmiş ve ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şenol tarafından 1989 yılında yapılmıştır. Bireyin kendi ölümü ve ölüm riski ile ilgili kaygı ve korkularını ölçen, 15 maddelik, doğru-yanlış şeklinde cevaplanan bir ölçektir. Ölçekteki ilk 9 maddeye verilen her bir "evet" yanıtı için "1", "hayır" yanıtı için ise "0", diğer 6 maddeye verilen her bir "hayır" yanıtı için "1", "evet" yanıtı için "0" puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanların toplamı, ölüm kaygısı puanını vermektedir. Ölçekten alınan en yüksek puan 15'tir. 0-4 puan "hafif düzeyde", 5-9 puan "orta düzeyde", 10-14 puan "ağır düzeyde", 15 puan "panik düzeyde" ölüm kaygısı olarak değerlendirilir. Ölçeğin Cronbach's alpha değeri 0.83 olarak bulunmuştur (Şenol, 1989). Bu çalışmada Cronbach's alpha değeri 0.76 tespit edilmiştir.

3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

KOAH olan hastaların sosyo-demografik özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır. KOAH öz-etkililik Ölçeği'nden ve ölüm kaygısı ölçeği'nden alınan puan ortalamaları ise bağımlı değişkenleri oluşturmuştur.

3.6. ARAŞTIRMAYA DÂHİL EDİLME KRİTERLERİ

Araştırma kapsamına, Yozgat merkez ve ilçelerinde ikamet eden, 40 yaş üstü, KOAH tanısı ile tedavi edilmekte olan, bilinci açık, görme-ışitme kaybı gibi iletişim engeli olmayan, 2005 ATS/ERS kriterlerine göre reversibiliteli solunum testine göre FEV₁/FVC <%70 olan, algılama bozukluğu olmayan, anksiyete ve depresyon tedavisi almayan ve araştırmaya katılmayı yazılı ve sözlü olarak kabul eden hastalar örnekleme dâhil edilmiştir.

3.7. VERİLERİN TOPLANMASI

Kurum (Ek 5) ve etik kurul izni (Ek 4) alındıktan sonra çalışmanın yapılacağı servisteki sağlık personeli ile görüşülerek araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiştir. Yozgat Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi'nde yatan, göğüs hastalıkları polikliniğine ayaktan başvuran ve araştırmaya dâhil edilme kriterlerini taşıyan hastaların sözlü ve yazılı onamları alınarak hastalara veri toplama araçları uygulanmıştır. Anket araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın kurumlarda yürütülebilmesi için Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurulmuş ve araştırmanın uygulanabileceğine dair etik kurul kararı alınmıştır (Ek 4). Araştırmada Helsinki Bildirgesi'nde yer alan etik ilkelere uyulup bireylere ait bilgilerin gizlilikleri korunmuştur. Araştırmanın yapıldığı kurumdan, çalışmanın amaç ve kapsamını içeren bir bilgi formu ile yazılı başvuruda bulunularak yazılı izinler alınmıştır (Ek 5). Araştırmaya katılmaya isteklilik, gönüllülük ilkesine özen gösterilerek, katılımcıların sözlü ve yazılı onamları (Ek 6) alınarak uygulamaya başlanmıştır.

3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Kullanılan verilerin normal dağılımını belirlemek için Shapiro-Wilk testi yapılmıştır. Elde edilen veriler, tanımlayıcı istatistikler (yüzdeler, ortalama, standart sapma), iki grup karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda Independent Samplest testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında One Way Anova ve Pearson Korelasyon testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bütün testlerde sonuçlar, %95 güven aralığında $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Tablo 1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n:170)

Özellikler	Sayı	%
Yaş Grupları		
40-59	39	22.9
60-74	92	54.2
75-87	39	22.9
Yaş ortalaması	$\bar{X} \pm SS = 66.50 \pm 10.05$	
Cinsiyet		
Kadın	38	22.4
Erkek	132	77.6
Medeni Durum		
Evli	137	80.6
Bekar	33	19.4
Öğrenim Durumu		
İlköğretim	66	38.8
Ortaöğretim	92	54.1
Lise ve üzeri	12	7.1
Mesleği		
Serbest Meslek	20	11.8
Emekli	95	55.8
Ev hanımı	38	22.3
Çiftçi	17	10.0
Gelir durumu		
Düşük	69	40.6
Orta	101	59.4
Sosyal Güvence Durumu		
Var	155	91.2
Yok	15	8.8
Birlikte Yaşadığı Kişi		
Yalnız	15	8.8
Eşi	93	54.7
Eş ve çocuk	38	22.4

Çocuk	24	14.1
Sigara Kullanım Durumu		
Kullanan	19	11.2
Bırakan	107	62.9
Kullanmayan	44	25.9
Gün İçinde Kullanılan Sigara Adetinin Ortalaması	$\bar{X} \pm SS = 19.84 \pm 8.97$	

Tablo 1’de bireylerin tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır. Bireylerin %54.2’sinin 60-74 yaş grubunda, yaş ortalamasının 66.50 ± 10.05 yıl, %77.6’sının erkek, %80.6’sının evli, %7.1’inin öğrenim durumunun lise ve üzeri, %55.8’inin ise emekli olduğu saptanmıştır. Bireylerin %40.9’unun gelir düzeyinin düşük olduğu, %8.8’inin sosyal güvencesinin olmadığı ve yalnız yaşadığı bulunmuştur. Bireylerin yalnızca %11.2’sinin sigara kullandığı, sigara kullanan bireylerin ise gün içinde ortalama sigara adetinin 19.84 ± 8.97 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Bireylerin KOAH ve Diğer Kronik Hastalıklara İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n:170)

Özellikler	Sayı	%
KOAH yılı		
1-5 yıl	79	46.4
6-10 yıl	54	31.8
11 yıl ve üzeri	37	21.8
Hastalık yılı ortalaması	$\bar{X} \pm SS = 7.86 \pm 6.69$	
KOAH Derecesi		
Orta	75	44.1
Ağır	46	27.1
Çok ağır	49	28.8
Yıllık atak sayısı		
Hiç	11	6.5
1-3 kez	108	63.5
4 ve üzeri	51	30.0
Yıllık atak ortalaması	$\bar{X} \pm SS = 3.78 \pm 4.55$	

Özellikler	Sayı	%
Düzenli kullanılan ilaçlar*		
Streoid	139	39.7
Bronkodilatör	211	60.3
Evde Oksijen tedavisi alma durumu		
Alan	78	45.9
Almayan	92	54.1
Evde nebül tedavisi alma durumu		
Alan	77	45,3
Almayan	93	54.7
Fiziksel ihtiyaçlarını karşılama durumu		
Tamamen	97	57.1
Kısmen	73	42.9
Fiziksel ihtiyaçlarını karşılamada yardımcı olan kişi		
Eş	14	19.1
Çocuk	59	34.7
KOAH hakkında düzenli eğitim alma durumu		
Alan	44	25.9
Almayan	126	74.1
Eğitim alınan kişi (n:44)		
Doktor	39	22.9
Hemşire	5	2.9
Kronik hastalık varlığı		
Var	69	40.6
Yok	101	59.4
Kronik hastalıklar (n:69)*		
Kardiyovasküler sistem hastalığı	67	69.0
Endokrin sistem hastalığı	22	23.8
Ürogenital sistem hastalığı	3	3.1
Kas iskelet sistem hastalığı	2	2.1

* Birden fazla cevap verilmiştir

Bireylerin KOAH ve diğer kronik hastalıklara ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Bireylerin %46.4’ünün KOAH hastalık yılının 1-5 yıl grubunda, hastalık yılı ortalamasının 7.86 ± 6.69 yıl, %28.8’inin KOAH derecesinin ise çok ağır olduğu saptanmıştır. Bireylerin %30’unun yıllık atak sayısının 4 ve üzeri olduğu, atak sayısı ortalamasının 3.78 ± 4.55 olduğu, %47.5’inin bronkodilatör, %45.9’unun evde oksijen, %45.3’ünün ise evde nebül kullandığı belirlenmiştir. Bireylerin %42.9’unun fiziksel ihtiyaçlarını kısmen karşılayabildiği, %19.1’inin fiziksel ihtiyaçlarını karşılamada eşinden yardım aldığı, %74.1’inin KOAH hakkında eğitim almadığı, %2.9’unun KOAH hakkındaki eğitimi hemşireden aldığı, %40.6’sının başka bir kronik hastalığı olduğu, ikincil kronik hastalığa sahip olanların %69’unun ise kardiyovasküler sistem hastalığına sahip olduğu bulunmuştur.

Tablo 3. Bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanlarının Dağılımı(n=170)

KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyutları	$\bar{X} \pm SS$
Olumsuz etki	2.27±0.79
Duygusal durum	2.43±1.86
Fiziksel Çaba	1.75±0.70
Hava ve çevre etkisi	1.97±0.69
Davranışsal risk faktörleri	2.06±0.80
Ölçekten Alınan Toplam Skor	2.16±0.81

Bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı Tablo 3'te verilmiştir. Bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği'nden aldıkları toplam ortalama puan 2.16±0.81 dir. Bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puan ise sırasıyla; olumsuz etki 2.27±0.79, duygusal durum 2.43±1.86, fiziksel çaba 1.75±0.70, hava ve çevre etkisi 1.97±0.69, davranışsal risk faktörleri 2.06±0.80'dir.

