



**KOAH HASTALARININ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
İLE ÖZBAKIM YÖNETİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ**

Gamze KOÇ
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

Yüksek Lisans Tezi-2023



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

KOAH HASTALARININ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE ÖZBAKIM YÖNETİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Gamze KOÇ

**Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI**

**ERZURUM
2023**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. KOAH Tanımı	4
2.1.1. KOAH Hastalığının Sosyal ve Ekonomik Yüğü	4
2.2. KOAH Epidemiyolojisi	5
2.3. KOAH Risk Faktörleri.....	7
2.4. KOAH'ın Fizyopatolojisi	10
2.5. KOAH'ın Belirti ve Bulguları	10
2.6. KOAH'ta Tedavi.....	11
2.7. KOAH'ta Hemşirelik Bakımı	12
2.8. Sağlık Okuryazarlığı	16
2.9. KOAH'ta Sağlık Okuryazarlığı	19
2.10. Özbakım.....	20
2.11. KOAH'ta Özbakım Yönetimi	22
3. MATERYAL VE METOT.....	27
3.1. Araştırmanın Türü.....	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	27

3.4. Veri Toplama Araçları	28
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	28
3.4.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	28
3.4.3. Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği	29
3.5. Verilerin Toplanması	29
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	30
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
KAYNAKLAR	42
EKLER	56
EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	56
EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU	58
EK-3. KURUM İZNİ	60
EK-4. HASTA TANITICI BİLGİ FORMU	60
EK-5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ	61
EK-6. KRONİK HASTALIKLARDA ÖZBAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ	63
EK-7. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ	68
EK-8. TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU	67

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Mağfîret KAŞIKÇI'ya en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tez savunma sınavımda değerli görüşleri ve katkıları ile tezimi değerlendiren jüri üyeleri Dr. Öğr. Üyesi Meltem ŞİRİN GÖK ve Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ERDEN'e saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans tez sürecinde beni motive edip her an yanımda olan değerli arkadaşlarım Doç. Dr. Bahar ÇİFTÇİ'ye, Arş.Gör. Serpil ÖZCAN'a ve Arş. Gör. Zeynep YILDIRIM'a çok teşekkür ederim.

Çalışmaya katılmayı kabul eden KOAH hastalarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Eğitim dönemim boyunca sabırla beni destekleyen canım eşime, çocuklarıma, aileme ve her an yanımda olan kıymetli arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Hemşire Gamze KOÇ

ÖZET

KOAH Hastalarının Sağlık Okuryazarlığı ile Özbakım Yönetimi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Amaç: Çalışma KOAH hastalarının sağlık okuryazarlığı ile özbakım yönetimi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı türde olan araştırmanın örneklemini, Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde tedavi gören KOAH tanısı bulunan araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 150 KOAH hastaları oluşturdu. Araştırmanın verileri, Ocak 2023- Mayıs 2023 tarihleri arasında toplandı. Araştırmanın verileri; Tanıtıcı Bilgi Formu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği ile toplandı. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı olmak üzere 3 alt boyutu vardır. Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği'nin Öz Koruma ve Sosyal Koruma olmak üzere 2 alt boyutu vardır. Verilerin değerlendirilmesinde swenes ve kurtosis değerleri, frekans, tüzelik dağılım puan ortalaması, standart sapma kullanıldı. Ölçekler ve alt boyutları arasında ilişki pearson ve sperman korelasyon analizi kullanılarak belirlendi.

Bulgular: Hastaların "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" puanlarının 45.99 ± 11.10 olduğu belirlendi. Hastaların "Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı" puanlarının 11.34 ± 4.83 , "İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı" puanlarının 18.41 ± 4.25 , "Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı" puanlarının 16.25 ± 4.35 olduğu belirlendi. Hastaların "Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği" puanının 119.00 ± 6.49 olduğu belirlendi. Hastaların "Öz koruma" puanının 74.27 ± 5.22 , "Sosyal Koruma" puanının 44.76 ± 7.37 olduğu belirlendi. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalaması ile Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalaması arasında ise anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı alt boyut puan ortalaması ile Öz Koruma puan ortalaması arasında pozitif yönde orta düzeyde; Sosyal Koruma alt boyut puan ortalaması ile negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı puan ortalaması ile Öz Koruma alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönde orta düzeyde; Sosyal koruma puan ortalaması ile negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı puan ortalaması ile Öz Koruma alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönde orta düzeyde; Sosyal koruma puan ortalaması ile negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Sonuç: KOAH hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve özbakım yönetimi puan ortalamaları orta düzeydedir. Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı arttıkça Öz Koruma artmakta, Sosyal Koruma azalmakta; İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı arttıkça Öz Koruma artmakta, Sosyal Koruma azalmakta; Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı arttıkça Öz Koruma artmakta, Sosyal Koruma ise azalmaktadır. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının, KOAH hastaları için kapsamlı eğitim programları geliştirerek sağlık okuryazarlığını iyileştirmeye yönelik etkili adımlar atılması gerektiği önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, KOAH, özbakım yönetimi, sağlık okuryazarlığı

ABSTRACT

Determining the Relationship Between Health Literacy and Self-Care Management of COPD Patients

Aim: The study was conducted to determine the relationship between health literacy and self-care management of COPD patients.

Material and method: The sample of the descriptive study consisted of 150 COPD patients diagnosed with COPD who were treated at the Chest Diseases Clinic at Atatürk University Health Research and Application Center and voluntarily accepted to participate in the study. The data of the study was collected between January 2023 and May 2023. Data of the research; It was collected with the Introductory Information Form, Health Literacy Scale, and Self-Care Management in Chronic Diseases Scale. The Health Literacy Scale has 3 sub-dimensions: Functional Health Literacy, Interactive Health Literacy and Critical Health Literacy. Self-Care Management Scale in Chronic Diseases has 2 sub-dimensions: Self-Protection and Social Protection. Sweknes and kurtosis values, frequency, distribution score average and standard deviation were used to evaluate the data. The relationship between the scales and their sub-dimensions was determined using Pearson and Sperman correlation analysis.

Results: It was determined that the patients' "Health Literacy Scale" scores were 45.99 ± 11.10 . It was determined that the patients' "Functional Health Literacy" scores were 11.34 ± 4.83 , their "Interactive Health Literacy" scores were 18.41 ± 4.25 , and their "Critical Health Literacy" scores were 16.25 ± 4.35 . It was determined that the patients' "Self-Care Management Scale in Chronic Diseases" score was 119.00 ± 6.49 . It was determined that the "Self-protection" score of the patients was 74.27 ± 5.22 and the "Social Protection" score was 44.76 ± 7.37 . There was no significant relationship between the Health Literacy Scale total score average and the Chronic Disease Self-Care Management Scale total score average ($p > 0.05$). However, there is a moderate positive difference between the Functional Health Literacy subscale score average and the Self-Protection subscale score average; A moderately negative, statistically significant relationship was found between the Social Protection subscale score average ($p < 0.05$). There is a moderate positive difference between the Interactive Health Literacy score average and the Self-Protection subscale score average; It was determined that there was a moderately statistically significant negative relationship with the social protection score average ($p < 0.05$). There is a moderate positive difference between the Critical Health Literacy score average and the Self-Protection subscale score average; It was determined that there was a low, statistically significant negative relationship with the social protection score average ($p < 0.05$).

Conclusion: The average health literacy levels and self-care management scores of COPD patients are moderate. As Functional Health Literacy increases, Self-Protection increases and Social Protection decreases; As Interactive Health Literacy increases, Self-Protection increases and Social Protection decreases; As Critical Health Literacy increases, Self-Protection increases and Social Protection decreases. It is suggested that healthcare providers should take effective steps to improve health literacy by developing comprehensive educational programs for COPD patients.

Key Words: Nursing, COPD, self-care management, health literacy

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAT	: Alfa-1 Antitripsin
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BOLD	: Burden of Obstructive Lung Diseases
DALY	: Disability Adjusted Life Years
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FEV1	: Birinci Saniyedeki Zorlu Ekspiratuar Volüm
FVC	: Zorlu Vital Kapasite
GOLD	: Global Strategy for the Diagnosis
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
PaO₂	: Parsiyel Arteriyel Oksijen Basıncı
PR	: Pulmoner Rehabilitasyon
SOYÖ	: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
SPO₂	: Oksijen Saturasyonu
SPSS	: Statistical Package For Social Science
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization
YLD	: Hastalık Yükünü Oluşturan Sakatlık
YLL	: Erken Ölümler Nedeniyle Kaybedilen Yıllar

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Ölçek ve Alt Boyutlarına İlişkin Skewness ve Kurtosis Değerleri.....	30
Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin dağılımı.....	32
Tablo 4.2. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamaları	33
Tablo 4.3. Hastaların Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamaları	33
Tablo 4.4. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki	34

1. GİRİŞ

Hemşirelik özünde bilimi barındıran; hasta, sağlıklı ve engelli her yaş gurubunda bulunan insanla ilgilenen bir sağlık disiplini (Karagözoğlu, 2006; Ünsal, 2017). Hemşireler, iyi bir hemşirelik bakımı için bireyi bir bütün olarak ele alıp bireyin, ailenin ve toplumun sağlık/hastalık ihtiyaçlarının karşılanmasında önemli bir rol üstlenmiştir (Ünsal, 2017). Hemşirelere aynı zamanda kronik hastalık sürecinde de büyük sorumluluklar düşmektedir. Kronik hastalıklar, uzun süreli bakım gerektirdiği için, kişinin tüm yaşamını etkilemektedir. Dolayısıyla bu hastalıklar, profesyonel bakım, denetim, gözlem ve rehabilite edici uygulamaları gerektiren hastalıklardır. Bütün bu gereksinimlere istinaden hemşireler, kronik hastalıkların bakımında bütüncül bakım anlayışıyla tüm bilgi ve beceri birikimlerini kullanmalıdır (Akpınar & Ceran, 2019).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), küresel olarak mortalitesi yüksek en önemli hastalıklardan biridir. KOAH' ta hastalık ve ölüm oranlarının fazla olması sosyal ve ekonomik yükü artırmaktadır (Agustí et al., 2020; KF, R. 2007). Sosyal eşitsizlikler, yoksulların/yoksunların ve toplumun en kırılgan gruplarının hastalıktan daha çok etkilenmelerine yol açmaktadır. Bu durum KOAH ile eşitsizliğin sindemik (sinerjik epidemi) özelliğe sahip olduğunu göstermektedir (Marmot & Bell, 2019).

KOAH hastalığı, bir sendrom olarak değerlendirilmektedir (Agustí & Faner, 2018). Bu bağlamda, KOAH genellikle komorbiditelerle beraber görüldüğü için, komorbid hastalıklar KOAH'ın şiddeti ve prognozu üzerinde olumsuz bir etki yaratmaktadır. Komorbiditeler hastaneye yatış oranlarının sıklığını, sağlık ekonomisini ve mortalite oranlarını artırmaktadır. KOAH'la beraber en sık görülen komorbidit hastalıklar, kardiyovasküler ve metabolik hastalıklar, akciğer kanseri, osteoporoz ve depresyondur (Agustí et al., 2020; KF, 2007; Vos et al., 2020).

KOAH her geçen gün artarak önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasında olmasına bağılı olarak ekonomik ve sosyal anlamda yük olmaya başladığından dolayı KOAH 'ta hemşirelik bakımı, merkez noktadır (Arslan & Ünsar, 2021). Kronik hastalıkların yönetiminde, hastanın tedavisinden ziyade bireye çeşitli eğitim öğretim uygulamalarıyla özbakım yönetim becerisi (atılganlık, başa çıkma davranışları, öz yeterlilik, sosyal destek, özbakım gücü, özbakım faaliyetleri) kazandırılması daha fazla önem arz etmektedir (Beaglehole et al., 2008). KOAH'ta özbakım yönetim becerisi gelişiminde sağlık okuryazarlığının önemine dikkat çekmek gerekmektedir (Türkkan et al., 2022).

Sağlık okuryazarlığı; “okuryazarlıkla ilişkili, bireylerin sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşantılarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önlemek için gerekli sağlık bilgisine erişmek, anlamak, değer biçmek ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik” olarak tanımlanmaktadır (Aktaş, 2018). Sağlık okuryazarlığıyla ilgili bilgiye ulaşma basamakları; bilgiyi edinmek, bilgiyi anlamak ve bu bilgiyi kullanarak amaca ulaşmaktır. Bireyin sağlığı ile ilgili olan bilgi ve tavsiye kaynakları çoğunlukla hemşire, internet, sosyal medya, kitaplar, aile ve arkadaşlarıdır (Johnston et al., 2015). Literatürde yer alan bilgiye göre sağlık okuryazarlığı genel okuma yazma düzeyine denk kabul edilmektedir (Elif & Sivrikaya, 2019). Yapılan birçok araştırmada, düşük düzeyde sağlık okuryazarlığının sağlık sisteminin kötü kullanımına, ilaç tedavilerine uyum göstermemeye ve yaşam tarzında değişikliklere neden olmaktadır. Aynı zamanda kontrolsüz kan basıncına, hastaneye yatış oranlarının artmasına ve ölüm gibi pek çok olumsuz duruma sebep olduğu görülmüştür (Park et al., 2018; Persell et al., 2020).