Tablo 4. Bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği'ne İlişkin Puanlarının Dağılımı(n=170)

Ölüm Kaygısı Puan Düzeyi	Sayı	%
Hafif(0-4)	29	17.1
Orta (5-9)	95	55.9
Şiddetli (10-14)	46	27.0
Panik düzeyde(15≥)	-	-
Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalaması	$\bar{X} \pm SS = 7.75 \pm 3.03$	

Tablo 4'de bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği'ne ilişkin puanlarının dağılımı verilmiştir. Bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği'nden aldıkları toplam ortalama puan 7.75±3.03'dür. Hafif düzeyde kaygı görülen 29 (%17.1) hasta, orta düzeyde kaygı görülen 95 (%55.9) hasta ve şiddetli düzeyde kaygı görülen 46 (%27) hasta bulunmaktadır.

Tablo 5. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Dağılımı (n=170)

Özellikler	n	Olumsuz etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava ve Çevre Etkisi	Davranışsal risk Faktörleri	Toplam puan
Yaş Grupları		\bar{X}+ SS	\bar{X}+ SS	\bar{X}+ SS	\bar{X}+ SS	\bar{X}+ SS	\bar{X}+ SS
40-59	39	2,54±0.84	2,51±0.96	2,01±0.72	2,19±0.74	2,29±0.91	2,37±0.79
60-74	92	2,21±0.77	2,50±2.41	1,69±0.69	1,92±0.70	2,01±0.78	2,13±0.68
75-87	39	2,17±0.75	2,16±0.74	1,65±0.65	1,88±0.59	1,95±0.71	2,02±0.65
Test		F:2.886 p:0.059	F:0,499 p:0.608	F:3.49 p:0.033	F:2.442 p:0.090	F:2,170 p: 0,117	F:1.924 p:0.149
Cinsiyet							
Kadın	38	1,94±0,67	1,98±0.89	1,47±0.61	1,64±0.64	1,73±0.73	1,81±0.67
Erkek	132	2,37±0,80	2,56±2,05	1,83±0.71	2,07±0.68	2,16±0.80	2,26±0.82
Test		t:3.280 p:0.72	t:0.251 p:0.617	t:3.849 p:0.51	t:0.341 p:0.560	t:2.983 p:0.86	t:1.606 p:0.207
Medeni Durum							
Evli	137	2,33±0.82	2,51±2.04	1,81±0.72	2,01±0.72	2,07±0.83	2,22±0.85
Bekar	33	2,04±0.62	2,08±0.71	1,53±0.55	1,81±0.57	2,03±0.69	1,93±0.58
Test		t:7.977 p:0.005	t:1.240 p:0.267	t:7.328 p:0.007	t:4.666 p:0.032	t:4.106 p:0.044	t:7.871 p:0.006
Öğrenim Durumu							
İlköğretim	66	2,08±0.74	2,42±2.80	1,56±0.59	1,80±0.59	1,95±0.73	2,02±0.90
Ortaöğretim	92	2,36±0.80	2,39±0.87	1,84±0.74	2,03±0.62	2,09±0.83	2,21±0.75
Lise ve üzeri	12	2,72±0.69	2,78±0.76	2,16±0.74	2,54±0.68	2,52±0.80	2,60±0.67
Test		F:4.548 p:0,012	F:0.226 p:0,798	F:5.277 p:0.006	F:6.795 p:0.001	F:2.685 p:0.071	F:2.897 p:0.058
Gelir durumu							
Düşük	69	1,89±0.67	1,88±0.79	1,46±0.56	1,61±0.58	1,81±0.75	1,77±0.63
Orta	101	2,54±0.76	2,80±2.26	1,96±0.72	2,22±0.65	2,24±0.79	2,43±0.82
Test		t:2.483 p:0.117	t:0.575 p:0.450	t:5.402 p:0.021	t:0.651 p:0.421	t:1.118 p:0.292	t:2.053 p:0.154
Birlikte Yaşadığı Kişi							
Yalnız	15	1,95±0.71	3,50±5.70	1,53±0.57	1,73±0.69	1,77±0.76	2,20±1.43
Eşi	93	2,37±0.80	2,39±0.87	1,84±0.68	2,03±0.67	2,20±0.81	2,22±0.74
Eş ve çocuk	38	2,32±0.81	2,36±0.89	1,81±0.82	2,04±0.79	1,87±0.81	2,16±0.77
Çocuk	24	2,03±0.73	2,03±0.77	1,49±0.57	1,81±0.57	2,01±0.73	1,91±0.64
Test		F:2.168 p:0.094	F:2.067 p:0.107	F:2.222 p:0.088	F:1.402 p:0.244	F:2.376 p:0.072	F:0.954 p:0.416

F:One-Way Anova F:One-Way Anova t: Independet Samples t testi

Tablo 5’da bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyutlarının puan dağılımı verilmiştir. Bireylerin yaş grupları ile ölçeğin alt boyutlarından olumsuz etki ve fiziksel çaba puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve bu farkın 40-59 yaş grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Evli bireylerin ölçeğin alt boyutlarından olumsuz etki, fiziksel çaba, hava ve çevre etkisi, davranışsal risk faktörleri ve toplam puan ortalamaları bekar bireylere göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bireylerin öğrenim durumu ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyut puanları incelendiğinde, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan bireylerin olumsuz etki, fiziksel çaba, hava ve çevre etkisi ve toplam puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gelir düzeyi orta derecede olan bireylerin fiziksel çaba puan ortalamaları daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 6. Bireylerin KOAH ve Diğer Kronik Hastalık Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Dağılımı (n=170)

Özellikler	n	Olumsuz etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava ve Çevre Etkisi	Davranışsal risk Fakt.	Toplam puan
KOAH yılı		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
1-5 yıl	79	2.45±0.76	2.77±2.54	1.94±0.73	2.15±0.67	2.19±0.80	2.37±0.86
6-10 yıl	54	2.25±0.79	2.30±0.88	1.68±0.68	1.94±0.68	2.14±0.86	2.11±0.74
11 yıl ve üzeri	37	1.94±0.75	1.88±0.77	1.47±0.53	1.64±0.64	1.68±0.59	1.78±0.65
Test		F:5.482 p:0.005	F:3.075 p:0.049	F:6.543 p:0.002	F:7.340 p:0.001	F:5.727 p:0.004	F:7.255 p:0.001
KOAH derecesi			±	±	±	±	±
Orta	75	2.44±0.81	2.50±0.92	1.92±0.76	2.11±0.71	2.17±0.82	2.29±0.77
Ağır	46	2.23±0.82	2.71±3.30	1.71±0.63	1.89±0.63	2.07±0.84	2.19±1.00
Çok ağır	49	2.07±0.68	2.06±0.74	1.54±0.60	1.85±0.69	1.90±0.73	1.94±0.63
Test		F:3.426 p:0.035	F:1.522 p:0.221	F:4.768 p:0.010	F:2.549 p:0.081	F:1.653 p:0.195	F:2.949 p:0.055
Yıllık atak sayısı							
Hiç	11	2.75±0.76	2.69±0.93	2.20±0.64	2.30±0.73	2.48±0.58	2.55±0.74
1-3 kez	108	2.42±0.80	2.45±0.88	1.91±0.73	2.11±0.69	2.20±0.81	2.28±0.75
4 ve üzeri	51	1.87±0.60	2.32±3.14	1.34±0.40	1.63±0.55	1.67±0.67	1.84±0.75
Test		F:11.748 p:0.00	F:0.202 p:0.817	F:16.086 p:0.000	F:10.560 p:0.000	F:9.988 p:0.000	F:6.798 p:0.001
KOAH hakkında eğitim alma durumu							
Alan	44	2.42±0.75	2.47±0.79	1.86±0.70	2.13±0.65	2.23±0.77	2.28±0.69
Almayan	126	1.84±0.75	2.31±3.44	1.45±0.59	1.53±0.61	1.58±0.70	1.82±1.03
Test		t:0.001 p:0.980	t:7.310 p:0.008	t:4.947 p:0.027	t:0.176 p:0.0675	t:5.981 p:0.0161	t:3.941 p:0.048
Kronik hastalık varlığı							
Var	69	2.19±0.74	2.28±0.83	1.63±0.63	1.91±0.66	1.98±0.79	2.06±0.69
Yok	101	2.33±0.83	2.53±2.32	1.84±0.73	2.02±0.72	2.12±0.81	2.23±0.88
Test		t:1.031 p:0.311	t:1.205 p:0.274	t:3.183 p:0.760	t:0.956 p:0.330	t:0.677 p:0.412	t:1.759 p:0.187

F:One-Way Anova T:Independent Samples T testi

Bireylerin KOAH ve diğer kronik hastalık özelliklerine göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyutlarının puan dağılımı Tablo 6'da verilmiştir. Bireylerin KOAH hastalık yılı ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyut puanları incelendiğinde, olumsuz etki, fiziksel çaba, duygusal durum, hava ve çevre etkisi, davranışsal risk faktörleri, toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve bu farkın 1-5 yıl grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). KOAH derecesi çok ağır olarak sınıflandırılan bireylerin, olumsuz etki puan ortalamaları diğer gruplara göre daha düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Atak geçirmeyen bireylerin olumsuz etki, fiziksel çaba, hava ve çevre etkisi, davranışsal risk faktörleri, toplam puan ortalamaları daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). KOAH hakkında eğitim alma durumu ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyut puanları incelendiğinde eğitim alan bireylerin eğitim almayan bireylere göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 7. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Dağılımı (n=170)