Kronik hastalığı olan bireylerde, özbakım gücünü artırmak ve özbakımını gerçekleştirmek tedavi ve bakımda öncelikli amaçtır (Kıskaç & Babaoğlu, 2022). Esen &

Kolcu'nun 2022'de yaptıkları araştırma sonucuna göre; hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlığı ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Ayrıca sağlık okuryazarlığı ile özbakım yönetimi arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir (Esen & Kolcu, 2022). Hastalara hastalıkları ile ilgili verip tedavi sürecini açıklamak, öz-yönetim becerisinin artırılmasında önemli bir etkidir (Akbolat et al., 2022). Özbakım gücü sağlıkla alakalı yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkiliyken; sağlık okuryazarlığının sağlıkla alakalı yaşam kalitesi üzerinde ise dolaylı bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (Lee et al., 2016). Özbakım gücünü sağlamaya yönelik faaliyetleri ile sağlıkla alakalı yaşam kalitesi ve sağlık okuryazarlığı arasındaki bağlantı, literatürde dikkate değer bir gösterge olarak görülmektedir. Özbakımın; sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi üzerine yapılan araştırmalarda ise bilgi eksikliğinin olduğu tespit edilmiştir (Lee et al., 2016). KOAH hastalarının sağlık okuryazarlığı ile özbakım yönetimi arasında ilişkinin belirlenmesi ile ilgili araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın amacı KOAH hastalarının sağlık okuryazarlığı ile özbakım yönetimi arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Araştırmanın Soruları

1. KOAH hastalarının sağlık okuryazarlığı hangi düzeydedir?
2. KOAH hastalarının özbakım yönetimi hangi düzeydedir?
3. KOAH hastalarının sağlık okuryazarlığı ile özbakım yönetimi arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KOAH Tanımı

“Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı” (KOAH); yaygın, önlenbilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Genellikle zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyet vardır. Nedeni konakçı faktörlerin olan, hava yollu ve/ veya alveollerin görevini yerine getirememesine bağlı kalıcı hava akımı kısıtlanması ve solunumla alakalı semptomlar ile karakterize seyreder. (KF, R. 2007). KOAH; dinamiktir, hayat boyu sürer. Çeşitli gen-çevre etkileşimlerinin zamanla artmasıyla oluşan, biyolojik ve klinik düzeyde kompleks, bireyden bireye ve her bireyde zamanla büyük değişkenlik gösterebilen bir hastalıktır (Agustí & Faner, 2018).

2.1.1. KOAH Hastalığının Sosyal ve Ekonomik Yüğü

Her bir sağlık probleminin sosyal yükünü belirlemek için geliştirilen DALY (Disability Adjusted Life Years- Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı) ölçütü, erken ölüm ve sakatlık sebebiyle kaybedilen yılların toplamı olarak Küresel Hastalık Yüğü Çalışması’nda tanımlanmıştır. DALY, maluliyet/sakatlık nedeniyle kaybedilen yıllar [Years Life Disabled (YLD)] ve erken ölümler nedeniyle kaybedilen yıllar [Years Life Lost (YLL)] toplamından oluşmaktadır ($DALY = YLD + YLL$) (Bozkurt, 2023). KOAH, “Küresel Hastalık Yüğü Çalışması”na göre; bütün dünyada en çok hastalık yüküne sebep olan hastalıklar sıralamasında, 2019 yılında altıncı sırada yer almaktadır. KOAH, 2019 yılında en sık görülen yedinci YLL ve 14. YLD nedenidir (Ritchie & Wedzicha, 2020).

KOAH’ın doğrudan maliyetli olan tanı ve tedavi ile doğrudan yapılan harcamaları ile birlikte maluliyete bağlı ekonomik durum, kaybedilen iş gücü, erken ölüm ve hastalık sebebiyle yapılan aile harcamaları gibi dolaylı maliyeti de yüksek seviyelerdedir. Solunum hastalıklarına bağlı Avrupa Birliği’nde yıllık sağlık hizmeti bütçesinin doğrudan maliyetin toplam %6’sını oluşturduğu ve bunun da %56’sı KOAH nedeniyle

olduğu bildirilmiştir. ABD’de ise KOAH’a ikincil doğrudan maliyetin 32 milyar dolar, dolaylı maliyetin ise 20 milyar dolar olduğu raporlanmıştır (Ruvuna & Sood, 2020).

2.2. KOAH Epidemiyolojisi

KOAH hastalığı, DALY nedenleri arasında sekizinci sırada yer almaktadır. KOAH görülme oranları her yıl artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tahminlerine göre 65 milyon kişi orta ve şiddetli düzeyde KOAH hastalığını yaşadığı ve 2030 yılına kadar dünya genelinde mortalite nedenleri arasında üçüncü sırada yer alacağı bildirilmektedir. Dünya çapında 210 milyon insanın KOAH’tan müzdarip olduğu tahmin edilmektedir (Ciapponi,2014). Epidemiyolojik araştırma verilerine göre Çin’de KOAH hastalığının 40 yaş bireylerde görülme oranının %9.9 olduğu bildirildi (Liu, 2018). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 verilerine göre ise, KOAH’a ikincil DALY düzeyinin 2002-2017 yılları arasında %41,81 artış gösterdiği, bu artışın erkeklerde %54.62, kadınlarda ise %26.75 olduğu rapor edilmiştir (Marmot & Bell, 2019). Solunum sistemi hastalıkları Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 verilerine göre, Türkiye’de dolaşım sistemine bağlı hastalıklarından (%36.8) ve tümör kaynaklı hastalıklardan (%18.4) sonra en sık rastlanan üçüncü ölüm nedenidir. Türkiye’de meydana gelen bütün ölümler içinde solunum sistemi hastalıklarına bağlı gerçekleşen ölümlerin payı, 2010 yılında %8,3 iken; yıllar içinde bu oran giderek artmış ve 2019 yılında %12,9’a ulaşmıştır. Tüm ölümlerin %5,4’ünü ise KOAH ve bronşektaziye bağlı ölümler oluşturmaktadır (2019). 2019 yılında TÜİK KOAH ve bronşektazi nedeniyle meydana gelen ölümlerin 23.457 olduğunu (15.358 erkek, 8189 kadın) bildirmiştir (Akman & Civek, 2022). TÜİK verilerine göre KOAH 2017’de bütün ölümler içinde dördüncü sırada yer almıştır (Üner & Okyay, 2020).

KOAH’ ta mortalite; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Bankası, “Küresel Hastalık Yüğü Çalışması” verilerine göre 2010 yılında KOAH yılda 2,9 milyon ölüme sebep olmaktadır. Bugün ise tüm dünyada 3. ölüm sebebi olan KOAH, tüm ölümlerin de

%5,5'inden sorumlu tutulmaktadır. KOAH nedeniyle gerçekleşen ölümler “Küresel Hastalık Yüğü Çalışması”na göre bütün dünyada 2019 yılında 3.28 milyondur. Bu oranın %90'dan çoğı düşük-orta gelirli ölkelerde gerçekleşmiştir (Ritchie & Wedzicha, 2020). Hastalıklar sıralamasında iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasköler hastalıklardan sonra KOAH en çok ölüme neden olan hastalıklar arasında üçüncü sırada yer almaktadır (Ritchie & Wedzicha, 2020). Mortalite hızları ölkelerin çoğunda azalırken, nüfus sayısında artma, yaşlı nüfusun artması, hava kirliliğı gibi risk faktörlerine maruz kalma ve şehirli nüfusun artışına binaen KOAH sebepli mortalite oranları artmaktadır (Lortet-Tieulent et al., 2019; Soriano et al., 2019). 1965-1998 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde erkeklerde; koroner arter hastalığından %59, inmeden %64 ve diğerkardiyovasköler hastalıklara bağılı ölümler %35 oranında azalırken aynı dönemde KOAH'tan ölümler %163 arttığı görölmüştür. KOAH sebepli ölümlerdeki yükselişte, sigara içme alışkanlığındaki artış ve gelişmekte olan ölkelerde toplumun yaş yapısındaki değışimin önemli rolü vardır (D. M. Halpin et al., 2019; Marmot & Bell, 2019).

KOAH'ta morbidite; poliklinik başvuruları, acil klinik başvuruları ve hastane yatışı gibi kriterler değıerlendirmede kullanılmaktadır. Ölkelerin sağık sistemleri bu ölçütleri etkilediğı için ve çoğı zaman bununla ilgili veriler olmadığı için mortaliteye oranla daha az güvenilirirdir (Ruvuna & Sood, 2020).

KOAH prevalans çalışmalarına bakıldığında, kullanılan yöntem, tanısal metot ve analitik yaklaşımlara göre büyük farklılıklar göstermekle birlikte Türkiye'de KOAH prevalansı %6-20 arasında bulunmuş olup, halen yaklaşık 3 milyon KOAH tanılı hasta olduğu düşünölmektedir. Son zamanlarda birçok gelişmiş ölkede yapılan çalışmalar, bu ölkelerde KOAH insidans ve prevalansında artışın durduğunu bildirirken, gelişmekte olan ölkelerde KOAH prevalansı, sigara içme yaygınlığının artmasıyla doğru orantılıdır. On iki ölkede yapılan spirometriye dayalı BOLD (Burden of Obstructive Lung Diseases)

çalışmasına göre, 40 yaş üstü bireylerde KOAH prevalansı %20 olarak saptanmıştır (Feizi et al., 2022). Adana’da 2004’te yapılan “BOLD-Adana KOAH” prevalans araştırmasında, Adana ilindeki 40 yaş üzerindeki kişilerde KOAH prevalansının %19,1 olduğu (erkeklerde %28,5, kadınlarda %10,3) saptanmıştır. Aynı çalışmada KOAH tanısı alan hastaların; sadece %8,4’üne daha önce bir hekim tarafından KOAH (kronik bronşit, amfizem, KOAH) tanısı konulmuştur (Akman & Civek, 2022). Sağlık Bakanlığı tarafından 2011’de yapılan “Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı” araştırmasında ise 40 yaş ve üzerindeki kişilerde spirometriye dayalı KOAH prevalansı sabit oran ölçütü kullanıldığında %6,4 (erkeklerde %7,6, kadınlarda %5,3) bulunmuştur (Akman & Civek, 2022). 2019 yılında yapılan “Küresel Hastalık Yüğü Çalışması”na göre dünyada 212 milyon KOAH tanısı almış hasta bulunmaktadır (D. Halpin et al., 2019). Gelişmiş ülkelerde KOAH prevalansının 40 yaş üstü yetişkinlerde %10-12 arasında olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir. KOAH prevalansı bütün dünya ülkelerinde ise ülkeler ve coğrafi bölgelere göre büyük farklılıklar göstermekte ve %3-21 arasında değişmektedir (Ruvuna & Sood, 2020).

2.3. KOAH Risk Faktörleri

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, prevalansının yüksek olması, insidans artışı (kısmen popülasyonun yaşlanmasına bağlı olan) ve çok önemli bireysel, sosyoekonomik maliyeti olan küresel bir sağlık sorunudur (Agustí et al., 2020). Dünyada en yaygın görülen üçüncü ölüm nedeni KOAH’tır. Dünya nüfusunda her 10 yetişkinin birinde bu hastalığın olduğu düşünülmektedir. Türkiye’de ise 2012 yılından beri sigara içme oranının artması, birkaç şehir haricinde tüm şehirlerde hava kirliliği seviyesinin “Dünya Sağlık Örgütü” eşik düzeyinin üstünde olması, yoksulluğun artması ve sağlığın sosyal belirleyicilerde zamanla meydana gelen bozulma, ülkemizde gelecek yıllarda hastalık yükünün daha fazla artacağını düşündürmektedir (Agustí & Faner, 2018). KOAH

hastalarının %80-90'ından sigara sorumluyken, sigara içicilerin %20'ye yakınında ise klinik anlamda KOAH görülmektedir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanların %90'dan fazlası düşük veya orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. KOAH, spirometri gibi tanı koyucu testlere ulaşımın zor olduğu, çok az etkin ilacın bulunabildiği ve halk sağlığı politikalarının korunmak için yeterli olmadığı ülke hükümetleri ve sağlık kuruluşlarınca dikkate alınmamaktadır (Halpin et al., 2019). Ülkeler arası ve ülke içindeki değişik gruplarda KOAH kaynaklı hastalık yükü ve mortalite oranlarında ciddi değişiklikler tespit edilmiştir. Sosyal eşitsizlik, yoksulluk ve toplumun en hassas popülasyonu hastalıklardan daha çok etkilenmektedir. Bu tespit KOAH ile toplumsal eşitsizliğin “sindemik” (sinerjik epidemi) nitelik taşıdığını göstermektedir. Tüm dünyada, yaşam şartlarında eşitliğin olmadığı ülkelerde hastalık daha fazla görülmektedir. Sağlık çıktılarındaki bu eşitsizliğin en önemli ve önlenebilir nedenlerinden biri KOAH'tır (Burney et al., 2021; Marmot & Bell, 2019). Gelişmiş olan ülkelerde kadınlarda sigara içme oranının artmasıyla KOAH prevalansı ve mortalitesi erkeklerle eşitlenmeye başlamıştır. Düşük gelir düzeyi olan ülkelerde akciğer gelişiminde yetersizlik, hava kirliliği ve tütün kullanımında eklenmesiyle, sık görülen bazı enfeksiyonlarla beraber (tüberküloz, insan immünyetmezlik virüsü vb.) çok daha genç yaşlarda (40 yaş) ve özellikle kadınlarda KOAH gelişimine sebep olmaktadır (Halpin et al., 2019; Halpin et al., 2019).

KOAH, genetik hassasiyetle, çevresel etkenlere maruziyet ile karşılıklı etkileşim sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır. Sigara dumanı, KOAH gelişimi için küresel anlamda en yaygın görülen risk faktörüdür (Yang et al., 2022). Sigara içicilerde, içmeyenlere göre solunumsal belirtiler ve akciğer fonksiyon bozuklukları daha fazladır. KOAH oluşumunda; sigara kullanmaya başlama yaşı, sigarayı kullanma süresi ve günlük içilen sigara miktarı gibi etkenler önem arz etmektedir. Çalışma ortamlarında organik ve inorganik tozlara, kimyasal etkenlere ve dumanlara maruz kalmak, KOAH gelişimi için

önemli bir risk faktörüdür. Genel olarak bakıldığında toz ya da dumana maruz kalan birçok iş alanının (kömür tozu, silika, kadmiyum, hayvan yemi ve toz, duman veya eriticilere maruziyetin olduğu başka meslekler) KOAH gelişimi ile alakalı olduğu bildirilmiştir (Yang et al., 2022).

Mesleki açıdan maruziyet, iç ortam hava kirliliği yanı sıra çevresel tütün dumanına maruziyet ve dış ortam hava kirliliği önemli risk etmenleridir. Bunlara ek olarak, yoksulluk, yetersiz beslenme ve fiziksel aktivitenin az olması gibi diğer risk etmenleri ise hastalık gelişimi ve süreciyle, daha dolaylı etkilere sahiptir (Yang et al., 2022).

KOAH gibi hastalıklar çoğunlukla gen-çevre etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. KOAH'ta alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliği bilinen genetik risk faktörüdür, ancak AAT eksikliği yaygın olmamakla birlikte yalnızca hastaların %1-3'ünü açıklayabilir nitelikte bir bilgidir. Sigara kullanımıyla beraber, AAT eksikliği panlobuler amfizem gelişme riskinin artmasına sebep olmaktadır. Bilinen risk faktörü bulunmayan ve 40 yaşın altındaki kişilerde görülen amfizem ağırlıklı KOAH'lılarda, alfa-1 antitripsin eksikliği olabileceği akla gelmelidir.

Yaş, KOAH'ta en önemli risk faktörlerindendir. Ancak, hastalık gelişimine katkıda bulunması açısından yaşam süresince toplam maruziyeti mi gösterdiği, yoksa tek başına yaşlanmanın mı hastalık gelişimine etkisi olduğu yeterince bilinmemektedir. KOAH'ın genellikle erkeklere özgü bir hastalık olması yönünde inanın aksine, son 20 yılda hastalığın prevalansı ve mortalitesi kadınlarda erkeklere oranla daha fazla artmaktadır. Bu değişiklik büyük oranda son 50 yıldaki sigara kullanma eğilimlerindeki değişimle ilişkilidir (Çörtük, 2023).

Yoksulluk da KOAH gelişiminde çok önemli risk faktörleri arasındadır. Kötü beslenme ve düşük sosyo-ekonomik durum ile KOAH oluşumu arasında önemli bir ilişki olduğu bilinmektedir (Çörtük, 2023; Iheanacho et al., 2020)

2.4. KOAH'ın Fiziopatolojisi

FEV1 (Birinci Saniyedeki Zorlu Ekspiratuar Volüm) 'de azalmanın sebebi periferik hava yollarının enflamasyonu ve daralmasıdır (Li et al., 2021). Hava yolu daralmasının yanında küçük hava yollarında meydana gelen kaybın da hava akımının kısıtlanmasına katkısı olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur (McDonough et al., 2011). Küçük hava yollarındaki enflamasyon, fibrozis ve lümenal eksüdanın miktarı hem FEV1 'de ve FEV1 /FVC (Zorlu Vital Kapasite)'deki azalma hem de KOAH'ın karakteristik özelliği olan FEV1 'de hızlı düşüş ile ilişkilidir (Li et al., 2021).

2.5. KOAH'ın Belirti ve Bulguları

KOAH'ın en karakteristik belirtileri dispne, öksürük ve balgamdır. Bu belirtiler, günden güne değişkenlik gösterir ve yıllar içerisinde hava akımı kısıtlanmasının gelişiminden önce ortaya çıkabilir (Kessler et al., 2011; Miravitlles et al., 2014). Dispne; KOAH'ın temel belirtisi olmakla beraber, hava akımı kısıtlılığın en önemli sebebidir. Genellikle dispneye anksiyete de eşlik eder. Hastalar dispneyi nefes almada güçlük, göğüste ağırlık, hava açlığı veya nefes nefese kalmak olarak ifade ederler (Miravitlles et al., 2014).

KOAH'ın ilk semptomu, genellikle kronik öksürüktür ve hasta tarafından anormal bir semptom olarak algılanmaz. Çünkü hastalar genellikle sigara ve/veya çevresel maruziyetlere bağlı olduğunu düşünmektedir. Öksürük, başlangıçta aralıklı olabilir, sonraları gün boyu devam eden bir hal alır. Kronik öksürük sekresyonlu veya sekresyonsuz olabilir (Miravitlles et al., 2014). KOAH'lı hastalar genelde öksürükle az miktarda inatçı sekresyon çıkarırlar. Pürülan balgam, en önemli enflamasyon bulgularından biridir (Allinson et al., 2016; Soler et al., 2012). Wheezing ve göğüste sıkışma günden güne değişkenlik gösteren semptomlardır. Oskültasyonda yaygın ekspiratuar ve inspiratuar ronküsler olabilir. Efor sonrasında genelde göğüste sıkışma

olur ve iyi lokalize edilemez. Wheezing veya göğüste sıkışma olmaması, KOAH olmadığını düşündürmemesi gerektiği gibi varlığı da astım olacağını göstermemektedir (Soler et al., 2012).

2.6. KOAH'ta Tedavi

KOAH'ta ilaç tedavisi, belirtileri azaltmanın yanı sıra alevlenmelerin süresini, şiddetini azaltmak ve egzersize karşı toleransını takip ederek hastalık sürecini iyileştirmek amacıyla kullanılır. Bronkodilatör ajanlar, antienflamatuvar tedavi ve idame tedavide antibiyotik kullanımına dair GOLD 2021 raporunda yer alan önemli noktalara değinilmektedir ve idame tedavideki hastalık değerlendirmesi ve hastaların bireysel özellikleri gözetilerek ele alınmaktadır (Burney et al., 2021). KOAH'lı hastayı değerlendirme basamakları aşağıdaki gibidir.

1. Spirometrik ölçüm anormalliğinin ve derecesinin belirlenmesi,
2. Hastanın belirtilerinin durumu ve yoğunluğunun gözlemlenmesi,
3. Alevlenme hikayesi ve potansiyel risklerin saptanması,
4. KOAH'a ek olarak başka kronik hastalıkların olması (Buist et al., 2007).

KOAH'ta kesin ve objektif tanı koyduran bir ölçümdür ve bu ölçüm tekrar edilebilir özelliktedir. Hassasiyeti yüksek olmasına rağmen tek tanısal yöntem olarak kullanılamaz (Çolak et al., 2019). Spirometri maksimal inspirasyondan sonra güçlü bir şekilde ekshale edilen volümü (FVC), bu manevranın birinci saniyesinde ekshale edilen volümü (FEV1) ölçmeli ve bu iki ölçümün oranını (FEV1 /FVC) hesaplamalıdır. Yaş, boy, cinsiyet, ırk özellikleriyle belirlenmiş referanslara göre spirometrik ölçümler değerlendirilir (Pellegrino et al., 2005). Postbronkodilatör FEV1 /FVC <%70 olması hava yolu obstrüksiyonunda tanı kriteridir (Buist et al., 2007).

1. İnhaler ilaç kullanma tekniği düzenli olarak kontrol edilmelidir.

2. Pulmoner rehabilitasyon belirtileri, yaşam kalitesi, günlük aktivitelere ruhen ve fiziki yönden dahil olmasını kolaylaştırır.
3. Dinlenirken kronik hipoksemisi olan hastalarda, sağkalım süresinin artması, uzun süreli oksijen tedavisine bağlıdır.
4. Kronik hiperkapnik solunum yetmezliği ve akut solunum yetmezliği ile hastaneye yatış öyküsü olan olgularda uzun süreli noninvaziv mekanik ventilasyon uygulaması mortaliteyi ve tekrar hastaneye yatışı azaltabilir.
5. İleri düzeyde amfizemi olan ve tedaviye rağmen belirtileri kontrol edilemeyen olgularda, cerrahi veya bronkoskopik girişimler yararlı olabilir.
6. İleri düzey KOAH'ta Semptomları kontrol altına alabilmek için palyatif yaklaşım önemlidir (Stead et al., 2016).

GOLD 2021 raporunda, KOAH'ta kullanılan ilaçların (bronkodilatörler, inhale kortikosteroidler) mortalite azalmayı sağladığına dair kesin bir kanıt bulunmamaktadır.

2.7. KOAH'ta Hemşirelik Bakımı

Sağlık hizmetlerinin yapı taşlarında bir de, hemşirelik bakımındır (Karaca & Durna, 2019). KOAH tanılı bireylerin gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanmasında sağlık bakım hizmetlerinin diğer ekip üyeleri ile beraber çalışmaktadır. Hemşirelik bakımı, bireyin hastalığı ile ilgili yaşadığı tüm sıkıntıları ve bu sıkıntıları nasıl yöneteceği konusunda bireye rehberlik etmektedir. Bireyin hastalık sürecinde yaşadığı fonksiyon bozuklukları ile nasıl başedeceği hemşirelik bakımı sayesinde sağlanabilmektedir. KOAH tanılı hastaların yaşam kalitesini artırmak, mortalite ve morbiditeyi azaltmak, fizyolojik fonksiyonların iyileşmesini sağlamak bireye verilecek iyi bir hemşirelik bakımı ile mümkündür. Dolayısıyla kaliteli bir hemşirelik bakımı ile sağlık bakım hizmetlerinin yükü de azalmış olacaktır (Tabari et al., 2018). Diğer taraftan bakımın sürekliliğini sağlamak sürecin sağlıklı ilerlemesi için çok önemlidir. Bu anlamda hemşireler bütüncül

bir bakım anlayışı çerçevesinde bireyin bakımından sorumlu olan herkesle iletişim kurarak bakımın sürekliliğini sağlamak sorumluluğunu taşımaktadır (Morrison & infirmières, 2010). KOAH'ta hareketin kısıtlı olması, hasta bireyin yaşam alanının sınırlı olmasına ve bireyi güçsüzlüğe itmektedir. Dolayısıyla birey hayatını idame ettirebilmek için fiziksel aktivitelerini gerçekleştirmek zorundadır. Tüm bireyler de olduğu gibi hasta bireylerinde karşılanması gereken fizyolojik gereksinimleri bulunmaktadır ve bu gereksinimler karşılanmazsa kişinin yaşamını sürdürmesi çok zorlaşır. Bireyin hastalığının tamamen ortadan kaldırılmasının mümkün olmadığı açıklanmalı ve ihtiyaçlarını karşılayabilecek seviyeye getirmede hemşirenin vereceği bütüncül bakımın önemi bilinmelidir (Branson, 2018).

KOAH'ta bireylerin yaşadıkları problemler etkili hava yolu açıklığı ve etkili gaz değişimi sürdürülemediğinden kaynaklı olduğu için bireyde fiziksel, emosyonel ve sosyal açıdan engellere neden olmaktadır. Bu açıdan solunum yetersizliği olan bireylerin hemşirelik bakımı, bütüncül bir bakım anlayışına dayanarak kişiyi fiziksel, emosyonel ve sosyal tarafıyla ele alıp bireyin özbakım fonksiyonlarını yerine getirerek rehabilite edici bir bakım uygulaması gerçekleştirilmelidir. Hemşirelik bakımında hedeflenen uygulamaları da şu şekilde sıralayabiliriz:

1. Doku perfüzyonunda değişiklik endikasyonlarını belirlemek,
2. Etkili hava yolu açıklığı ve etkili gaz değişimini sağlamak,
3. Etkili solunum işlevini sağlamayı ve sürdürmek,
4. Anksiyete ve korkuyu azaltmak,
5. Gelişebilecek komplikasyonları önlemek,
6. Hastanın rahatını sağlamaktır (Avşar & Kaşıkçı, 2009).

KOAH'lı bireyin eğitimi, hastalığı hakkında bilgilendirilmesi, hastalığının özelliklerinin anlamasında ve tedaviye uyum sağlanmasında son derece önem arz

etmektedir. Eğitim bir programa tabi olunarak yapılmalıdır. Hemşirenin eğitici rolü göz önünde bulundurularak, bireye olan yaklaşımı bakım ve tedavi biçiminde değişimler konusunda oldukça etkili olacaktır (Kocabaş et al., 2014).

KOAH'ın ilerleme süreci, sigara içiminin bırakılmasıyla durduğu kanıtlanmıştır. Dolayısıyla sigara içiminin bırakılması tedavide en güçlü uygulamadır (Kocabaş et al., 2014). Tedavinin birinci aşaması, sigara kullanımının bırakılması olarak planlanmalıdır. Çünkü sigarayı bırakma; hastalık belirtilerinde azalma, yaşam kalitesinde iyileşme sağlayarak başka kronik hastalıkların gelişmemesine ve mortalitenin azalmasına katkı sağlayacaktır (Ho et al., 2019).

KOAH'lı bireylerde enfeksiyonlar hava akımı kısıtlamasında geçici azalmalara sebep olabilir (Ho et al., 2019). Bu hastalar grip olduklarında çok ağır geçirirler. Grip KOAH'ta meydana gelen akut bronşit ataklarının en sık görülen sebeplerinden birisidir ve grip sonrası pnömoni oluşumu kolaylaştır (Kara & Aşti, 2002). Bu hastalarda hastalığa uyum sağlamak ve özbakım becerilerinin gelişimi oldukça önemlidir. Aksi takdirde ilaçların doğru ve düzenli kullanılmamasından dolayı gelişebilecek komplikasyonlarla mortalite oranları artabilmektedir. Enfeksiyonun çok önemli bir risk olduğu hastaya anlatılmalıdır. Vücut ısısında yükselme, balgamın renginde, içeriğinde miktarında değişim, dispne ve yorgunluk gibi belirtileri olduğunda hekime başvurması gerektiğinin önemi açıklanmalıdır. Enfeksiyonlardan korunmak için ellerin sık sık yıkanmasının, kalabalık ve havasız ortamlardan uzak kalmanın önemi vurgulanmalıdır (Kara & Aşti, 2002; Kocabaş et al., 2014).

KOAH hastalarında solunum yüzeysel, hızlı ve yetersiz olduğu için solunum işlevinin koordinasyonunu sağlayacak tekniklerin hastalara öğretilmesi bu anlamda önem arz etmektedir. Bu teknikler; büyük dudak solunumu ve diyafragmatik solunum teknikleri olmak üzere iki tanedir. Bu tekniklerde amacı dispneyi azaltmak, solunum kaslarının

fonksiyonunu artırmak, ekspirasyon akım hızını arttırmak, solunum yükünü azaltmak, ventilasyonun ve oksijenasyonun iyileşmesine olanak sağlamaktır (Lee et al., 2016). Büzük dudak solunumunda, dudaklar yarı açık durumda iken yavaş ve derin ekspirasyon manevrası yapılır. Bu şekilde hava yollarında kollaps önlenir. Hasta bireyin solunum hızını ve derinliğini kontrol etmesine yardımcı olur. Diğer taraftan relaksasyon sağlar. Bu yöntem hastanın dispne hissini azaltarak panik duygu durumunu kontrol altına almasına katkı sağlamaktadır (Miravittles et al., 2014). Diyafragmatik solunum tekniğinde, inspirasyon anında hastalar karın duvarını dışa doğru hareket ettirir, böylece üst kostaların hareketi azalmış olur. Burada amaç göğüs duvarı hareketini ve vantilasyonun dağılımını iyileştirmektir. Diyafragmatik solunum yapıldıktan sonra solunum sayısı ve oksijen tüketimi azalarak solunum derinliği artar (Kara & Aşti, 2002).