Özellikler	n	Ölüm Kaygısı Ölçeği	Test
Yaş grupları		$\bar{X} \pm SS$	
40-59	39	7.66±3.22	F:0.083
60-74	92	7.71±2.88	p:0.921
75-87	39	7.92±3.23	
Cinsiyet			
Kadın	38	9.10±2.91	t:4.270
Erkek	132	7.36±2.96	p:0.042
Medeni durum			
Evli	137	7.64±2.94	t:1.215
Bekar	33	8.21±3.37	p:0.272
Öğrenim durumu			
İlköğretim	66	8.45±3.28	F:2.984
Ortaöğretim	92	7.28±2.26	p:0.053
Lise ve üzeri	12	7.50±3.06	
Gelir durumu			
Düşük	69	7.49±3.39	t:6.530
Orta	101	7.93±2.75	p:0.011
Birlikte yaşadığı kişi			
Yalnız	15	7.13±3.35	F:1.839
Eşi	93	7.86±2.59	p:0.142
Eş ve çocuk	38	7.07±3.52	
Çocuk	24	8.79±3.40	

F:One-Way Anova T:Independent Samples T testi

Tablo 7’de bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puan dağılımı verilmiştir. Kadınların, ilköğretim mezunu ve orta düzey gelire sahip bireylerin ölüm kaygısı puan ortalamaları daha yüksektir bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalamaları ile yaş grubu, medeni durum ve birlikte yaşadığı kişiler arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p < 0.05$).

Tablo 8. Bireylerin KOAH ve Diğer Kronik Hastalık Özelliklerine Göre Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Dağılımı (n=170)

Özellikler	n	Ölüm Kaygısı Ölçeği	Test
KOAH yılı		$\bar{X} \pm SS$	
1-5 yıl	79	7.43±3.25	F:1.272 p:0.283
6-10 yıl	54	8.27±2.93	
11 yıl ve üzeri	37	7.67±2.62	
KOAH derecesi			
Orta	75	7.34±2.92	F:1.471 p:0.233
Ağır	46	8.30±3.23	
Çok ağır	49	7.85±2.97	
Yıllık atak sayısı			
Hiç	11	8.09±2.58	F:0.083 p:0.923
1-3 kez	108	7.75±3.03	
4 ve üzeri	51	7.68±3.16	
KOAH'ta öz bakım eğitimi alma durumu			
Alan	44	7.13±3.46	t:3.908 p:0.040
Almayan	126	7.96±2.85	
Kronik hastalık varlığı			
Var	69	8.33±2.91	t:4.392 p:0.015
Yok	101	7.35±3.06	
Evde oksijen tedavisi alma durumu			
Alan	78	8.00±3.27	t:1.598 p:0.208
Almayan	92	7.54±2.81	
Evde nebül tedavisi alma durumu			
Alan	77	8.11±3.21	t:1.093 p:0.297
Almayan	93	7.45±2.85	
Fiziksel ihtiyaçlarını karşılama durumu			
Evet	97	7.29±2.98	t:0.002 p:0.967
Kısmen	73	8.35±3.01	
Fiziksel ihtiyaçlarını karşılamada yardımcı olan kişi			
Eş	14	7.40±3.25	t:9.979 p:0.002
Çocuk	59	8.40±2.44	

F:One-Way Anova t:Independent Samples t testi

Tablo 8’da bireylerin KOAH ve diğer kronik hastalık özelliklerine göre Ölüm Kaygısı Ölçeği puan dağılımı verilmiştir. İkincil bir kronik hastalığı olanların, fiziksel ihtiyaçlarını karşılamada çocuğundan yardım alan bireylerin ve KOAH’ta öz bakım eğitimi almayan bireylerin ölüm kaygısı puan ortalamaları daha yüksektir bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Öz bakım eğitim almayan bireylerin ölüm kaygısı puan ortalamaları daha yüksektir bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 9. Bireylerin Yaş, Kullanılan Sigara Adeti, Hastalık Yılı, Atak Sayısı ve FEV1 Düzey Ortalaması İle KOAH Öz-Etkililik ve Ölüm Kaygısı Ölçeği’nden Aldıkları Puanlar Ortalaması Arasındaki İlişkisi (n=170)

Özellikler	KOAH Öz-Etkililik Ölçeği		Ölüm Kaygısı Ölçeği	
	r_s	P	r_s	P
Olumsuz etki	-	-	-0.04	0.527
Duygusal durum	-	-	-0.07	0.343
Fiziksel çaba	-	-	-0.13	0.071
Hava ve çevre etkisi	-	-	-0.03	0.682
Davranışsal risk faktörleri	-	-	0.02	0.791
KOAH Öz-Etkililik Ölçeği	-	-	-0.07	0.357
Yaş	-0.22**	0.003	0.02	0.793
Hastalık Yılı	-0.32**	0.000	0.00	0.940
Atak Sayısı	-0.31**	0.000	-0.01	0.841
FEV1 düzeyi	0.18*	0.014	0.00	1.000
Sigara sayısı	0.094	0.702	-0.12	0.115

r_s =Pearson korelasyon

Tablo 9’te bireylerin yaş, kullanılan sigara adeti, hastalık yılı, atak sayısı ve FEV1 düzey ortalaması ile KOAH Öz-Etkililik ve Ölüm Kaygısı Ölçeği’nden aldıkları puanlar ortalaması arasındaki ilişkisi verilmiştir. Bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği

puanları ile yaş, hastalık yılı, atak sayısı arasında düşük düzeyde negatif yönde ilişki, FEV1 düzey ortalaması ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yaş, hastalık yılı, atak sayısı arttıkça KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamasının azaldığı; FEV1 düzey ortalaması arttıkça KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamasının arttığı saptanmıştır. Bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeği puanları ile yaş, kullanılan sigara adeti, hastalık yılı, atak sayısı ve FEV1 düzey ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bireylerin KOAH Öz-Etkililik ve Ölüm Kaygısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerin öz-etkililik düzeyi ve ölüm kaygısının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada bulgular, tanıtıcı özellikler ve hastalığa ait özellikler ile birlikte tartışılmıştır.

Ülkemizdeki yaşlı nüfustaki artışla birlikte KOAH prevalansı da artmıştır. Bu durumun ülkemizdeki ulusal sağlık sistemi üzerindeki ekonomik yükü de arttıracığı ifade edilmektedir. Bu beklenen yükü azaltmak ve KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesini arttırmak için KOAH'lı bireylerde öz-etkililiğin artırılarak pulmoner rehabilitasyonun sağlanması potansiyel bir yaklaşım olarak vurgulanmaktadır. Öz-etkililik, bir bireyin hayatını etkileyen olayları kontrol etme yetenekleri hakkındaki inançları olarak tanımlanan psikolojik bir durumdur. Bu nedenle de davranış değişikliklerinin benimsenmesi ve sürdürülmesinde en önemli belirleyicilerden biri olarak kabul edilmektedir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015). Literatürde yapılan çalışmalarda öz-etkililiği yüksek olan KOAH'lı bireylerin tıbbi tedaviye uyumlarının ve semptom yönetimlerinin daha iyi olduğu belirtilmektedir. Hastada öz-etkililiğin geliştirilmesi, hastalığa ilişkin sorumluluk ve karar almayı, semptomları kontrol etmeyi ve gerektiğinde psikolojik ve sosyal destek almayı sağlayabilir (Song ve Nam, 2017).

Çalışmamızda, bireylerin KOAH öz-etkililik ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 2.16 ± 0.81 'dir. Hastaların öz-etkililik düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Bal Özkaptan ve Kapucu (2016) KOAH'lı bireylerde yaptıkları çalışmada öz-etkililik puan ortalamalarını düşük bulmuştur. Kara ve Mirci'nin (2002) KOAH hastalarıyla yaptığı çalışmada ise öz-etkililik ölçeği puan ortalaması 2.49 ± 0.29 olarak saptanmıştır. Yurt dışında Lee vd., (2014) Koreli hastalarla yaptığı bir çalışmada ise öz-etkililik puan ortalaması (3.33 ± 0.80) daha yüksek bulunmuştur. Ardenaes vd., (2014) çalışmalarında da KOAH'lı bireylerin öz-etkililik düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda KOAH'lı bireylerin öz-etkililik düzeyinin yurt dışında yapılan çalışmalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın hastaların eğitim seviyesi, sağlık hizmet sistemlerinin farklılığı, pulmoner rehabilitasyon hizmetlerinin yapısı ve sağlık okur-yazarlıklarının yüksekliği ve ülkelerin kültürel farklılıklarından kaynaklandığı düşünülebilir (Song ve Nam, 2017; Lee vd., 2014; Bal Özkaptan ve Kapucu 2016).