KOAH'lı bireyler yaşadıkları problemlerden dolayı genelde depresif, korkulu ve bağımlı duruma gelmektedirler. Progresif dispne korkulan bir sorundur, çünkü “dispne – korku” kısır döngüsüne neden olabilmektedir. Egzersiz faaliyetleri azaldıkça dispne semptomları artarak daha fazla korku ve endişe yaşanmasına sebep olmaktadır. Bireylerin hastalıkla alakalı algı düzeyi, inancı, aile ve sosyal destekleri incelenerek bütüncül bakım ışığında bir yaklaşım sergilenmelidir (Kocabaş et al., 2014). Oluşan bu stresle nasıl başedebileceği konusunda desteklenmelidir. Yapacağımız doğru nefes alıp verme tekniklerinin sadece solunum egzersizi değil aynı zamanda gevşeme egzersizlerinin de bir parçası olması itibariyle bu anlamda bireye yardımcı olacaktır (Kara & Aşti, 2002).

KOAH vakalarında meydana gelen genel görünümündeki değişim aile içinde ve sosyal açıdan yaşayacağı değişim, başkalarına bağımlı olma duygusuna bürünme hali bireyin benlik algısında azalmaya sebep olabileceği bildirilmektedir. KOAH'lı hastalar aile içi süreçte ve iş hayatlarında rollerini gerçekleştirebilecek düzeye sahip olsalar dahi aktivite sınırlamasına bağlı olarak rollerinden uzaklaşmaktadırlar. Çalışma ve ev

hayatlarında planlı hareket ederek basit tedbirlerle yapacakları işler yaşamlarını oldukça kolaylaştırabilmektedir (Control & Prevention, 2009).

2.8. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı; “okuryazarlıkla ilişkili, bireylerin sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşantılarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önlemek için gerekli sağlık bilgisine erişmek, anlamak, değer biçmek ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik” olarak tanımlanmaktadır (Untila, 2020). Sağlık okuryazarlığıyla ilgili bilgiye ulaşma basamakları; bilgiyi edinmek, bilgiyi anlamak ve bu bilgiyi kullanarak amaca ulaşmaktır. Çoğunlukla hemşire, internet, sosyal medya, kitaplar, aile ve arkadaşlar bilgi ve tavsiye kaynaklarıdır (Johnston et al., 2015). Türkiye’de sağlık okuryazarlığıyla ilgili çok az sayıda literatür kaynağı mevcuttur. Nitekim ülkemizde ihmal edilen bir konu olma özelliği taşımaktadır. Literatürde yer alan bilgiye göre sağlık okuryazarlığı genel okuma yazma düzeyine denk kabul edilmektedir (Elif & Sivrikaya, 2019).

Okuryazarlık ifadesinin öneminin artmasında sağlık okuyazarlığı kavramının etkisi çok büyüktür. Bu doğrultuda okuryazarlık kavramı da zamanla değişip gelişmeye devam etmektedir. Snavely ve Cooper okuryazarlığı, herhangi bir konuda bilgi sahibi olma olarak tanımlamışlardır. Bu tanıma istinaden, okuryazarlık kavramı, bir araç niteliğinde olup, belli alanlarda amaca ulaşmak için kullanılan bir kavramdır. Aslında burda belirtilmek istenen bir konuda uzman niteliğinde bilgi sahibi olmak değil, bir konu hakkında temel bilgilere sahip olabilmesidir. En önemlisi de bir konu hakkında bilgiye ulaşabilmek, anlayabilmek ve yorumlayabilecek beceriye sahip olabilmedir (Nanna, 2009). Kişi yaşamı boyunca, kendisi ya da yakını için çoğu kez sağlık sistemlerinden faydalanmak için etkileşime geçmiştir. Ancak bununla birlikte ne kadar karmaşık bir sistem olduğu bilincine varmıştır. Bu karmaşık sistem hasta merkezli bir yapıya

bürünerek bireylere yeni sorumluluklar yüklemiştir. Bireyler çeşitli yollardan (sağlık hizmeti sunucuları, eczacılar, internet ve medya) bilgi sahibi olmaktadır ve talep ettikleri sağlık hizmeti için ise sağlıkla ilgili olan temel kararları verebilmeleri beklentisi olmaktadır. Bu yüzden edinilen bilgilerin anlaşılabilir, uygulanabilir ve doğru karar vermede kullanılabilir olması bireyin sağlık okuryazarlık düzeyiyle alakalıdır. Birey, temel sağlık bilgisine sahip, hak ve sorumluluklarının bilincinde olup bu doğrultuda hareket ederek doğru kararlar verebilir. Bu durum ise yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireyler için mümkün olmaktadır (Ferrell et al., 2007).

Dünya Sağlık Örgütü, Amerikan Tabipler Birliği, Tıp Enstitüsü gibi ulusal ve uluslararası kuruluşların yayınladığı raporlar ve farklı tanımlarla konunun dikkat çekici boyutlarının altını çizmeleri, sağlık okuryazarlığına verilen değerin giderek artmasını sağlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını; ‘iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda hastaların sağlık bilgilerine erişebilme, anlama ve kullanabilme kapasiteleri’ olarak tanımlamıştır (Yin et al., 2015). Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association) ise sağlık okuryazarlığını ‘sağlık hizmeti ortamında işlevde bulunmak için gerekli temel okuma görevlerini ve sayısal işlemleri uygulama yeterliğini ve reçeteli ilaçları, randevu kartlarını ve sağlığa ilişkin diğer önemli materyalleri okuma ve anlama yeterliğini de içine alan becerilerin uyumlu birlikteliği’ şeklinde tanımlamıştır (Yin et al., 2015). Tıp Enstitüsü de Dünya Sağlık Örgütü’ne çok benzer şekilde sağlık okuryazarlığını; kişinin kendi sağlığı hakkında uygun karar verebilmesi için gerekli sağlık bilgisini elde etme, anlama ve o bilgiden yararlanma olarak tanımlamıştır. (Peyman & Abdollahi, 2016). Bireyin sağlık okuryazarı olması, sağlık durumu ile alakalı sağlık hizmet sunucularını bilerek, ihtiyacı halinde nereye ve kime başvurması gerektiğine karar vermesi, tedavi seçeneklerini anlayarak kendisi için uygun olan tedavi seçeneğine karar vermesi manasındadır. Sağlık okuryazarı olmak aynı zamanda ilaçları doğru şekilde

kullanabilmeyi, gerektiğinde basit tıbbi cihazları doğru şekilde uygulayabilmeyi ve sağlık hizmeti sunucularının ikaz ve önerilerine tam manasıyla uyabilmeyi de içermektedir (Nutbeam, 2000). Bunlardan dolayı sağlık okuryazarlığı kavramının bazı temel özellikleri şu şekilde sıralanabilmektedir.

1. Sağlık okuryazarlığı temel sağlık bilgilerine ulaşabilme yeteneğiyle başlayan ve bu bilgilerin kullanılmasıyla sona eren bir süreçtir.
2. Sağlık okuryazarlığı kişinin devamlı öğrenmesiyle daha geliştirilebilir bir süreçtir.
3. Sağlık okuryazarlığının ölçülmesi yetenek, kapasite gibi kavramlarla tanımlandığı için çok zordur.
4. Sağlık okuryazarlığı kişilerin sağlık bakım süreçlerinde daha aktif rol almalarına, kendi sağlıklarıyla alakalı doğru kararlar verip ve sağlık sisteminde daha etkili ve işlevsel olmalarına katkı sağlar (Kickbusch, 2004).

Nutbeam sağlık okuryazarlığını 3 basamağa ayırmıştır (Nutbeam, 2000). Bu basamaklar; fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, interaktif sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığıdır. Nutbeam'ın bu basamaklandırmasından hareketle Kickbusch'da her bir basamakta bireyin rolünü tanımlamıştır (Smith & Kirsten, 2010).

1. Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı: Temel sağlık okuryazarlığı da diyebileceğimiz bu basamak, bireylerin sağlıklı beslenme, egzersiz yapma, ilkyardım gibi temel sağlık konularında fikir sahibi olması manasındadır. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyinde bireyin basit yazılı ve sözlü sağlık mesajlarını anlayabilmesi beklenmektedir. Birey sağlık hizmetlerini nasıl kullanacağını bilir ve sağlık risklerini hesaplayabilir, bununla beraber kişi bu düzeyde aktif değildir (Peyman & Abdollahi, 2016).
2. İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı: Bu basamakta birey, mevcut olan sağlık bilgilerini kullanarak sağlığını korumak için birtakım aktiviteler yapar. Böylece

fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyinde bildiği uygulamaları gerçekleştirerek pasif durumdan aktif duruma geçer. Örneğin yapması gereken egzersizleri bilmekle kalmaz günlük hayatına geçirerek pratiğe döker, dengeli beslenmenin önemini bilmenin yanında doğru besinleri seçerek rutin olarak hayata geçirir. Dolayısıyla birey bu aktivitelerle hem sağlığını geliştirir hem de sosyal evre ile de etkileşime geçmiş olur (Peyman & Abdollahi, 2016).

3. Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı: Birey bu basamakta sadece kendi sağlığı için değil aynı zamanda toplumun sağlığı için de harekete geçer. Bu basamakta kişi pro-aktifdir, yani kendisinin ve çevresinin sağlığı hakkında da söz sahibi olduğunun farkındadır. Sağlık okuryazarlığı eleştirel düzeyde olan bir kişi, sağlığı sosyal ve ekonomik boyutlarıyla inceler, sağlık alanındaki makro politikaları analiz edebilir. Bireyin bu düzeydeki aktiviteleri sadece kendi sağlığıyla yeterli kalmayıp, temiz gıda ve temiz su temini, çocuklar için güvenli oyun alanları gibi isteklerle toplum sağlığını da olumlu yönde etkilemeyi hedefler (Peyman & Abdollahi, 2016; Smith & Kirsten, 2010).

2.9. KOAH'ta Sağlık Okuryazarlığı

KOAH'ta temel sağlık bilgilerinin iyi bir iletişime geçilerek iletilebilmesi önem arz etmektedir. Çünkü doğru iletilmeyen sağlık bilgileri hasta ve yakınlarının tedavi süreçlerinde zorlanmalarına ve doğru tedavi alamamalarına sebep olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler verilen tedavileri anlayamamakta ve uygulayamamaktadır. Yaşlı nüfus düşük sağlık okuryazarlığı açısından dikkat çekmekte olup, KOAH'ın yaş oranı da düşünüldüğünde bu hastaların özellikle risk altında olduğu görülmektedir (Tanrıöver et al., 2014). Bu bireylerin, sağlık kurumlarına gelme oranı ve tedavilerden beklentileri daha fazladır (Aslantekin & Yumrutaş, 2014). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan KOAH'lı hastalar acil klinik ve polikliniklere daha fazla

sayıda başvurmuş, daha bağımlı kişiler olmuşlardır (Aslantekin & Yumrutaş, 2014; Tanrıöver et al., 2014). İlaç kullanımları da bireyin sağlık okuryazarlığı durumuna göre değişmektedir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalar uzun dönem kullandığı ilaçlarını düzensiz uygularken akut belirti ilaçlarını gereğinden fazla kullanmaktadırlar (Aslantekin & Yumrutaş, 2014). Puente-Maestu'nin yaptığı bir çalışmada; KOAH'lı hastaların %58,0'ında sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğu, sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin benzer akciğer fonksiyonlarına sahip olduğu, sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin yaşamları boyunca daha bağımlı ve aktivitelerini yerine getirmede zorlandığı, sakatlık durumu ve ölüm riskinin daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Tanrıöver et al., 2014).

2.10. Özbakım

Özbakım, kişilerin hayatları boyunca, sağlık ve iyilik durumlarını devam ettirebilmeleri için yapması zorunlu olan gereksinimleridir. Hemşirelik uygulamalarında yaygın kullanılan kuramlardan biri Orem'in Özbakım Eksikliği Hemşirelik Kuramıdır. Dorethea Elizabeth Orem (2001) tarafından geliştirilen model; özbakım kuramı, özbakım eksikliği kuramı ve hemşirelik sistemleri olmak üzere üç ayrı kuramın birleşiminden oluşmaktadır. Orem'e göre, yardıma ihtiyacı olan bireyin gereksinimini sağlamak ve kişinin bireysel bakımını yapabilecek seviyeye getirmek hemşireliğin temel amacı olmalıdır (Fertelli & Havva, 2007). Kişinin eğitimi, deneyimi ve kişisel merakı ile birlikte özbakım davranışları da gelişmektedir. Gelişen bu davranışlar kişinin sağlık ve iyilik durumunu etkilemektedir. Orem'in kuramında kişi kendi özbakım ihtiyaçlarını karşılayamadığı zaman başka birine gereksinim duymaktadır. Hemşire hasta bireyin gereksinimlerinin giderilmesi konusunda yardım etme sanatını kullanır (Avdal & Kızılcı, 2010). Orem, yaş, cinsiyet, gelişim durumu, sağlık durumu, sosyo-kültürel özellikler, sağlık sistemi, aile sistemi, yaşam şekli ve düzenli yaptığı aktiviteler, kendini algılayış,

çevresel faktörler, kaynakların yeterliliği ve ulaşılabilirliğini bireyin özbakım gücünü etkileyen faktörler olarak belirtmiştir. Kuram ayrıca altı çekirdek kavram (özbakım, terapötik özbakım gereksinimleri, özbakım gücü, özbakım eksikliği, hemşirelik gücü ve hemşirelik sistemi) ile bir çevresel kavramı (temel durumsal faktörler) açıklar (Berbiglia, 2014). Uluslararası birçok çalışmanın konusunu oluşturmuş kuram, özbakım sağlayıcıları olarak birey ve ailesine odaklandığı için evrensel olarak kullanılabilir (Meneguessi et al., 2012). Özbakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı diyabet, epilepsi, astım gibi birçok kronik hastalığın hemşirelik uygulamalarında kullanılmıştır (Altay & Çavuşoğlu 2013; Berbiglia, 2014). Orem özbakım gereksinimlerini üç alt grup altında sınıflandırmıştır. Bunlar; evrensel özbakım gereksinimleri, gelişimsel özbakım gereksinimleri ve sağlıktan sapma özbakım gereksinimleridir (Felipe et al., 2014).

Evrensel Özbakım Gereksinimleri: Bireyin günlük yaşam aktiviteleri olan temel gereksinim ve istekleri kapsar. Bunlar; yeterli hava, su, beslenme ihtiyaçlarının sürdürülmesi; boşaltım ve dışkılama ile ilgili bakımının sağlanması; aktivite ve dinlenme, yalnızlık ve sosyal etkileşim gibi durumlar arasındaki dengenin sağlanması; iyilik halinin sürdürülmesi ve fonksiyonelliğin geliştirilmesi gibi ihtiyaçlardır (Felipe et al., 2014; Meneguessi et al., 2012).

Gelişimsel Özbakım Gereksinimleri: Bireyin yaşam sürecinde büyüme ve gelişme aşamalarında ortaya çıkan olumsuz koşulları önleyici bakımı ve gereksinimlerin karşılanmasını ifade eder (Pektekin, 2013).

Sağlıktan Sapma Özbakım Gereksinimleri: Orem'e (2001) göre bireylerde sağlıktan sapma durumunda eğer özbakım gereksinimlerini karşılamada kendini yeterli görüyorsa özbakımını kendi yürütmelidir (Berbiglia, 2014). Birey sağlığında sapmalarla birlikte özbakım gereksinimlerini karşılayamayacak durumdaysa hemşirelik bakımına ihtiyaç duyar (Pektekin, 2013).

2.11. KOAH'ta Özbakım Yönetimi

KOAH'ta hastalara bilgilendirme ve tavsiye verme şeklinde eğitim uygulanmaktadır. Fakat davranış değişikliğine yol açacağını düşünmek tartışmalı bir konudur. Sadece bu eğitim uygulamaları aktivite toleransında ve akciğer fonksiyonlarını iyileştirmede etkisinin olmadığı bilinmektedir (Poole et al., 2019). Ancak yetenek, hastalıkla başa çıkma ve sağlık durumunun iyiye gitmesinde eğitim rol oynayabilir. Türkiye'de, yapılandırılmış eğitimin KOAH'lı hastalarda yaşam kalitesini arttırdığı gösteren çalışmalar mevcuttur (Öztürk et al., 2020). Bireysel ve/veya grup eğitim seansları şeklinde uygulanabilen eğitim programları vardır. Bu programlarda üzerinde durulması gereken konular;

1. KOAH hakkında temel bilgiler,
2. Sigara bırakma,
3. Tedavi yaklaşım ve özellikleri (inhaler cihaz kullanımı),
4. Dispneyi azaltma stratejileri,
5. Alevlenmelerin erken tanınması,
6. Karar verme ve harekete geçme,
7. Yardım istenmesi gereken zamanı bilme,
8. Yaşam sonu planlanması gibi konular yer almalıdır.

KOAH'ta kişinin ihtiyaçları, tercihleri, hedefleri göz önünde bulundurularak verilen bireyselleştirilmiş bakım sağlık davranışlarının gelişmesinde faydalı olacaktır (Öztürk et al., 2020).

Entegre Bakım Programları

1. Fiziksel aktivite

Fiziksel aktivite, enerji harcaması gerektiren, iskelet kasları tarafından üretilen herhangi bir vücut hareketi olarak tanımlanır ve fiziksel aktivite türü, yoğunluğu, süresi

ve modelleri ile karakterize edilen karmaşık bir davranıştır (Watz et al., 2014). Genellikle fiziksel aktivite sırasındaki enerji harcamasını standart dinlenme metabolizma hızıyla ilişkilendiren metabolik eşdeğerler kullanılarak tanımlanır (Ainsworth et al., 2011). KOAH hastalarının, hastalığın erken evresinde bile, sağlıklı yetişkinlerle karşılaştırıldığında daha düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu rapor edilmiştir (Vorrink et al., 2011). Ayrıca azalmış fiziksel aktivitenin semptomların kötüleşmesi, alevlenme ve mortalite riskinin artmasıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Gimeno-Santos et al., 2014). Japon Solunum Derneği tarafından KOAH tanısı ve tedavisi için yayınlanan 15 kılavuz, tedavi hedefi olarak egzersiz kapasitesinde ve günlük fiziksel aktivitede iyileşmeyi içermektedir (Nagai et al., 2009). Bu nedenle, KOAHı iyileştirmeye yönelik etkili müdahalelere ulaşmak için ilgili temel faktörlerin anlaşılması gerekmektedir.

Çalışmalar KOAH hastalarında fiziksel aktivitenin egzersiz toleransı, öz yeterlilik ve motivasyon gibi birçok faktörden etkilenebileceğini göstermiştir (Watz et al., 2014; Wshah et al., 2020). Ayrıca sosyodemografik ve çevresel faktörlerin de fiziksel aktiviteyi etkilediği rapor edilmiştir ve pulmoner fonksiyon ile fiziksel aktivite arasında bir korelasyon da öne sürülmüştür (Paneroni et al., 2019).

Fiziksel aktivite KOAH'lı olgularda azalmaktadır. Azalan fiziksel aktiviteyle beraber; yaşam kalitesinin azalacak, hastaneye yatış ve ölüm oranlarının artacaktır (Mantoani et al., 2016).

2. Pulmoner Rehabilitasyon

Pulmoner rehabilitasyon, “Kronik solunumsal hastalığı olan bireylerde fiziksel ve psikolojik durumu iyileştirmek ve sağlığı düzeltici davranışlara uyumu sağlamak için düzenlenmiş, egzersiz eğitimi, eğitim ve davranışsal değişiklikleriyle sınırlı kalmayan aynı zamanda kapsamlı, bireyselleştirilmiş, girişim temelli bir uygulamadır.”(Wan et al., 2020). Entegre hasta bakımında pulmoner rehabilitasyon önemli bir bileşendir. Daha

kapsamlı bir hizmet sunmak için bu aşamada farklı sağlık profesyonellerine ihtiyaç duyulmaktadır. Pulmoner rehabilitasyon programından önce hastaların;

1. Hedefleri,
2. Özgün sağlık bakımı ihtiyaçları,
3. Sigara içme durumları,
4. Nütrisyonel sağlıkları,
5. Öz yönetim kapasiteleri,
6. Sağlık okuryazarlıkları,
7. Psikolojik sağlık ve sosyal durumları,
8. Komorbid durumları
9. Egzersiz sınırlanmaları ve yapabilirlikleri dikkatli bir değerlendirmeden geçmelidir (Spruit et al., 2013).

Hastaların alt ve üst ekstremiteleri, dayanıklılık (endurans) ve güçlendirme (kuvvet) eğitimi pulmoner rahabilitasyon programına dahil edilmelidir. Bu programa yürüme egzersizleri, fleksibilite, inspiratuvar kas eğitimi ve nöromusküler elektriksel simülasyon da eklenebilir. Bireysel fonksiyonel kazanımların azami ölçüde olması için her zaman rehabilitasyon uygulamalarının bireyselleştirilmiş temelli olması gerekmektedir (Agustí & Faner, 2018).

Destek, Palyatif, Yaşam Sonu Tedaviler

Palyatif bakımda amaç, hastalığın semptomlarını kontrol altına almanın yanında ölüme yaklaşmış hastaların problemlerinin yönetimini de sağlayabilmektir. Palyatif bakım gerektiren KOAH belirtileri; yorgunluk, dispne, depresyon, anksiyete ve uykusuzluk gibi durumlardır. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki; akciğer kanseri hastalar palyatif bakım hizmetini KOAH hastalarına göre daha fazla almaktadırlar (Group, 2016).

Oksijen Tedavisi

Uzun süreli oksijen tedavisinin KOAH'lı ve ciddi istirahat hipoksemisi olan hastalarda sağkalımı iyileştirdiği gösterilmiştir (Branson, 2018). KOAH'ta oksijen tedavisinin tamamı tam olarak anlaşılamayan bir takım fizyolojik, fonksiyonel ve biyolojik etkileri vardır. KOAH alevlenmelerinde oksijen tedavisi hem yararlı hem de zararlı olabilir (Branson, 2018). Günde en az 15 saat uzun süreli oksijen tedavisi uygulanması, kronik solunum yetmezliği ve istirahat hipoksemisi olan hastalarda sağkalımı arttırmaktadır. Gün içerisinde uzun süreli oksijen tedavisi verilen hastaların PaO₂ veya SpO₂ ile 60-90 içinde oda havasında veya önerilen düzeyde oksijen kullanırken tekrar değerlendirerek halen oksijen kullanma endikasyonunun devamı açısından gözden geçirilmelidir (Ekström et al., 2016).

KOAH'lı hastalar yaşamlarının bazı zamanlarında, sağlıktan sapma durumlarında özbakımlarını yerine getirememekte ve özbakım en temel problem olarak karşımıza çıkmaktadır (Hançerlioğlu & Aykar, 2018). Özbakım yönetimi, hastalıkların semptomları ortaya çıkar çıkmaz yapılması gereken uygulamaların belirlenmesidir (Riegel et al., 2012). Özbakım yönetimi sağlığın geliştirilmesi amacıyla yapılacak olan uygulamaların var olan kronik bir hastalığın gerektirdiği yönetim bağlamında sağlığı geliştirme uygulamalarıyla sağlığı koruma sürecini ele alan bir karar verme sürecidir. Özbakım; bakımı, özbakım izleme ve özbakım yönetimini içerir. Özbakım yönetimini etkileyen faktörler deneyim, beceri, motivasyon, kültür, güven, alışkanlıklar, işlev, biliş, başkalarından destek ve bakıma erişimdir (Graven & Grant, 2013). Kronik hastalıkların belirtileri arttığı zaman semptomları azaltmak için yapılan tedavi ve bakım uygulamaları ve bu girişimlerin değerlendirilmesi süreci olan özbakım yönetimi, hasta, hasta yakınları ve sağlık hizmetleri sunucularından oluşmaktadır (Graven & Grant, 2013; Zavertnik, 2014). Etkili bir özbakım yönetimiyle bireyin yaşam kalitesi ve memnuniyeti artırılabilir.

Özbakım yönetimi başarıyla devam ettirilirse ölüm oranlarının azalmasına, komplikasyonların önlenmesine, acil kliniklere yapılan başvurularda azalma ve hastaneye yatış sayısı ve yatış süresinde azalmaya katkı sağladığı yapılan araştırmalarla desteklenmektedir (Fırat & Öztunç, 2019). Özbakım ve özbakım yönetimi kavramı birbirlerinden farklı kavramları ifade etmektedir. Özbakım günlük hayatta öğrenilen sağlık davranışlarını tanımlarken, özbakım yönetimi kronik hastalıklarda sorumluluklar edinip hastalığa uygun olması gereken profesyonel davranışları içermektedir (Akyol & Karadakovan, 2002). Eğer bir hasta kendi bakımını yapamıyorsa etrafındaki bireylere kısmen ya da tamamen bağımlı hale gelebilmektedirler (Mackey et al., 2016). Hastalık durumunda özbakım yönetimine dayalı uygulamalar varsa, hasta bireylerde daha başarılı sağlık hallerine erişebilirler. Bireyin birden fazla hastalığı mevcut ise, kendi özbakımını yönetme davranışlarının gelişimi, hastanın hastalıkla alakalı bilgisine, inancına ve öz yeterliliğine faydası olacaktır. Özbakım yönetim davranışları düşük olan kişiler, sağlık alanında yapılacak olan harcamaların artmasına sebep olarak sağlık ekonomisini olumsuz yönde etkileyecektir (Kara, 2001). Bireye bireyselleştirilmiş eğitim vererek bilgi ve becerisinin geliştirilmesi kendi özbakımına katılımını sağlayarak karşılaşacağı bir problemde kendi sağlığı üzerinde sorumluluk alarak çözümlemeye çalışacaktır (Avdal & Kızılcı, 2010). Orem bireylerin özbakım gereksinimlerinin ne olduğunu anlayabilme ve bu gereksinimlerini karşılayabilme yeteneklerinin olduğunu savunur. Eğer bu yeteneklerden bir kısım kaybolursa bireyde özbakım yetersizliği oluşmakta ve profesyonel olarak destek alma durumundadır (Jenerette & Murdaugh, 2008). Özbakım yönetiminin içerisinde; atılganlık, başa çıkma davranışları, öz yeterlilik, sosyal destek, özbakım gücü, özbakım faaliyetleridir. Hemşireler, hastaların özbakım yönetimi konusunda bilgi sahibi olmalarına, hastaların sağlık durumları ve özbakım yönetimi hakkında yardımcı olmada çok önemli etkiye sahiptir (Bayülgen et al., 2021).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinin göğüs hastalıkları kliniğinde Kasım 2022-Eylül 2023 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın verileri ise Ocak 2023-Mayıs 2023 tarihleri arasında toplandı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ocak 2023-Mayıs 2023 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinin göğüs hastalıkları kliniğinde yatan KOAH hastaları oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için G*Power 3.1.9.4 programında priori güç analizi yapıldı (Faul et al., 2007). Yapılan güç analizinde 0.50 etki büyüklüğü ($d = 0.50$), %5 hata payı ($\alpha = 0.05$) ve %80 güç ($1-\beta = 0.80$) alınarak örneklem büyüklüğü 140 hasta olarak belirlendi. Araştırma örneklemi belirtilen tarihler arasında göğüs hastalıkları kliniğinde yatan, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 150 hasta oluşturdu.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

1. KOAH hastası olmak,
2. 18 yaş ve üzeri olmak,
3. Okuma yazması olmak,
4. Veri toplama formlarını anlayabilme ve yanıtlayabilme yeterliliğine sahip olmak,
5. Daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı almamış olmak,
6. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği”, “Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği” kullanıldı.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-4)

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, hastaların sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği, çalışma durumu, sağlık güvencesi, ekonomik durum) ve hastalık özelliklerini (teşhis süresi, günlük kullandığı ilaç sayısı, sigara kullanımı) belirlemeye yönelik toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Ek-5)

“Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ)” Suka et al. (2013) tarafından 2010 yılında Japonya’da yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Türkoğlu ve Kılıç (2021) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin; “Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı”, “İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı” ve “Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı” olmak üzere üç alt boyutu vardır. Ölçeğin maddeleri 5’li likert tipinde “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) ile “kesinlikle katılıyorum” (5 puan) arasında derecelendirilmektedir. Ölçekten toplamda 14-70 arasında puan alınmaktadır. Toplam puanın yükselmesi sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseldiğini göstermektedir (Türkoğlu ve Kılıç 2021). Ölçeğin orijinalinde Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği’nin Cronbach alfa değerinin 0.81 alt boyutlarının Cronbach alfa değeri 0.76-0.85 arasındadır (Suka et al. 2013). Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasında Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği’nin Cronbach alfa değeri 0.85, Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı 0.85, İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı 0.90, Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı 0,87 olarak bulunmuştur (Türkoğlu ve Kılıç 2021). Bu çalışmada ise Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği cronbach alfa değeri 0,84 olarak, Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı 0.71, İnteraktif Sağlık