Çalışmamızda bireylerin KOAH öz-etkililik ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puan ise sırasıyla; olumsuz etki 2.27 ± 0.79 , duygusal durum 2.43 ± 1.86 , fiziksel çaba 1.75 ± 0.70 , hava ve çevre etkisi 1.97 ± 0.69 , davranışsal risk faktörleri 2.06 ± 0.80 'dir. Bal Özkaptan ve Kapucu'nun çalışmasında (2016) ise, olumsuz etki 1.9 ± 0.4 , duygusal durum 1.5 ± 0.4 , fiziksel çaba 1.1 ± 0.2 , hava ve çevre etkisi 1.2 ± 0.2 , davranışsal risk faktörleri 1.2 ± 0.3 'dir. Çalışmamızda, Bal Özkaptan ve Kapucu'nun (2016) ve Yurt dışında Lee vd., (2014) Koreli hastalarla yaptığı çalışmada da KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ölçeği alt boyutu olan fiziksel çaba puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. KOAH'lı bireylerde solunum aktivitesi ve fonksiyonları önemli boyutta bozulmakta ve bu da hastaların fiziksel aktivitelerini önemli derecede kısıtlayarak bireylerin öz güvenlerini olumsuz etkilemektedir. Tüm bunlara bağlı olarak bireylerin sorunlarla baş etmeye yönelik inançlarının etkilendiği düşünülmektedir.

Yaşlanma ile birlikte biyolojik, fizyolojik ve psikolojik gerilemelerin olmasıyla, bireyde fonksiyon kayıpları yaşanmakta, rol ve statü kaybı, bağımsızlık, sosyal yaşamda azalma ve öz-etkililikte azalma görülmektedir (Polat ve Bayrak Kahraman, 2013; Kızılkaya ve Koştu, 2006; Kaçan Softa vd., 2011). Bu çalışmada yaş arttıkça bireylerin öz-etkililiği puanlarının azaldığı saptanmıştır. 75-87 yaş grubundaki hastaların KOAH öz-etkililik ölçeği alt boyutlarından olumsuz etki ve fiziksel çaba puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Gurlaş'ın (2016) diyaliz hastalarıyla yaptığı bir çalışmada yaşlılıkla birlikte öz-etkililik düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Aynı şekilde Mollaoğlu ve Bağ'ın (2009) çalışmasında da benzer sonuçlar tespit edilmiştir. Yurt dışında yapılan çalışmalarda ise; Lee vd., (2014) Koreli hastalarla yaptığı çalışmada da KOAH'lı bireylerin öz-etkililik düzeyi ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Diğer yandan DePalma vd., (2015) bir çalışmasında yaş arttıkça öz-etkililiğin de arttığını saptamıştır. Ülkemizdeki yapılan çalışmalarda yurtdışındaki çalışmalara göre, yaşlı bireylerin eğitim seviyesinin ve sağlık-okuryazarlığının düşük olmasının bu farklılığı ortaya çıkardığını düşündürmektedir.

Eğitim düzeyi, öz etkililikle ilişkisi bulunan bir diğer değişkendir. Yapılan bu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça KOAH öz-etkililik puan ortalamasının arttığı saptanmıştır. Kulakçı vd., (2012) huzur evinde yapmış olduğu bir çalışmada üniversite mezunu olan yaşlıların öz-etkililik ölçeği puan ortalamalarının okur yazar olmayan yaşlılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Sharoni ve Wu'nun (2012)

yaptığı çalışmada eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin öz-etkililik düzeylerinin de arttığı gözlenmiştir. Literatürde eğitim seviyesi arttıkça KOAH öz-etkililik puanlarının arttığını gösteren çok sayıda çalışma vardır. Literatürle çalışmamız benzerlik göstermektedir (Bağ, 2007; Gedik, 2016; Korkmaz, 2016; Mollaoğlu ve Bağ, 2009; Muz ve Eğlence, 2013). Eğitim seviyesinin artması ile öz-etkililiğin artmasında; bireylerin bilgiye ulaşmasının kolaylaşması ve edinilmiş olan bilginin uygulanması, bireylerin bilgilenme isteklerinin artıp farkındalığın gelişmesi, eğitimin artmasıyla maddi olanakların da artarak bireylerin sosyal desteklerinin olması gibi faktörlerin etkisi olduğu düşünülebilir.

Çalışmada evli olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin bekarlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Tekin Yanık ve Erol'un (2016) tip 2 diyabetli bireylerle yaptığı çalışmasında buna benzer sonuçlar elde edilmiştir. Gedik'in (2016) kırsal alanda tip 2 diyabetlilerle yapmış olduğu çalışmanın sonuçları da çalışmamızı destekler niteliktedir. Evli bireylerin sosyal desteklerinin olması; bireylerin öz güvenlerini arttırdığı için evlilerde öz-etkililik düzeyinin ve tedaviye uyumun daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Efe ve Kocaöz, 2015).

Ek bir kronik hastalığa sahip olmak daha fazla semptom ve komplikasyona yol açmaktadır. Bu durum ise bireylerin hastalık üzerindeki kontrolünü zayıflatarak daha bağımlı hale getirmektedir (Efe ve Kocaöz, 2015). Çalışmamızda ek kronik hastalığa sahip olanların öz-etkililik puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Literatürde çalışmamızın bulgularıyla paralellik gösteren çalışmalar bulmak mümkündür (Mollaoğlu ve Bağ, 2009; Muz ve Eğlence, 2013). KOAH nedeniyle hayati fonksiyonlardan biri olan solunumun etkilenmesi ve hastanın buna bağlı olarak ciddi anlamda dispne yaşaması ayrıca ek kronik hastalığa bağlı diğer semptomların eklenmesi bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesine ve olumlu sağlık davranışları göstermesine olan inancını azaltabilir.

Bu çalışmada KOAH atak sayısı ve hastalık yılı arttıkça KOAH öz-etkililik puanının azaldığı saptanmıştır. KOAH'da hastalık yılı arttıkça beraberinde getirdiği semptomların ve dispnenin daha ağır seyretmesi ve yaşın artmasıyla fiziksel gücün azalması öz-etkililik puanlarının düşmesine neden olabilir. Yine KOAH evrelerine göre öz-etkililik puan ortalamasına bakıldığında ileri evre KOAH'ı olan bireylerin daha

düşük öz-etkililiğe sahip olduğu saptanmıştır. Bal Özkaptan ve Kapucu (2015) ve Lee vd., (2014) çalışmalarında benzer sonuçlar bulmuştur. Hastaların öz-etkililiğinin düşük olması, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini zorlaştırarak bireyin bağımlı hale gelmesine neden olmakta, atak sayısı artmakta ve hastalığın seyri kötüleşmektedir. Bunların sonucunda bireylerin öz güveni düşebilir ve bireylerin aktiviteleri yapma inançları da azalabilir.

Çalışmamızda KOAH hakkında eğitim alan bireylerin KOAH öz-etkililik ölçeği ve alt boyut puanları eğitim almayan bireylere göre puan ortalamalarının daha yüksek ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bal Özkaptan ve Kapucunun (2016) yaptığı çalışmada KOAH'lı bireylere verilen öz-etkililik eğitiminin öz-etkililik puanlarını artırdığı saptanmıştır. Kaşıkçı'nın (2011) 12 ay süreyle planlı eğitim verdiği vaka çalışmasında eğitim verilen grubun öz-etkililik puanının yükseldiği gözlemlenmiştir. Kara ve Aşti'nin (2004) kontrol ve müdahale grubundan oluşan KOAH hastalarıyla yaptığı çalışmada bir ay süren yapılandırılmış KOAH eğitiminin toplam öz-etkililik ve tüm alt boyut puanlarının anlamlı derecede arttırdığı bulunmuştur. Yurtdışında Stellefson vd., (2012) tarafından yedi araştırmanın incelendiği bir çalışmada, KOAH hastalarına uygulanan öz yönetim eğitiminin öz-etkililik puanlarını arttırdığı saptanmıştır. Bu sonuçlar dikkate alındığında KOAH'lı bireylerin öz-etkililiğini arttırmak için tanı konduğu andan itibaren belli aralıklarla planlı eğitimler verilmelidir. Bu konuda klinik hemşireler anahtar rol oynamaktadır.

Ölüm, yaşamın doğal bir parçasıdır. Ancak son yıllarda yaşamın sonlanmasını önleyici tıbbi ve teknolojik gelişmeler bu durumu kişisel ve manevi bir olay olmaktan çıkarıp hastalar için mücadele edilmesi gereken tıbbi bir olay haline getirmiştir. Bunun sonucunda hastalar ve sağlık çalışanları ölümün kaçınılmazlığı ile baş edemez hale gelmişlerdir (İnci ve Öz 2012, Arslan vd., 2014) Kronik hastalıkları olan bireyler yaşadıkları semptomların ciddiyetine, sıklığına ve yaşa bağlı olarak farklı düzeylerde ölüm kaygısı yaşayabilmektedir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı dispne başta olmak üzere, kronik öksürük ve balgam çıkarma, wheezing, kardiyovasküler semptomlar, iştahsızlık, kilo kaybı, halsizlik, yorgunluk, uyku sorunları, öksürüğe bağlı kosta kırıkları, anksiyete, depresyon ve aktivite kısıtlaması gibi semptomlara neden olarak bireylerin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamakta ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinde kademeli olarak azalmaya neden olmaktadır. Bütün bunlarda hastaların ölüm kaygısını

arttırmaktadır (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2016). Tel Aydın ve arkadaşlarının (2012) KOAH'lı hastalarla yaptığı fenomenolojik bir çalışmada hastalar solunum sıkıntısı nedeniyle anksiyete, korku yaşadıklarını, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluk çektiklerini ifade etmişlerdir. Kronik solunum yolu hastalıklarında ortaya çıkan hipoksi, hiperkapni, hiperventilasyon ve solunum yetmezlikleri doğrudan beyin işlevlerini etkileyerek anksiyete, kaygı ve korkuya neden olabilmektedir. Ayrıca en yaygın psikiyatrik bozukluk olan kaygının hiperventilasyon ve dispneye yol açarak daha çok endişe ve korku oluşturacağı vurgulanmıştır (Özdemir ve Taşcı, 2013).