Okuryazarlığı 0.78, Eleşirel Sağlık Okuryazarlığı cronbach alfa değeri 0,74 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği (Ek-6)

Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği, Jones tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Hançerlioğlu ve Aykar (2018) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin öz koruma ve sosyal koruma olarak iki alt boyutu bulunmaktadır. Öz koruma alt boyutunu 2, 6, 8, 11, 15, 18, 19, 20, 22, 23 ve 25-34 maddeleri ve sosyal koruma alt boyutunu 1, 3-5, 7, 9, 10, 12-14, 16, 17, 21, 24 ve 35 maddeleri oluşturmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesi 5 (Kesinlikle Katılıyorum) ve 1 (Hiç Katılmıyorum) şeklinde 5'li likert şeklindedir. Ölçeğin 3, 15, 19 ve 28. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça öz bakım yönetimi artmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasında Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Cronbach Alfa değeri 0.85, öz koruma alt boyutu 0.83, sosyal koruma alt boyutu 0.68 bulunmuştur (Hançerlioğlu ve Aykar 2018). Bu çalışmada ise, Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği cronbach alfa değeri 0.80, öz koruma 0,78 ve Sosyal Koruma 0,72 olarak saptanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından Atatürk Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinin göğüs hastalıkları kliniğinde Ocak 2023- Mayıs 2023 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Kurum izni aldıktan sonra araştırmanın verileri toplanmaya başlandı. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar araştırmaya alındı. Hastalara araştırmanın amacı hakkında açıklama yapıldı. Hastalara bilgilendirilmiş onam formu sunularak araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların sözel onamları alındı. Her bir KOAH hastasından veri toplanması yaklaşık 25 dakika sürdü.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği, çalışma durumu, sağlık güvencesi, ekonomik durum) ve hastalık özellikleri (teşhis süresi, günlük kullandığı ilaç sayısı, sigara kullanımı) araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

Bağımlı değişkenler: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri “Statistical Package For Social Science” (SPSS) 21.0 paket programı ile analiz edildi. Verilerin analizi için istatistik uzmanından destek alındı. Verilerin normallik dağılımları Skewness ve Kurtosis değerleri ile belirlendi. Skewness ve Kurtosis değerlerinin -1.5 ve +1.5 değer aralığında olması verilerin normal dağılım gösterdiğini göstermektedir (Tabachnick and Fidell, 2013). “Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı” alt boyutuna ilişkin ölçümlerin normal dağılmadığı diğer ölçek ve alt boyut puan ortalamalarının normal dağıldığı belirlendi. Ölçeklerin iç tutarlılığının belirlenmesinde Cronbach Alpha değerleri kullanıldı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Ölçekler ve alt boyutları arasındaki ilişki pearson korelasyon ve spearman korelasyon analizi ile belirlendi. $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir

Tablo 3.1. Ölçek ve Alt Boyutlarına İlişkin Skewness ve Kurtosis Değerleri

Ölçekler	Skewness	Kurtosis
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	0.580	0.139
İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı	-0.659	0.200
Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı	4.632*	41.689*
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	0.071	0.231
Öz Koruma	0.082	0.352
Sosyal Koruma	-0.186	-0.213
Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği	0.067	0.653

*: Normal dağılım göstermeyen ölçümler

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlanmadan önce Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu’dan etik onay (09.12.2022 tarihli 2022-12/5 sayılı karar) alındı (EK-2). Araştırmanın yapıldığı kurumdan kurumdan resmi izin (30.12.2022 tarihli E-45361945-000-2200435961 sayılı belge) alındı (EK-3). Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastaların bilgilendirilmiş onamları alındı. Hastalara verilerin araştırma dışında kullanılmayacağı ve diledikleri zaman araştırmadan ayrılacakları bilgisi verildi. Araştırmada kişisel hakların gözetilmesi gerekliliğinden ötürü “Bilgilendirilmiş Onam”, “Gönüllülük” ve “Gizliliğın Korunması” etik ilkelerine uyuldu. Araştırma sürecinde “İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu” na sadık kalındı.

4. BULGULAR

KOAH hastalarının sağlık okuryazarlığı ile özbakım yönetimi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Değişkenler	n	%
Yaş	40-60	49	32.7
	61-70	52	34.7
	71 ve üzeri	49	32.7
Cinsiyet	Kadın	65	43.3
	Erkek	85	56.7
Medeni durum	Evli	144	96.0
	Bekar	6	4.0
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	34	22.7
	İlkokul	77	51.3
	Ortaokul	19	12.7
	Lise ve üzeri	20	13.3
Meslek	Emekli	39	26.0
	Ev hanımı	63	42.0
	Diğer	48	32.0
Çalışma durumu	Çalışıyor	13	8.7
	Çalışmıyor	137	91.3
Sosyal güvence	SGK	73	48.7
	Emekli sandığı	47	31.3
	Diğer	30	20.0
Ekonomik durum	Gelir giderden az	56	37.3
	Gelir gidere eşit	91	60.7
	Gelirim giderden fazla	3	2.0
Teşhis süresi	1-24 ay	50	33.3
	25-60 ay	46	30.7
	61 ay ve üzeri	54	36.0
Günlük ilaç sayısı	1-2 adet	83	55.3
	3 ve üzeri	67	44.7
Sigara kullanma durumu	Evet	26	17.3
	Hayır	124	82.7

KOAH hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de verildi. Hastaların %34,7’sinin 61-70 yaş aralığında olduğu, %56,7’sinin erkek olduğu, %96’sının evli olduğu, %51.3’ünün ilkokul mezunu olduğu, %42’sinin ev hanımı olduğu,

%91.3'ünün çalışmadığı belirlendi. Hastaların %48,7'sinin sosyal güvencesinin SGK olduğu, %60.7'sinin gelirinin giderine eşit olduğu, %36'sının hastalığının teşhis süresinin 61 ay ve üzeri olduğu, %55.3'ünün günde 1-2 adet ilaç kullandığı, %82.7'sinin sigara kullanmadığı belirlendi. (Tablo 4.1)

Tablo 4.2. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamaları

Ölçekler	$\bar{x} \pm SD$	Min	Max
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	11.34±4.83	5	25
İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı	18.41±4.25	7	25
Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı	16.25±4.35	7	55
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	45.99±11.10	20	76

KOAH hastalarının “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” toplam ve alt boyutları puan ortalamaları Tablo 4.2’de verildi. Hastaların “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” toplam puan ortalaması 45.99±11.10’dır. Hastaların “Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı” puan ortaması 11.34±4.83, “İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı” 18.41±4.25 ve “Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı” puan ortalaması 16.25±4.35 olarak saptandı. (Tablo 4.2)

Tablo 4.3. Hastaların Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamaları

Ölçekler	$\bar{x} \pm SD$	Min	Max
Öz Koruma	74.27±5.22	63	94
Sosyal Koruma	44.76±7.37	25	61
Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği	119.00±6.49	100	141

KOAH hastalarının “Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği” toplam ve alt boyutları puan ortalamaları Tablo 4.3’te verildi. Hastaların “Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği” puan ortalamasının 119.00±6.49, “Öz koruma” alt boyutu puan ortalamasının 74.27±5.22, ve “Sosyal Koruma” alt boyutu puan ortalamasının 44.76±7.37 olduğu belirlendi. (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki

		Öz Koruma	Sosyal Koruma	Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı ^a	r	.550**	-.524**	-.153
	p	.000	.000	.062
İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı ^a	r	.493**	-.389**	-.045
	p	.000	.000	.584
Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı ^b	r	.494**	-.372**	-.050
	p	.000	.000	.546
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ^a	r	.568**	-.487**	-.096
	p	.000	.000	.243

a: Pearson Korelasyon Analizi; b: Spearman Korelasyon Analizi

KOAH hastalarının “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” ve alt boyutları ile “Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği” ve alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 4.4’de verildi. “Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı” alt boyut puan ortalaması ile Öz Koruma puan ortalaması arasında pozitif yönde orta düzeyde; Sosyal Koruma alt boyut puan ortalaması ile negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı puan ortalaması ile Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 4.4).

“İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı” puan ortalaması ile Öz Koruma alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönde orta düzeyde; “Sosyal koruma” puan ortalaması ile negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). “İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı” puan ortalaması ile Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 4.4).

“Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı” puan ortalaması ile Öz Koruma alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönde orta düzeyde; “Sosyal koruma” puan ortalaması ile negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). “Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı” puan ortalaması ile Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 4.4).

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalaması ile Öz koruma alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönde orta düzeyde; “Sosyal koruma” puan ortalaması ile negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalaması ile Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalaması arasında ise anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 4.4) (Pallant, 2019).

5. TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), gelişmiş ülkelerde kronik hastalığı olanların uzun süre tedaviye uyum ortalama oranlarının %50 olduğunu ve tedaviye uyum sağlamada bu düşük oranın sağlık durumunda kötüleşmeye sebep olduğu ve sağlık bakım maliyetlerini artırdığı sonucunu bildirmektedir (WHO, 2013). Kronik hastalıklarda tedaviye uyumu sağlamak hastalığın ilerlemesini ve yaşamı tehdit eden komplikasyonları önlemek açısından hayati öneme sahiptir (Levey, 2012). Sağlık okuryazarlığının iyi seviyede olması sağlıklı yaşam davranışları kazanmada, amaçlanan sağlık düzeyine ulaşmada ve sağlığı devam ettirmede bir ön koşuldur. Bu sebeple sağlık okuryazarlığı ve uzun süreli tedaviye uyum arasındaki ilişki hastaların sağlığının yönetiminde kıymetli bir parametredir (Sørensen, 2012). Bunlara istinaden KOAH hastalarının sağlık okuryazarlığı ile özbakım yönetimi arasındaki ilişki güncel literatür doğrultusunda incelenerek tartışıldı

Araştırmada KOAH hastalarının sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının 45.99 ± 11.10 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek puan aralığının 20-76 arası olduğu düşünüldüğünde bu ortalama aralığında olduğu ve hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ölçek alt boyutlarına bakıldığında; fonksiyonel sağlık okuryazarlık alt boyutunun 11.34 ± 4.83 , interaktif sağlık okuryazarlığı alt boyutunun 18.41 ± 4.25 , eleştirel sağlık okuryazarlığı alt boyutunun 16.25 ± 4.35 olduğu belirlenmiştir. Çalışmada sağlık okuryazarlığı ölçeğinde en düşük puan fonksiyonel sağlık okuryazarlığı alt boyutundadır. Bulgularda fonksiyonel sağlık okuryazarlığının interaktif sağlık okuryazarlığından düşük puan olması hastanın semptomların ortaya çıkmaması için koruyucu sağlık önlemlerine yönelik bilgi ve tutumunun zayıf olması ile ilişkilendirilebilir. Ancak semptomların ortaya çıkması hastanın ne yapması gerektiğini iyi bilmesi interaktif sağlık okuryazarlığı alt boyutunun yüksek olduğunu göstermektedir. Raddadi et al., 2022’de KOAH hastalarına yaptıkları bir çalışmaya göre sağlık

okuryazarlık düzeylerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Raddadi, 2022). Cicha-Mikołajczyk et al., 2020’de Polonya’da kardiyovasküler sistem hastaları üzerinde yaptıkları bir çalışmaya göre; hastaların hastalıklarını önleme metodları ve risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeyleri fonksiyonel sağlık durumu bilgisiyle ilişkilendirilmiştir (Cicha-Mikołajczyk, 2020). Dehghani 2021’de multipl skleroz hastalarına yaptıkları çalışma bulgularında; bu hastaların sağlık okuryazarlığı durumları zaman içinde bireysel, kişilerarası etkileşim ve okuma durumu gibi faktörlere göre değişiklik gösterdiği tespit edilmiştir (Dehghani, 2021). Lin et al., 2022’de yaşlı hastalar ile yaptıkları çalışmaya göre; sağlığını iyi olarak bildirenleri sağlığını kötü olarak bildirenlere göre fonksiyonel sağlık okuryazarlık düzeylerinin orta; sağlığını iyi olarak bildiren hastaların interaktif ve eleştirel sağlık okuryazarlığı puanları anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (Lin, 2022).

Araştırmada Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği puan ortalaması 119.00 ± 6.49 olarak belirlenmiştir. Hastaların özbakım yönetimi düzeylerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Ölçek alt boyutlarına bakıldığında; öz koruma alt boyutunun 74.27 ± 5.22 , sosyal koruma alt boyutunun 44.76 ± 7.37 olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde; Bayülgen ve arkadaşları (2021) tarafından KOAH hastalarıyla yapılan çalışmada Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği toplam puanı $104,6 \pm 24,5$, öz koruma alt boyutu puan ortalaması $63,9 \pm 16,4$ ve sosyal koruma alt boyut puan ortalaması $40,7 \pm 10,3$ olarak bulunmuştur (Bayülgen et al., 2021). Özdelikara ve arkadaşları (2020) tarafından kronik hastalığı olan bireylerle ilgili yapılan çalışmada Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ölçeği toplam puanı $111,03 \pm 10,55$, öz koruma puanı $66,19 \pm 6,84$, sosyal koruma puanı ise $44,83 \pm 7,13$ olarak belirlenmiştir (Özdelikara et al., 2020). Bu araştırmada ve yapılan diğer araştırmalarda benzer olarak bireylerin özbakım yönetiminin orta düzeyde olduğu görülmüştür. KOAH gibi kronik hastalıkları olan kişilerin özbakım düzeylerinin yüksek olması özbakım becerilerinin geliştirilmesi ve

günlük aktivitelerine dahil edilebilmesi adına son derece önemlidir. Çalışmada sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan ortalaması ile öz koruma arasında pozitif yönde orta düzeyde; sosyal koruma ile negatif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Lee ve arkadaşları (2016) tarafından diyabetli hastalara yaptıkları bir çalışmada hastaların yüksek özbakım puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir (Lee et al., 2016). Farklı olan bu araştırma bulguları araştırma popülasyonun farklı olması ve bu popülasyonların farklı sosyoekonomik düzeylere sahip olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

KOAH hastalarının fonksiyonel sağlık okuryazarlığı alt boyut puan ortalaması ile öz koruma puan ortalaması arasında pozitif yönde orta düzeyde; sosyal koruma alt boyut puan ortalaması ile negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). fonksiyonel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması ile kronik hastalıklarda özbakım yönetimi ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). İnteraktif sağlık okuryazarlığı puan ortalaması ile öz koruma alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönde orta düzeyde; sosyal koruma puan ortalaması ile negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı puan ortalaması ile kronik hastalıklarda özbakım yönetimi ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Eleştirel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması ile öz koruma alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönde orta düzeyde; sosyal koruma puan ortalaması ile negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). İnteraktif sağlık okuryazarlığı puan ortalaması ile kronik hastalıklarda özbakım yönetimi ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan ortalaması ile öz koruma alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönde orta düzeyde; sosyal koruma puan ortalaması ile negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu

belirlenmiştir ($p<0.05$). Sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan ortalaması ile kronik hastalıklarda özbakım yönetimi ölçeği toplam puan ortalaması arasında ise anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Hunter et al., 2023'te Avustralya'da Osteoartrit hastalarına yaptıkları bir çalışma göstermektedir ki; daha yüksek sağlık okuryazarlığının olması her zaman uygun ağrı yönetimi seçimlerinin yapılması anlamını taşımamaktadır (Hunter, 2023). Esen & Kolcu'nun 2021'de hipertasyon hastalarına yaptıkları bir çalışmada sağlık okuryazarlığı ile özbakım yönetimi arasında pozitif bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir (Esen & Kolcu, 2021). Ahmadzadeh et al., 2021'de meme kanseri hastaları üzerinde yaptıkları bir araştırmaya göre; sağlık okuryazarlığı ile özbakım yönetimi arasında doğrudan, olumlu ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Ahmadzadeh, 2021). Ely et al., 2021'de tip 2 diyabetli hastalara yaptıkları nitel bir araştırmanın neticesinde; sağlık okuryazarlık düzeyi iyi olan zihinsel sağlıklarını iyileştirip hastalıklarını daha kolay kabul etmektedirler. Dolayısıyla özbakım yönetim becerileride bu doğrultuda artmaktadır (Ely, 2021). İlhan ve arkadaşlarının 2020'de kanserli hastalar üzerinde yaptıkları bir araştırmaya göre; bireylerin %86'sı yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmakla beraber sağlık okuyazarlığı ve kronik hastalıklarda özbakım yönetimi arasında ilişki bulunamamıştır (İlhan, 2020). Zhang et al., 2020'de kronik kalp hastaları ile yaptıkları çalışmada; düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan bireylerin yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olan bireylere göre özbakım yönetiminde sorun yaşadıkları tespit edilmiştir (Zhang, 2020). Campbell et al., 2023'te akciğer kanseri hastaları ile yaptıkları çalışmaya göre; interaktif sağlık okuryazarlığı düzeyleri orta derecede olmasıyla birlikte özbakım yönetimi ile anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Campbell, 2023). Eleştirel sağlık okuryazarlığı arttıkça, sosyal koruma alt puan ortalamasının azalması dikkat çekmektedir. Burada sağlık okuryazarlığının eleştirel düzeyde olması bireylerin başkalarının yardımına olan gereksinimlerini azalttığı yorumu yapılabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

KOAH hastalarının sağlık okuryazarlığı ile özbakım yönetimi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları aşağıda sunulmuştur.

- KOAH hastalarının sağlık okuryazarlığı ve kronik hastalıklarda özbakım yönetimi ölçeği puan ortalaması incelendiğinde; fonksiyonel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 11.34 ± 4.83 , interaktif sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 18.41 ± 4.25 , eleştirel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 16.25 ± 4.35 olarak saptandı. Öz koruma puan ortalaması 74.27 ± 5.22 , sosyal koruma puan ortalaması 44.76 ± 7.37 olarak belirlendi.
- Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı arttıkça öz korumanın arttığı, sosyal korumanın ise azaldığı bulundu.
- İnteraktif sağlık okuryazarlığı arttıkça öz korumanın arttığı, sosyal korumanın ise azaldığı bulundu.
- Eleştirel sağlık okuryazarlığı arttıkça öz korumanın arttığı, sosyal korumanın ise azaldığı bulundu.
- Sağlık okuryazarlığı ile kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.
- Hemşirelerin genel tavsiye yerine, bireyselleştirilmiş bakım modeline dayalı eğitim vermelidir. Örneğin; immobil olan hastaya egzersizler yapılarak öğretilmelidir. Bu durum hastanın daha motive olmasına katkı sağlayacaktır. Hemşireler sağlık okuryazarlığına ilişkin daha dikkat çekici hizmet planı ile çalışmalıdır. Hemşire, KOAH hastalarının kronik hastalıkla mücadele ettiklerini ve bir ömür sağlık hizmetine ihtiyacı olduklarını unutmamalıdır. KOAH hastalarının konforunu, yaşam kalitesini artırmak ve hastalıkları hakkında bilgi sağlamak için hastaların sağlık okuryazarlığı temel alınarak uygun eğitim

materyalleri hazırlanmalıdır. Okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerle iletişim halinde olarak geliştirilen eğitim materyalleri hakkında bilgilendirilmelidir. KOAH hastaları için kapsamlı eğitim programları geliştirilmeli ve sağlık okuryazarlığını iyileştirmeye yönelik etkili adımlar atılması gerektiği önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Agustí, A., & Faner, R. (2018). COPD beyond smoking: new paradigm, novel opportunities. *The Lancet Respiratory Medicine*, 6(5), 324-326.
- Agustí, A., Vogelmeier, C., & Faner, R. (2020). COPD 2020: changes and challenges. In (Vol. 319, pp. L879-L883): American Physiological Society Bethesda, MD.
- Agusti, A., & Zhang, J. (2019). Chronic obstructive pulmonary disease at the beginning of the XXI Century. *Journal of thoracic disease*, 11(11), E210.
- Ahmadzadeh, I., Abdekhoda, M., & Bejani, M. (2021). Improving self-care management in patients with breast cancer through health literacy promotion. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 31(1).
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Herrmann, S. D., Meckes, N., Bassett Jr, D. R., Tudor-Locke, C., Greer, J. L., Vezina, J., Whitt-Glover, M. C., & Leon, A. S. (2011). 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Medicine & science in sports & exercise*, 43(8), 1575-1581.
- Akbolat, M., Amarat, M., & Doğanyığıt, P. B. (2022). Sağlık okuryazarlığının yaşam kalitesine etkisinde özbakım gücünün aracı rolü. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 69-75.
- Akman, M., & Civek, S. (2022). Dünyada ve Türkiye’de kardiyovasküler hastalıkların sıklığı ve riskin değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 13(1), 21-28.
- Akpınar, N. B., & Ceran, M. A. (2019). Kronik Hastalıklar Ve Rehabilitasyon Hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 140-152.
- Aktaş, H. (2018). Sağlık ve eğitimi değerlendirmede bir ölçme aracı; sağlık okuryazarlığı. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*, 1(1), 12-16.

- Akyol, A. D., & Karadakovan, A. (2002). Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Özbakım Gücü İle Bunlar Üzerine Etkili Değişkenlerin İncelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 41(2), 97-102.
- Allinson, J. P., Hardy, R., Donaldson, G. C., Shaheen, S. O., Kuh, D., & Wedzicha, J. A. (2016). The presence of chronic mucus hypersecretion across adult life in relation to chronic obstructive pulmonary disease development. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 193(6), 662-672.
- Altay N, Çavuşoğlu H. Using orem's self-care model for asthmatic adolescents. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2013;18:233–242.
- Arslan, C., & Ünsar, S. (2021). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Dispne Algisi Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 42-50.
- Aslantekin, F., & Yumrutaş, M. (2014). Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4).
- Avdal, E. Ü., & Kızılcı, S. (2010). Diyabet ve özbakım eksikliği hemşirelik teorisinin kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(3), 164-168.
- Avşar, G., & Kaşıkci, M. (2009). Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 67-73.
- Bayülgen, M. Y., Meral, G., & Erdoğan, S. (2021). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Özbakım Yönetimleri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 106-112.
- Beaglehole, R., Epping-Jordan, J., Patel, V., Chopra, M., Ebrahim, S., Kidd, M., & Haines, A. (2008). Improving the prevention and management of chronic disease

- in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *The Lancet*, 372(9642), 940-949.
- Berbiglia VA. Orem's self-care deficit theory in nursing practice. *Nursing Theory Utilization & Application*. Alligood MR, Fifth ed, Mosby Year Books; 2014.p. 222.
- Bozkurt, N. (2023). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Alevlenmeleri Öngörülebilir mi? *Sağlık Bilimlerinde Öncü Ve Çağdaş Çalışmalar*, 87-96.
- Branson, R. D. (2018). Oxygen therapy in COPD. *Respiratory care*, 63(6), 734-748.
- Buist, A. S., McBurnie, M. A., Vollmer, W. M., Gillespie, S., Burney, P., Mannino, D. M., Menezes, A. M., Sullivan, S. D., Lee, T. A., & Weiss, K. B. (2007). International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *The Lancet*, 370(9589), 741-750.
- Bukhman, G., Mocumbi, A. O., Atun, R., Becker, A. E., Bhutta, Z., Binagwaho, A., Clinton, C., Coates, M. M., Dain, K., & Ezzati, M. (2020). The Lancet NCDI Poverty Commission: bridging a gap in universal health coverage for the poorest billion. *The Lancet*, 396(10256), 991-1044.
- Burney, P., Patel, J., Minelli, C., Gnatiuc, L., Amaral, A. F., Kocabaş, A., Cherkaski, H. H., Gulsvik, A., Nielsen, R., & Bateman, E. (2021). Prevalence and population-attributable risk for chronic airflow obstruction in a large multinational study. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 203(11), 1353-1365.
- Campbell, J. K., & Erickson, J. M. (2023). Interactive Health Literacy and Symptom Self-management in Patients With Lung Cancer: A Critical Realist Analysis. *Cancer Nursing*, 10-1097.
- Ciapponi, A., Alison, L., Agustina, M., Demian, G., & Silvana, C. (2014). The epidemiology and burden of COPD in Latin America and the Caribbean:

- systematic review and meta-analysis. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11(3), 339-350.
- Cicha-Mikołajczyk, A., Piwońska, A., Borowiec, A., Aranowska, A., & Drygas, W. (2023). Disparities in knowledge of cardiovascular risk factors and prevention methods related to cardiovascular status and functional health literacy, Poland, 2020–2021. *Kardiologia Polska (Polish Heart Journal)*.
- Çolak, Y., Nordestgaard, B. G., Vestbo, J., Lange, P., & Afzal, S. (2019). Prognostic significance of chronic respiratory symptoms in individuals with normal spirometry. *European Respiratory Journal*, 54(3).
- Control, C. f. D., & Prevention. (2009). Improving health literacy for older adults: Expert panel report 2009. *Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services*.
- Çörtük, M. (2023). 1. KOAH'ın Tanımı Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri.
- Dehghani, A. (2021). Health literacy in multiple sclerosis patients: A concept analysis using the evolutionary method. *Journal of Caring Sciences*, 10(1), 49.
- Ekström, M., Ahmadi, Z., Bornefalk-Hermansson, A., Abernethy, A., & Currow, D. (2016). Oxygen for breathlessness in patients with chronic obstructive pulmonary disease who do not qualify for home oxygen therapy. *Cochrane database of systematic reviews*(11).
- Elif, K., & Sivrikaya, S. K. (2019). Sağlık okuryazarlığı ve hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3), 216-221.
- Ely, A., Azhari, A., Chai, J., & Anderson, C. (2021). Explorative Research on Health Literacy and Self-care Management in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Malaysian Journal of Qualitative Research*, 7(1).

- Esen, K., & Kolcu, M. (2022). The relationship between health literacy and self-care management in patients with hypertension attending primary healthcare centers. *Journal of Public Health*, 1-9.
- Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 2007, 39: 175-191.
- Feizi, H., Alizadeh, M., Nejadghaderi, S. A., Noori, M., Sullman, M. J., Ahmadian Heris, J., Kolahi, A.-A., Collins, G. S., & Safiri, S. (2022). The burden of chronic obstructive pulmonary disease and its attributable risk factors in the Middle East and North Africa region, 1990–2019. *Respiratory Research*, 23(1), 1-15.
- Felipe LC, Araújo ARA, Vitor AF. Nursing process according the model of self-care in a cardiac bed idden patient. *Journal of Research Fundamental Care Online*. 2014;6(3):897-908.
- Ferrell, B., Connor, S. R., Cordes, A., Dahlin, C. M., Fine, P. G., Hutton, N., Leenay, M., Lentz, J., Person, J. L., & Meier, D. E. (2007). The national agenda for quality palliative care: the National Consensus Project and the National Quality Forum. *Journal of pain and symptom management*, 33(6), 737-744.
- Fertelli, T. K., & Havva, T. (2007). Miyokard İnfarktüsü Sonrası Bireylere Verilen Planlı Eğitimin Özbakım Gücüne Etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 57-61.
- Firat, S., & Öztunç, G. (2019). Total larenjektomili hastalara verilen eğitimin özbakım gücüne etkisi. *Cukurova Medical Journal*, 44(3), 911-921.
- Gimeno-Santos, E., Frei, A., Steurer-Stey, C., De Batlle, J., Rabinovich, R. A., Raste, Y., Hopkinson, N. S., Polkey, M. I., Van Remoortel, H., & Troosters, T. (2014).

- Determinants and outcomes of physical activity in patients with COPD: a systematic review. *Thorax*, 69(8), 731-739.
- Graven, L. J., & Grant, J. S. (2013). Coping and health-related quality of life in individuals with heart failure: an integrative review. *Heart & Lung*, 42(3), 183-194.
- Group, L.-T. O. T. T. R. (2016). A randomized trial of long-term oxygen for COPD with moderate desaturation. *New England Journal of Medicine*, 375(17), 1617-1627.
- Halpin, D., Celli, B., Criner, G., Frith, P., Varela, L., Salvi, S., Vogelmeier, C., Chen, R., Mortimer, K., & Montes de Oca, M. (2019). The GOLD Summit on chronic obstructive pulmonary disease in low-and middle-income countries. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 23(11), 1131-1141.
- Halpin, D. M., Celli, B. R., Criner, G. J., Frith, P., Varela, M. V. L., Salvi, S., Vogelmeier, C. F., Chen, R., Mortimer, K., & de Oca, M. M. (2019). It is time for the world to take COPD seriously: a statement from the GOLD board of directors. In (Vol. 54): Eur Respiratory Soc.
- Hançerlioğlu, S., & Aykar, F. Ş. (2018). Kronik hastalıklarda öz-bakım yönetimi ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 175-183.
- Ho, T., Cusack, R. P., Chaudhary, N., Satia, I., & Kurmi, O. P. (2019). Under-and over-diagnosis of COPD: a global perspective. *Breathe*, 15(1), 24-35.
- Hunter, D. J., McLachlan, A. J., Carroll, P. R., Wakefield, T. A., & Stosic, R. (2023). Health literacy and appropriateness of self-care and pain management in osteoarthritis: an understanding of the patient's perspective. *Arthritis Care & Research*, 75(4), 848-859.