KOAH'lı bireylerde ölüm kaygısı puan ortalamalarının bu çalışmada 7.75 ± 3.03 ve ölüm kaygılarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde İnce ve Işıl'ın (2011) KOAH'lı hastalarda ölüm kaygısını değerlendirdiği çalışmada bireylerin ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 7.12 ± 3.15 olarak bulunmuştur. Bulgularımızın literatürle benzer olduğu görülmüştür.

KOAH'lı kadınlarda erkeklere oranla ölüm kaygısı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Akça ve Köse'nin (2008) ölüm kaygısı ölçeğinin geçerlilik, güvenilirliğini yaptığı çalışmada da çalışmamız ile aynı doğrultuda kadınların ölüm kaygısının erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayten'in (2009) yaptığı çalışmada da kadınların ölüm kaygısı puanı erkeklerinkinden yüksektir. Bu çalışmada ölüm kaygısı düzeylerinin erkeklerde daha düşük olmasının nedenleri; Türk toplumunun ataerkil yapısı, erkeklerin toplumsal statüsünün yüksek olması ve ev-çocuk bakımında sorumluluklarının düşük olması, ölüme ilişkin geride kalanlara dair sorumluluk duymamaları olabilir. Ayrıca bu durum kadınların erkeklere göre duygularını daha rahat ifade ediyor olmasından da kaynaklanabilmektedir.

İnsanların ölümü algılaması yaşa göre değişiklik göstermektedir (Kalaycıoğlu, vd., 2003; Kızılkaya ve Koştü, 2006). Yaş ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi konu alan araştırmalara bakıldığında yaşlandıkça ölüm kaygısının artmadığı giderek azalır bir süre sonra da belli bir düzeyde kaldığı öne sürülmektedir (Wink ve Scott, 2005). Qian ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada genç yaştaki bireylerin daha fazla ölüm korkusunun olduğu ve yaşla birlikte bunun azaldığı saptanmıştır. Çalışmamızda ise ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamaları ile yaş grubu arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır. Sayın Kasar ve arkadaşlarının (2016) yaşlı bireylerle ve İnce ve Işıl'ın

(2011) KOAH'lı hastalarla yaptığı bir çalışmada da aynı şekilde yaş ile ölüm kaygısı puan ortalaması arasında istatistiksel bir ilişki saptanmamıştır. Bu durumun yaşlı KOAH'lılarda semptomların yoğunluğu, sürekli nefes darlığından kaynaklı boğulma hissini oluşu; ileri yaşta olmaları ve bireylerin ölümü kurtuluş gibi algılamalarının neden olabileceği düşünülebilir.

Yaptığımız bu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça ölüm kaygısı puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda KOAH'lı bireylerin eğitim düzeyi arttıkça ölüm kaygısı puanlarının azaldığı ifade edilmektedir (İnce ve Işıl 2011; Erdoğan ve Özkan, 2007). Hastaların eğitim düzeyinin yüksek olmasının tedaviye uyum sağlamada ve semptom yönetiminde başarılı oldukları için hastalığa bağlı yaşadıkları ölüm kaygısını azaltabilmektedir. Ayrıca stres ve yaşanan ölüm kaygısıyla da daha etkin baş ederek yaşanan kaygının azalmasına neden olabilmektedir (Üstüner Top, vd., 2010).

Literatürde kronik hastalıkların varlığının ölüm kaygısını artırabileceği ileri sürülmektedir (Baydoğan ve Dağ, 2008). Çalışmamızda ek kronik hastalığa sahip olan bireylerin ölüm kaygısı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Birden fazla kronik hastalığa sahip bireylerin daha fazla ve kompleks semptomlara sahip olması ve bunlara ilişkin baş etmelerinin yetersiz kalması yaşanan ölüm kaygısını arttırabilmektedir.

KOAH'ın ilerlemesi ve semptomların ağırlaşmasıyla bireylerin kendi işlerini yapamaz hale gelmesi, hastaların oksijen tedavisi alması gibi nedenlerden dolayı bireylerin bağımlılığı artabilir. Böylece bireyler güvenilir kişilerden bakım ve destek almak isteyebilirler. İnce ve Işıl'ın (2011) KOAH'lı bireylerle yaptığı çalışmada fiziksel ihtiyaçlarını hiç karşılamayanların kısmen karşılayanlara göre ölüm kaygısının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda fiziksel ihtiyaçlarını kısmen karşılayan ve ihtiyaçlarını karşılamada çocuğundan yardım alan bireylerin ölüm kaygısının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Bu da hastaların eş desteğini daha güvenilir bulduğunu ve eşlerinin bakım vermesini istediğini göstermektedir.

Çalışmamızda bireylerin KOAH öz-etkililik ve ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Bireylerin belirli bir davranışı gerçekleştirmede kendilerini yeterli hissetmemelerinin,

kronik hastalıkla baş etmede güçlük çekmelerinin; onların davranışı yapıp yapamadaki inançlarını olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Bireylerin davranışı yapma inançlarının olumsuz etkilenmesinin ölüm kaygısını da olumsuz etkileyeceği düşünülen çalışmada, öz-etkililik ile ölüm kaygısı puan ortalamaları arasında bir ilişki bulunamamasının bireylerin ölümü kurtuluş olarak görüyor olabileceklerinden ya da dini inançlarına olan bağlılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca bireylerin semptomları yönetmek için yapacağı davranışa olan inancının; bireyin ölüm ile ilgili düşüncelerini etkilemediği, bu durumun tamamen bireyin inançları doğrultusunda değişiklik gösterdiği düşünülmektedir.



SONUÇLAR

Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre;

- Bireylerin KOAH hastalık yılı ortalamasının 7.86 ± 6.69 yıl olduğu, %28.8'inin KOAH derecesinin ise çok ağır olduğu saptanmıştır.
- Bireylerin %42.9'unun fiziksel ihtiyaçlarını kısmen karşılayabildiği, %19.1'inin fiziksel ihtiyaçlarını karşılamada eşinden yardım aldığı, %74.1'nin KOAH hakkında eğitim almadığı, %2.9'unun KOAH hakkındaki eğitimi hemşireden aldığı, %40.6'sının başka bir kronik hastalığı olduğu, %69.0'nının ise kardiyovasküler sistem hastalığına sahip olduğu bulunmuştur.
- Bireylerin %30'unun yıllık atak sayısının 4 ve üzeri olduğu, atak sayısı ortalamasının 3.78 ± 4.55 olduğu, %47.5'inin bronkodilatör, %45.9'unun evde oksijen, %45.3 ünün ise evde nebül kullandığı belirlenmiştir.
- Bireylerin KOAH öz-etkililik ölçeğinden aldıkları toplam ortalama puan 2.16 ± 0.81 'dir. Bireylerin KOAH öz- etkililik ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puan ise sırasıyla; olumsuz etki 2.27 ± 0.79 , duygusal durum 2.43 ± 1.86 , fiziksel çaba 1.75 ± 0.70 , hava ve çevre etkisi 1.97 ± 0.69 , davranışsal risk faktörleri 2.06 ± 0.80 'dir.
- Bireylerin KOAH öz-etkililik ölçeği puanları ile yaş, hastalık yılı, atak sayısı arasında düşük düzeyde negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).
- Bireylerin yaş grupları ile ölçeğin alt boyutlarından olumsuz etki ve fiziksel çaba puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu yaş arttıkça puanların düştüğü belirlenmiştir ($p < 0.05$).
- Evli bireylerin ölçeğin alt boyutlarından olumsuz etki, fiziksel çaba, hava ve çevre etkisi, davranışsal risk faktörleri ve toplam puan ortalamaları bekar bireylere göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).
- Bireylerin öğrenim durumu, KOAH öz-etkililik ölçeği ve alt boyut puanları incelendiğinde, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan bireylerin olumsuz etki, fiziksel çaba, hava ve çevre etkisi ve toplam puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

- Gelir düzeyi orta derecede olan bireylerin fiziksel çaba puan ortalamaları daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).
- KOAH derecesi çok ağır olarak sınıflandırılan bireylerin, olumsuz etki ve toplam puan ortalamaları diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).
- Yıl içinde geçirilen atak sayısı arttıkça olumsuz etki, fiziksel çaba, hava ve çevre etkisi, davranışsal risk faktörleri, öz-etkililik toplam puan ortalamalarının düştüğü saptanmıştır ($p<0.05$).
- KOAH'ta öz bakım hakkında eğitim alan bireylerin eğitim almayan bireylere göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
- Bireylerin Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları toplam ortalama puan 7.75 ± 3.03 'dür
- Kadınların, ilköğretim mezunu ve orta düzey gelire sahip bireylerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
- İkincil bir kronik hastalığı olanların, fiziksel ihtiyaçlarını karşılamada çocuğundan yardım alan bireylerin ve KOAH'ta öz bakım eğitimi almayan bireylerin ölüm kaygısı puan ortalamaları daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0.05$).
- Bireylerin KOAH öz-etkililik ölçeği ve ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ancak negatif ilişki olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Çalışma, tek merkezde yürütülmesi ve örneklem sayısının sınırlı olmasına rağmen KOAH öz-etkililik ve ölüm kaygısı hakkında önemli veriler elde etmemizi sağlamıştır.

Bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler ortaya konulmuştur;

- KOAH'ın ilerlemesi ve bireylerin öz-etkililik düzeylerinin düşük olması nedeniyle bireylerin olumlu sağlık davranışlarını geliştirmeye olan inançlarını artırmak için KOAH'lı bireylere hemşireler tarafından hastalık yönetimine ilişkin öz bakım eğitimleri verilmesi,

- KOAH'lı bireylere pulmoner rehabilitasyon aşamalarını içerecek şekilde evde bakım hizmetleri kapsamında evde bakım hemşiresi tarafından bakımların verilmesi,
- KOAH'lı bireylerin ölüm kaygısı açısından değerlendirilmesi ve ölüm kaygısı olan bireylerde etkin baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi,
- KOAH'lı bireylerin ölüm kaygısı ve öz-etkililik düzeylerini belirlediğimiz çalışmanın daha geniş bir örneklem grubunda farklı kronik hastalıklar üzerinde de çalışılması önerilir.



KAYNAKÇA

1. Abdel-Khalek, A. M., Tomas-Sabado, J. (2005). Anxiety and death anxiety in egyptian and Spain nursing student. *Death Studies*, 29(2), 157-169.
2. Akça, F., Köse, İ. A. (2008). Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11, 7-16.
3. Akdemir, N., Birol, L. (2005). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. *Sistem Ofset*, Ankara, 193-200.
4. Akgün, D. (2013). Isparta il merkezinde KOAH ön tanı prevalansı ve ilişkili faktörler. *Türk Toraks Dergisi*, 14, 43-7.
5. Aksayan, S. ve Gözüm, S. (1998). Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik (kendini etkileme) algısının önemi. *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1), 35-42.
6. Andenaes, R., Bentsen, S. B., Hvinden, K., Fagermoen, M. S., Lerdal, A. (2014). The relationships of self-efficacy, physical activity and paid work to health-related quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *J Multidiscip Healthc*, 7, 239-247.
7. Arslan, D., Akca, N. K., Simsek, N. ve Zorba, P. (2014). Student nurses' attitudes toward dying patients in central Anatolia [Orta Anadolu'da ölen hastalara yönelik öğrenci hemşirelerinin tutumları]. *International journal of nursing knowledge*, 25(3), 183-188.
8. Ayten, A. (2009). Üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı: Türk ve Ürdün üniversite öğrenciler üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 9(4), 86-108.
9. Bağ, E. (2007). *Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
10. Bal Özkaptan, B. ve Kapucu, S. (2015). KOAH'lı bireylerde öz-etkililiğin geliştirilmesinde evde bakımın önemi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 74-80.
11. Bal Özkaptan, B. ve Kapucu, S. (2016). Home nursing care with the self-care model improves self-efficacy of patients with chronic obstructive pulmonary disease

[Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan kişilerin öz-yeterliliğini artırmak için evde bakımın önemi]. *Japan Journal of Nursing Science* 13, 365–377.

12. Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
13. Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
14. Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
15. Barnett, M. (2005). Chronic obstructive pulmonary disease: A phenomenological study of patients' experiences. *J Clin Nurs*, 14(7), 805-12.
16. Başığit, İ. (2010). KOAH tanımı ve klinik özellikleri. *Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(2), 102-104.
17. Baydoğan, M. ve Dağ, İ. (2008). Hemodiyaliz hastalarındaki depresiflik düzeyinin yordanmasında kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve sosyotropi-otonomi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 19-28.
18. Bayrakcı, M., (2007). Sosyal öğrenme kuramı ve eğitimde uygulanması. *SAÜ Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14, 198-210.
19. Bentsen, S.B., Wentzel-Larsen, T., Henriksen, A. H., Rokne, B., Wahl, A. K. (2010). Self-efficacy as a predictor of improvement in health status and overall quality of life in pulmonary rehabilitation – An exploratory study. *Patient Educ. Couns*, 81, 5–13.
20. Booker, R. (2010). Improving outcomes in COPD. *Practice Nursing*, 21, 1-15.
21. Cevizci, A. (1997). Felsefe sözlüğü (2. Baskı). Ankara: Ekin Yayınları.
22. Çil Akıncı, A., Pınar, R. (2011). Kronik obstrüktif akciğer hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yapma sırasında bağımlılık durumları ve etkileyen faktörler. *e-Journal of New World Sciences Academy Medical Sciences*, 6(1), 9-18.<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/186911>.
23. Çobanlı, C., Salt, A. (2001). Dharma Ansiklopedisi, İstanbul: Dharma Yayınları.

24. DePalma, M., Trahan, L., Eliza, J., Wagner, A. (2015). The relationship between diabetes self-efficacy and diabetes self-care in american indians and alaska natives. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 22, 1-23.
25. Efe, D., ve Kocaöz, S. (2015). Adherence to diet and fluid restriction of individuals on hemodialysis treatment and affecting factors in Turkey. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(2), 113-123.
26. Erdoğan, M. Y. ve Özkan, M. (2007). Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(39), 171-179.
27. Gedik, S. (2016). *Kırsal alanda yaşayan tip 2 diyabetli bireylerin hastalık yönetiminde öz-etkililik düzeyleri*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi.
28. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. Available from: <http://goldcopd.org>
29. Goldman, L., Ausiello, D. (2006). Cecil Textbook of Medicine (22. Baskı). (S. Ünal. Çev.) Ankara Güneş Kitabevi. (Orijinal çalışma basım tarihi2006).
30. Gözüm, S., Aksayan, S. (1999). Öz-etkililik-yeterlilik ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2, 21-32.
31. Gunen, H., Hacıevliyagil, S. S., Yetkin, O., Gulbas, G., Mutlu, L. C., Pehlivan, E. (2008). Prevalence of COPD, first epidemiological study of a large region in Turkey [KOAHA prevalansı, Türkiye'de geniş bir bölgenin ilk epidemiyolojik çalışması]. *European Journal of Internal Medicine*, 19(7), 499-504.
32. Gurlaş, K. Ç. (2016). Diyaliz tedavisi alan hastaların öz yeterlilik ve sosyal destek düzeyleri. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Kayseri: Erciyes Üniversitesi.
33. Gysels, M., Higginson, J. I. (2008). Access to services for patients with chronic obstructive pulmonary disease: The invisibility of breathlessness. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(5), 451- 459.
34. Hansel, T. T., Barnes, P. J. (2004). An atlas of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Parthenon Publishing Group*, New York,1-19.

35. Hasson, F. vd. (2008). I can not get a breath: Experiences of living with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(11), 527- 531.
36. Hökelekli, H. (2008). *Ölüm, Ölüm Ötesi Psikolojisi ve Din*. (1. Baskı), İstanbul: Dem Yayınları.
37. İnce, Z. (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Ölüm Kaygısının Değerlendirilmesi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul: Haliç Üniversitesi.
38. İnci, F. ve Öz, F. (2009). Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 253-260.
39. İnci, F. ve Öz, F. (2012). Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2),178-187.
40. Kaçan Softa, H., Uçukoğlu, H., Ulaş Karahmetoğlu, G., Esen, D. (2011).Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (1-2), 67-79.
41. Kalaycıoğlu, S., Tol, U. U., Küçükural, Ö., Cengiz, K. (2003). Yaşlılar ve yaşlı yakınları açısından yaşam biçimi tercihleri. *Türkiye Bilimsel Akademisi Raporları, Sayı 5, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun (UNFPA) Katkılarıyla*. Ankara: Tübitak Matba.
42. Kaplan, R. M, Ries, A. L., Prewitt, L. M., Eakin, E. (1994). Self-efficacy expectations predict survival for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychol*, 13, 366–368.
43. Kaplan, R., Atkins, C., Reinsch, S. (1984). Specific efficacy expectations mediate exercise compliance in patients with COPD. *Health Psychology*, 3, 223-242.
44. Kaptein, A. A., Fischer, M. J., Scharloo, M. (2014). Self-management in patients with COPD: theoretical context, content, outcomes, and integration into clinical care. *International Journal of COPD*, 9, 907–917.
45. Kara, M. ve Mirici, A. (2002). KOAH öz-etkililik ölçeği Türkçe formu'nun geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 34, 61-66.
46. Kara, M. ve Aşti, T. (2004). Effect of education on self-efficacy of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease [kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan

- türk hastalarda eğitimin öz etkinlik üzerine etkisi]. *Patient Education and Counseling*, 55(1),114-120.
47. Karakuş, G., Öztürk Z., ve Tamam, L. (2012). Ölüm ve Ölüm Kaygısı. *Adana Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1), 42-79.
48. Kastenbaum, R. (2007). Death anxiety. Arizona State University, Tempe AZ, USA.
49. Kaşıkçı, M. K. (2011). Using self-efficacy theory to educate a patient with chronic obstructive pulmonary disease, a case study of 1-year follow-up [Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bir hastayı eğitmek için öz-yeterlilik teorisini kullanma, bir yıllık takip çalışması]. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 1-8.
50. Kear, M. (2000). Concept analysis of self-efficacy. *Gradute Research in Nursing*, 47, 243- 250.
51. Kılıç, M. ve Arslan, S. (2016). Tip 2 diyabetli bireylerin öz-etkililik düzeyleri ve sağlık kontrol odağı ile ilişkisi.(Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi.
52. Kızılkaya, M. ve Koştu, N. (2006). Yaşlılıkta ölüm kavramı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9, 4.
53. Koç, Z. ve Sağlam, Z. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1).
54. Korkmaz, T. ve Tel, H. (2010). KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 79-86.
55. Korkmaz, Y. (2016). Hemodiyaliz hastalarının tedavi ve sıvı kısıtlamasına uyum, uyumsuzluk ve öz etkililik durumunun incelenmesi.(Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara: Başkent Üniversitesi.
56. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim (GOLD). (2013). Kronik obstrüktif akciğer hastalığının tanısı, tedavisi ve önlenmesi için küresel strateji 2013 güncellemesi. İstanbul: Probiz Ltd. Şti.
57. Kulakçı, H., Kuzlu Ayyıldız, T., Emiroğlu, O. N., Köroğlu, E. (2012).Huzur evinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının

- değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5 (2), 53-64 (<http://www.deuhyoedergi.org>).
58. Lee, H., Kim, I., Lim, Y., Jung, H.Y., Park, H. K. (2011). Depression and sleep disturbance in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Geriatr. Nurs*, 32, 408–417.
59. Lee, H., Lim, Y., Kim, S., Park, H. K., Ahn, J. J., Kim, Y., Lee, B. C.(2014). Predictors of low levels of self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease in South Korea. *Nursing and Health Sciences*, 16, 78–83.
60. Mannino D. M., Homa D. M., Akinbami L. J., et al. (2002). Chronic obstructive pulmonary disease surveillance- United States, 1971-2000. *MMWR Surveill Summ*, 51, 1- 16 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12198919#>.
61. Marino, P., Sirey, J. A., Raue, P. J., Alexopoulos, G. S. (2008). Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis*, 3(4), 713–718.
62. Mirici, A. (2004). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi (6. baskı) içinde (124-125). Ankara: Serenas Turizm Kongre Organizasyon Hizmetleri Ltd. Şti.
63. Mollaoğlu, M. ve Bağ, E. (2009). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz-yeterlilik ve etkileyen faktörler. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 72, 37-42.
64. Morris C. G. (2002). Psikolojiyi Anlamak (Psikolojiye Giriş) (Çev. H. B. Ayvaışık, M. Sayıl) İstanbul: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 3. Baskı. ISBN: 9789756761212. İstanbul-s:396.
65. Muz, G. ve Eğlence, R. (2013). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz-yeterliliğin değerlendirilmesi. *Balikesir Sağlık Bil Derg*, 2(1), 15-21.
66. Onur, K. (2014). Kronik obstrüktif akciğer hastalıklarında farklı GOLD evrelerine göre yaşam kalitesi ve BODE indeksi. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Denizli: Pamukkale Üniversitesi.
67. Özdemir, Ü. ve Taşcı, S. (2013). Kronik hatalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 61.
68. Öztürk Z., Karakuş, G. ve Tamam, L. (2011). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 37-43.

69. Polat, Ü. ve Bayrak Kahraman, B. (2013). Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Derg/Firat Med J*, 18(4), 213-218.
70. Qian, C., Henry, F. J., Hong, G. J., Yan, Z., Mei, Z. M. ve Ying, H. X. (2017). Attitudes of older chinese patients toward death and dying. *Journal of Palliative Medicine*, 20(12). <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0014>.
71. Sağlık Bakanlığı. (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı. <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>
72. Sayın Kasar, K., Karaman, E., Say Şahin, D., Yıldırım, Y., Şenuzun Aykar F. (2016). Yaşlı bireylerin yaşadıkları ölüm kaygısının ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 48-55.
73. Seamark, D. A., Blake, S. D., Seamark, C. J. (2004). Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Perception of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18(7), 619- 625.
74. Sharoni, S. ve Wu, S., (2012). Self-efficacy and self-care behaviour of Malaysian patients with type 2 diabetes: a cross sectional survey. *Nursing and Health Sciences*, 14, 38-45.
75. Song, H. Y. ve Nam, K. A. (2017). Psychometric properties of the Korean version of the Pulmonary Rehabilitation Adapted Index of Self-Efficacy (PRAISE) for individuals with COPD. *International Journal of COPD*, 12, 2611–2620.
76. Stellefson, M., Tennant, B., Chaney, J. D. (2012). A critical review of effects of COPD self-management education on self-efficacy. *ISRN Public Health*, 1-10.
77. Stuijbergen, A. K., Seraphine, A., Roberts, G. (2000). An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nursing Res*, 49, 122-129.
78. Şenol, C. (1989). Ankara ilinde kurumlarda yaşayan yaşlılarda ölüme ilişkin kaygı ve korkular. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
79. Tahmassian, K. ve Moghadam, N. (2011). Relationship between self-efficacy and symptoms of anxiety, depression, worry, and social avoidance, in a normal sample of students. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 5(2), 91–98.

80. Tanhan, F. (2013). Ölüm eğitiminin üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olmaya etkisi. *YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi (YYU Journal Of Education Faculty)*, 10(1), 184-200. <http://efdergi.yyu.edu.tr>.
81. Taytard, A. ve Cousson, F. (1996). Symptoms and life of patients with chronic bronchitis. *Preliminary results. Rev Pneumol Clin*, 52, 379-85.
82. Tekin Yanık, Y. ve Erol, Ö. (2016). Tip 2 diyabetli bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(3), 3-11
83. Tel Aydın, H., Tok Yıldız, F., Karagözoğlu, Ş., Özden, D. (2012). Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: fenomenolojik çalışma. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 20(3), 177-183.
84. Templer DI. (1970). The Construction and Validation of a Death Anxiety Scale. *The Journal Of General Psychology*, 82(2), 165-177.
85. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu (2010). *Türk Toraks Dergisi*, 11(1), 5-63. http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2672011105754-koah2010_tum-rehhber.pdf.
86. Türk Toraks Derneği. (2014). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) koruma, tanı ve tedavi raporu 2014. İstanbul: Aves Yayıncılık. <http://toraks.org.tr/ebook.aspx?book=58149091>
87. Türk Toraks Derneği. (2017). Türk Toraks Derneğinin GOLD 2017 KOAH Raporuna Bakışı. İstanbul: Aves Yayıncılık. <http://toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/1042017161917-tumu.pdf>.
88. Türkiye İstatistik Kurumu (Nisan 2017). Ölüm Nedeni İstatistikleri. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>.
89. Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu. (2013). Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi. Ankara: Sentez Yayınları. <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/3172012103033-2KOAH-Hasta-Kitabi2012.pdf>

90. Uçakan, G. M., Zincir, H. ve Zararsız, G. (2015). Tip II diabetes mellituslu bireylerde benlik saygısı ve öz etkililik düzeyleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing*, 7(1), 29-37.
91. Ünsal, A. ve Yetkin, A. (2005). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 42-53.
92. Üstüner Top, F., Saraç, A. ve Yaşar, G. (2010). Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 13(1), 14-22.
https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_13_1_14_22.pdf
93. Vatansever, Ö. ve Ünsar, S. (2014). Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum/öz etkililik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türk Kardiyol Dern. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(8), 61-67.
94. Viegi, G., Pistelli, F., Sherrill, D., Maio, S., Baldacci, S. ve Carrozzi, L. (2007). Definition, epidemiology and natural history of COPD. *European Respiratory Journal* 30, 993–1013.
95. Wells, K. B., Golding, J. M. ve Burnam, M. A. (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry*, 145, 976- 81.
96. Wendling, S. ve Beadle, V. (2015). The relationship between self-efficacy and diabetic foot self-care. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 2, 37-41.
97. WHO, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Fact Sheet, November, 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>
98. WHO, The Top 10 causes of death,
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index1.html>
99. Wigal, J.K., Creer, T.L. ve Kotses, H. (1991). The COPD Self-Efficacy Scale. *Chest*, 99, 1193-1196.
100. Wink, P. ve Scott, J. (2005). Does Religiousness Buffer Against the Fear of Death and Dying in Late Adulthood? Findings From a Longitudinal Study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 60(4), 207- 214.

101. Wu, S., Huang, Y., Lee M., Wang, T., Thung, H. ve Wu, M., (2013). Self-efficacy, self-care behaviour, anxiety, and depression in Taiwanese with type 2 diabetes: A cross-sectional survey. *Nursing and Health Sciences*, 15, 213-9.
102. Yıldız M. (2001). Dindarlık ve ölüm kaygısı. Tasavvufî yaklaşım ve günümüz üniversite öğrencileri. *Journal of Religious Culture* 43, 1-7.
web.uni frankfurt. de/irenik/relkultur43b.PDF
103. Yılmaz, Z. E. (2011). Kalp ve hemodiyaliz hastalarının ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul: Haliç Üniversitesi.
104. Yiğitbaş, Ç., Yetkin, A., (2003). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeyinin değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (1), 6-13.
105. Yin, P., Jiang, C. Q., Cheng, K. K., Lam, K. H., Miller, M. R., Zhang, W. S., Thomas, G. N. ve Adab, P. (2007). Passive smoking exposure and risk of COPD among adults in China: *The Guangzhou Biobank Cohort Study. Lancet*, 370, 751-7.

EKLER

EK- 1. Hasta Bilgi Formu

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Öz- Etkililik Düzeyleri ve Ölüm Kaygıları

Değerli Katılımcı,

Anket no:

Bu anket KOAH hastalarının öz-etkililik düzeylerinin ölüm kaygısı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırma bilimsel bir nitelik taşıdığından kişi ve aile bilgileri kesinlikle gizli tutulacaktır. Verilerin doğru yorumlanabilmesi için lütfen soruları dikkatle okuyarak, **eksiksiz yanıtlamaya özen gösteriniz. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur, önemli olan sizin vereceğiniz yanıtlardır.** Araştırmanın gerçekleştirilmesindeki katkılarınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

1-Yaş:

2-Cinsiyetiniz nedir?

1.Kız

2.Erkek

3-Medeni durumunuz nedir?

1.Evli

2.Bekar

4-Eğitim durumunuz nedir?

1.Okur-yazar değil

2. Okur-Yazar

3. İlk-Orta Öğretim

4. Lise

5. Yüksekokul/Üniversite

5-Mesleğiniz nedir?

1. Serbest Meslek

2. Memur

3. Emekli

4. İşçi

5. Diğer (ise

belirtiniz.....)

18-Fiziksel ihtiyaçlarınızı (temizlik, yemek yiyebilme, tuvalete gidebilme, giyinebilme gibi) karşılama durumunuz nedir?

1. Karşılayabiliyorum 2.Kısmen karşılıyorum 3. Hiç karşılayamıyorum

19-Fiziksel ihtiyaçlarınızı karşılamanızda size yardımcı olan birileri var mı?

- 1- Evet (ise kim.....) 2- Hayır

20-KOAH'la baş etme konusunda daha önce herhangi bir eğitim aldınız mı?

- 1- Evet (ise kimden.....) 2- Hayır

21-Eğitimi kimden/nerden aldınız?

- 1.Doktor 2. Hemşire 3.Televizyon 4.İnternet 5.Kitap
6.Diğer.....

EK-2. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği

Aşağıdaki numaralandırılmış her bir seçeneği okuyun ve bu maddelerde belirtilen durumlarda nefes darlığı ile baş etmede veya nefes darlığını önlemede ne kadar yeterli olduğunuzu belirleyin. Yanıtlarınız için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyin.

	Çok yeterliyim	Oldukça yeterliyim	Biraz yeterliyim	Çok az yeterliyim	Yetersizim
1.Çok yorgun olduğumda					
2. Hava nemli olduğunda					
3. Ilık bir ortamdansoğuk bir ortama çıktığımda					
4. Üzüldüğümde					
5. Merdivenleri çok hızlı çıktığımda					
6. Solunum güçlüğü çektiğimi inkar ettiğimde					
7. Sigara içilen ortamlarda bulunduğumda					
8. Kızdığımda					
9. Egzersiz yaptığımda yada kendimi bedenen zorladığımda					
10. Yaşantım konusunda endişelendiğimde					
11. Cinsel iktidarsızlık hissettiğimde					
12. Hayal kırıklığına uğradığımda					
13. Ağır bir şey kaldırdığımda					
14. Biri benden uzaklaştığımda					
15. Bağırduğumda yada çığlık attığımda					
16.Yatağa yattığımda					

17. Çok sıcak ve çok soğuk bir ortamda bulunduğumda					
18. Çok fazla güldüğümde					
19. Perhize uymadığımda					
20. Çaresiz olduğumda					
21. Alkol aldığımda					
22. Enfeksiyon / bulaşıcı hastalığım olduğunda (boğaz enfeksiyonu, sinüzit, soğuk algınlığı, nezle, vs.)					
23. Herkesten ve her şeyden uzaklaştığımda					
24. Endişeli olduğumda					
25. Kirli havalarda					
26. Fazla yemek yediğimde					
27. Bitkin düştüğümde yada bunaldığımda					
28. Normal soluk alıp veremediğimde					
29. Havasız bir odada hareket yaptığımda					
30. Korktuğumda					
31. Değerli bir eşyayı yada sevdiğim birini kaybettiğimde					
32. Evde bir sorun olduğunda.					
33. Yetersizlik hissettiğimde.					
34. Acele ettiğimde yada telaşlandığımda					

EK-3. Ölüm Kaygısı Ölçeği

Aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve her biri açısından kendinizi değerlendiriniz. İfadelerin yanında yer alan parantez içine size uyacak şekilde (X) şeklinde doldurunuz.

	Evet	Hayır
1.Ölmekten çok korkuyorum.		
2.Zamanın böyle hızlı geçmesi bana çoğu zaman sıkıntı verir.		
3.Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım.		
4.Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünürüm.		
5.Ölümden sonraki hayat beni büyük ölçüde kaygılandırır.		
6.Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkarım.		
7.Bir cesedin görüntüsü bana dehşet verir.		
8.Çıkacak bir dünya savaşından söz edilmesi beni korkutur.		
9.Acı çekerek ölmekten korkarım.		
10.Ölmekten hiç korkmuyorum.		
11.Gelecekte benim için korkulacak hiçbir şey olmadığını hissediyorum.		
12.Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum.		
13.İnsanların ölüm hakkındaki konuşmaları beni tedirgin etmez.		
14.Ölüm düşüncesi beni hiçbir zaman kaygılandırmaz.		
15.Ölüm düşüncesi ara sıra aklıma gelir.		

EK-4 Etik Kurul İzni

BOZOK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İNVAZİV (GİRİŞİMSSEL) OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN ADI	KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN ÖZ-ETKİLİLİK DÜZEYLERİNİN ÖLÜM KAYGISI ÜZERİNDE ETKİSİ
	ARAŞTIRMA PROTOKOL NO	30.11.2015/110
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yrd. Doç. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
	DESTEKLEYİCİ	Masraf Kendisi Tarafından Karşılancak
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Prospektif Çalışma
	ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA , Hacer YAMAN
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:31/10	Tarih:10.12.2015
	Yukarıda bilgileri verilen girişimsel olmayan klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.	

BOZOK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv (Girişimsel) Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi


Prof. Dr. Muhammet Fevzi POLAT
 Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi
 Etik Kurul Başkanı

EK-5 Kurum İzni

T.C.
BOZOK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı :68447441-044-1219
Konu :Anket Uygulaması

11/11/2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: a)20/10/2015 tarihli ve 97967899-199-217 sayılı yazımız.
b)Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Yozgat İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nin 06/11/2015 tarihli ve 24401362-770-E.8784 sayılı yazısı.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Hacer YAMAN'ın "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik Düzeylerinin Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi" konulu tezini 01/12/2015-01/06/2016 tarihleri arasında Yozgat Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları servisinde yatarak, Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde ayakta tedavi gören hastalara anket uygulaması yapabilmesi için gerekli iznin verildiğine dair ilgi(b) yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Hikmet Şelli AYBAR
Rektör Yardımcısı

Ek: İlgi (b) Yazı (2 Sayfa)



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Yozgat İl Kamu Hastane Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 24401362/770
Konu : Anket Uygulamast

BOZOK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 26/10/2015 tarihli ve 2491 sayılı yazınız.

İlgi tarihli ve sayılı yazınıza istinaden Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Hacer YAMAN' ın Birliğimize bağlı Yozgat Devlet Hastanesi' nde yatarak, Göğüs Hastalıkları Polikliniği' nde ayakta tedavi gören hastalara "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik Düzeylerinin Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi" konulu anket çalışmasını 01.12.2015-01.06.2016 tarihleri arasında yazımız ekinde sunulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığının 19.06.2013 tarihli yazısı doğrultusunda çalışmaların sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla kurumumuzca uygun görülmüş olup;

Gereğini arz ederim.

Op. Dr. İsmail KURCA
Genel Sekreter

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır
09.11.2015

EK:
Yazı örneği (1 Sayfa)

AKCADAG

EK-6.Hasta Bilgi ve Rıza Formu

Sayın

Bu çalışma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tanısı olan bireylerin öz-etkililik düzeyleri ve ölüm kaygılarını belirleyerek, zor ve karmaşık problemlerle karşı karşıya olan KOAH'lı bireylerin yaşayabileceği psikolojik sorunlarla baş edebilmeleri için öz-etkililik düzeyleri arttırılarak öz bakıma yönelik davranışlarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla planlanmıştır. Verdiğiniz bilgiler bizim için bu hastalıkta yaşanan güçlükleri ve uyumu etkileyen faktörleri anlamamızda ve sizlere daha kaliteli bir bakım sunmamızda bizlere yol gösterici olacaktır. Bu çalışmaya katılmama, anketi cevaplamama ve istediğiniz zaman anketi bırakma hakkınız bulunmaktadır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Araştırmaya yaptığınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarım.

Araştırmanın Sorumluları:

Hemşire Hacer GÜÇLÜ

[Tel:05075187830](tel:05075187830)

Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

Doç. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA

Bozok Üniversitesi SBF

İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce bana verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm sorunları araştırmacıya sordum. Yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılıp katılmamam için bana yeterli zaman tanındı. Söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı- soyadı:

Tarih:

İmza

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, Adı : GÜÇLÜ, Hacer
Uyruğu : T.C.
Doğum tarihi ve yeri : 28.01.1987 Yerköy/ YOZGAT
Medeni hali : Evli
Telefon : 0 5075187830
Faks : -
e-mail : ymn.87@hotmail.com

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Lisans	Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu	2007- 2011
Lise	75. Yıl Serpil Akdağ Yabancı Dil Ağırlıklı Lise	2004- 2005

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
7 (yedi)	Yozgat Şehir Hastanesi	Hemşire

Yabancı Dil İngilizce

Yayımlar -