- Iheanacho, I., Zhang, S., King, D., Rizzo, M., & Ismaila, A. S. (2020). Economic burden of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a systematic literature review. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 439-460.
- Ilhan, N. (2020). The relationship between health literacy and illness self-care management in Turkish patients with cancer. *Number 3/May 2020*, 47(3), E73-E85.
- Jenerette, C. M., & Murdaugh, C. (2008). Testing the theory of self-care management for sickle cell disease. *Research in nursing & health*, 31(4), 355-369.
- Johnston, R., Fowler, C., Wilson, V., & Kelly, M. (2015). Opportunities for nurses to increase parental health literacy: a discussion paper. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 38(4), 266-281.
- Jones LC. "Measuring Guarding as a Self-Care Management Process in Chronic Illness: The SCMP-G" Measurement of Nursing Outcomes. Springer Publishing Company, New York, 2003, s.150.
- Kara, B. (2001). Öz-Bakım tanımı ve kavramsal yönü. *Sendrom Aktüel Aylık Tıp Dergisi*, 13(7), 105-108.
- Kara, M., & Aşti, T. (2002). Kronik obstrüktif akciğer hastalığının evde bakımı. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 34(4), 75-81.
- Karaca, A., & Durna, Z. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing open*, 6(2), 535-545.
- Karagözoğlu, Ş. (2006). Bilim, bilimsel araştırma süreci ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 13(2), 64-71.
- Kessler, R., Partridge, M. R., Miravittles, M., Cazzola, M., Vogelmeier, C., Leynaud, D., & Ostinelli, J. (2011). Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European cross-sectional study. *European Respiratory Journal*, 37(2), 264-272.

- KF, R. (2007). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*, 176, 532-555.
- Kickbusch, I. (2004). Improving health literacy-A key priority for enabling good health in Europe. European Health Forum Gastein,
- Kiskaç, N., & Babaoğlu, E. (2022). Hemşirelerin Hastaların Özbakım Gereksinimlerine Yönelik Uygulanan Hemşirelik Müdahalelerine Bakış Açılarının Kalitatif Olarak İncelenmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 49-60.
- Kocabaş, A., Atış, S., Çöplü, L., Erdiñ, E., Ergan, B., Gürgün, A., Köktürk, N., Polatlı, M., Şen, E., & Yıldırım, N. (2014). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) koruma, tani ve tedavi raporu 2014. *Official journal of the Turkish Thoracic Society*, 15(2), 1-72.
- Lee, E.-H., Lee, Y. W., & Moon, S. H. (2016). A structural equation model linking health literacy to self-efficacy, self-care activities, and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes. *Asian nursing research*, 10(1), 82-87.
- Levey, A. S., & Coresh, J. (2012). Chronic kidney disease. *The lancet*, 379(9811), 165-180.
- Li, T., Zhou, H.-P., Zhou, Z.-J., Guo, L.-Q., & Zhou, L. (2021). Computed tomography-identified phenotypes of small airway obstructions in chronic obstructive pulmonary disease. *Chinese Medical Journal*, 134(17), 2025-2036.
- Lin, C. C., Kuo, C. T., & Tsai, M. R. (2022). Association of functional, interactive, and critical health literacy with good self-rated health among Taiwanese community-dwelling older adults. *Geriatric Nursing*, 43, 91-96.

- Liu, W., Liu, Z., Zhang, W., & Cai, S. (2018). Ulinastatin protects the lungs of COPD rats through the HMGB1/TLR4 signaling pathway. *Oncology Letters*, 16(3), 4057-4063.
- Lortet-Tieulent, J., Soerjomataram, I., López-Campos, J. L., Ancochea, J., Coebergh, J. W., & Soriano, J. B. (2019). International trends in COPD mortality, 1995–2017. *European Respiratory Journal*, 54(6).
- Mackey, L. M., Doody, C., Werner, E. L., & Fullen, B. (2016). Self-management skills in chronic disease management: what role does health literacy have? *Medical Decision Making*, 36(6), 741-759.
- Mantoani, L. C., Rubio, N., McKinstry, B., MacNee, W., & Rabinovich, R. A. (2016). Interventions to modify physical activity in patients with COPD: a systematic review. *European Respiratory Journal*, 48(1), 69-81.
- Marmot, M., & Bell, R. (2019). Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. *Bmj*, 364.
- McDonough, J. E., Yuan, R., Suzuki, M., Seyednejad, N., Elliott, W. M., Sanchez, P. G., Wright, A. C., Gefter, W. B., Litzky, L., & Coxson, H. O. (2011). Small-airway obstruction and emphysema in chronic obstructive pulmonary disease. *New England Journal of Medicine*, 365(17), 1567-1575.
- Miravittles, M., Worth, H., Soler Cataluña, J. J., Price, D., De Benedetto, F., Roche, N., Godtfredsen, N. S., van Der Molen, T., Löfdahl, C.-G., & Padullés, L. (2014). Observational study to characterise 24-hour COPD symptoms and their relationship with patient-reported outcomes: results from the ASSESS study. *Respiratory Research*, 15(1), 1-13.
- Morrison, A., & infirmières, C. i. d. (2010). *Scope of nursing practice and decision-making framework: toolkit*. International Council of Nurses.

- Nagai, A., Aizawa, H., Aoshiba, K., Asano, K., Hirata, K., Ichinose, M., Ishihara, H., Iwanaga, T., Kawane, H., & Kida, K. (2009). Guidelines for the diagnosis and treatment of COPD. *Japanese Respiratory Society*, 2(3), 56-58.
- Nanna, K. M. (2009). Health literacy: Challenges and strategies. *Online Journal of Issues in Nursing*, 14(3), E1.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- Özdelikara, A., Taştan, A., & Atasayar, B. Ş. (2020). Kronik Hastalıklarda Özbakım Yönetimi Ve Uyumun Değerlendirilmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 42-49.
- Öztürk, B. Ö., Alpaydın, A. Ö., Özalevli, S., Güler, N., & Cimilli, C. (2020). Self-management training in chronic obstructive lung disease improves the quality of life. *Turkish Thoracic Journal*, 21(4), 266.
- Pallant. J. (2019). *SPSS Survival Manual*. Anı Yayıncılık.
- Paneroni, M., Ambrosino, N., Simonelli, C., Bertacchini, L., Venturelli, M., & Vitacca, M. (2019). Physical activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease on long-term oxygen therapy: a cross-sectional study. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 2815-2823.
- Park, N. H., Song, M. S., Shin, S. Y., Jeong, J. h., & Lee, H. Y. (2018). The effects of medication adherence and health literacy on health-related quality of life in older people with hypertension. *International journal of older people nursing*, 13(3), e12196.
- Pektekin Ç. Hemşirelik felsefesi kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2013.s.105-109.

- Pellegrino, R., Viegi, G., Brusasco, V., Crapo, R. O., Burgos, F., Casaburi, R., Coates, A., Van Der Grinten, C., Gustafsson, P., & Hankinson, J. (2005). Interpretative strategies for lung function tests. *European Respiratory Journal*, 26(5), 948-968.
- Persell, S. D., Karmali, K. N., Lee, J. Y., Lazar, D., Brown, T., Friesema, E. M., & Wolf, M. S. (2020). Associations between health literacy and medication self-management among community health center patients with uncontrolled hypertension. *Patient preference and adherence*, 87-95.
- Peyman, N., & Abdollahi, M. (2016). The relationship between health literacy and self-efficacy physical activity in postpartum women. *Journal of Health Literacy*, 1(1), 5-12.
- Poole, P., Sathananthan, K., & Fortescue, R. (2019). Mucolytic agents versus placebo for chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane database of systematic reviews*(5).
- Raddadi, Y., & Adib-Hajbaghery, M. (2022). Health literacy and quality of life in Iranian persons with COPD. *Heart & Lung*, 54, 61-67.
- Riegel, B., Lee, C. S., Ratcliffe, S. J., De Geest, S., Potashnik, S., Patey, M., Sayers, S. L., Goldberg, L. R., & Weintraub, W. S. (2012). Predictors of objectively measured medication nonadherence in adults with heart failure. *Circulation: Heart Failure*, 5(4), 430-436.
- Ritchie, A. I., & Wedzicha, J. A. (2020). Definition, causes, pathogenesis, and consequences of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *Clinics in chest medicine*, 41(3), 421-438.
- Ruvuna, L., & Sood, A. (2020). Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Clinics in chest medicine*, 41(3), 315-327.

- Say, Ş. (2020). Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmeti Kalitesini Algılama Üzerine Etkisi. *Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, 3(1), 24-36.
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health education monographs*, 2(1_suppl), 1-10.
- Smith, S., & Kirsten, M. (2010). Health Literacy: a brief literature review. Produced for the NSW Clinical Excellence Commission, Australia. *Health Literacy Brief March, 1*, 1-30.
- Soler, N., Esperatti, M., Ewig, S., Huerta, A., Agustí, C., & Torres, A. (2012). Sputum purulence-guided antibiotic use in hospitalised patients with exacerbations of COPD. *European Respiratory Journal*, 40(6), 1344-1353.
- Soriano, J. B., Ancochea, J., & Celli, B. R. (2019). The most beautiful COPD chart in the world: all together to end COPD! *European Respiratory Journal*, 54(6).
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 1-13.
- Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., Hill, K., Holland, A. E., Lareau, S. C., & Man, W. D.-C. (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 188(8), e13-e64.
- Stead, L. F., Koilpillai, P., Fanshawe, T. R., & Lancaster, T. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*(3).

- Suka M, Odajima T, Kasai M, Igarashi A, Ishikawa H, Kusama M et al. The 14-item Health Literacy Scale for Japanese Adults (HLS-14). *Environmental Health and Preventive Medicine* 2013;18(5):407
- Tabachnick, B. G. And Fidell, L. S. (2013). Using multivariate statistics. Boston, Pearson.
- Tabari, F., Pedram Razi, S., Asadi Gharabaghi, M., Torabi, S., Mehran, A., Mohamadinejad, F., Amini, F., Abbaszadeh, R., & Rezaie Zivlaei, M. (2018). Effect of education based on family-centered empowerment model on the quality of life of elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Medical Science*, 22(91), 301-311.
- Tanrıöver, M. D., Yildirim, H. H., Ready, F. N. D., Çakır, B., & Akalin, H. E. (2014). Sağlık okuryazarlığı araştırması. *Sağlık-Sen Yayınları*, 6, 42-47.
- Türkkan, S., Geçkil, A. A., Karadağ, M., & Ermiş, H. (2022). KOAH hastalarının 35 yaş ve üzeri yakınlarında KOAH prevalansının araştırılması. *Journal of Medical Topics and Updates*, 1(2), 37-42.
- Türkoğlu, N., & Kilic, D. (2021). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 25-33.
- Üner, S., & Okyay, P. (2020). Türkiye sağlık raporu 2020. *Ankara: Hipokrat Yayınevi*.
- Ünsal, A. (2017). Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık&Hastalık, Hemşirelik. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 11-28.
- Untila, O. (2020). Medya Sağlık Okuryazarlığında Küresel Ortaklık Arayışları. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(37), 697-731.
- Vorriink, S. N., Kort, H. S., Troosters, T., & Lammers, J.-W. J. (2011). Level of daily physical activity in individuals with COPD compared with healthy controls. *Respiratory Research*, 12(1), 1-8.

- Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., & Abdelalim, A. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204-1222.
- Wan, E. S., Kantorowski, A., Polak, M., Kadri, R., Richardson, C. R., Gagnon, D. R., Garshick, E., & Moy, M. L. (2020). Long-term effects of web-based pedometer-mediated intervention on COPD exacerbations. *Respiratory medicine*, 162, 105878.
- Watz, H., Pitta, F., Rochester, C. L., Garcia-Aymerich, J., ZuWallack, R., Troosters, T., Vaes, A. W., Puhan, M. A., Jehn, M., & Polkey, M. I. (2014). An official European Respiratory Society statement on physical activity in COPD. In: Eur Respiratory Soc.
- World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. World Health Organization.
- Wshah, A., Selzler, A.-M., Hill, K., Brooks, D., & Goldstein, R. (2020). Determinants of sedentary behaviour in individuals with COPD: a qualitative exploration guided by the theoretical domains framework. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 17(1), 65-73.
- Yang, I. A., Jenkins, C. R., & Salvi, S. S. (2022). Chronic obstructive pulmonary disease in never-smokers: risk factors, pathogenesis, and implications for prevention and treatment. *The Lancet Respiratory Medicine*, 10(5), 497-511.

- Yin, H. S., Jay, M., Maness, L., Zabar, S., & Kalet, A. (2015). Health literacy: an educationally sensitive patient outcome. *Journal of general internal medicine*, 30, 1363-1368.
- Zavertnik, J. E. (2014). Self-care in older adults with heart failure: an integrative review. *Clinical Nurse Specialist*, 28(1), 19-32.
- Zhang, J., Gilmour, S., Liu, Y., & Ota, E. (2020). Effect of health literacy on quality of life among patients with chronic heart failure in China. *Quality of Life Research*, 29, 453-461.



EKLER

EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Gamze KOÇ
Öğrencinin Numarası	
Ana Bilim Dalı	Hemşirelik Esasları
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans

Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.

Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	<u>%1</u>	<u>% 15</u>
II. Genel Bilgiler	<u>%31</u>	<u>% 35</u>
III. Materyal ve Metod	<u>%29</u>	<u>% 35</u>
IV. Bulgular	<u>%12</u>	<u>% 15</u>
V. Tartışma	<u>%16</u>	<u>% 20</u>

Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU

	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU
Sayı: 2022-12/5	Tarih: 09.12.2022
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Mağfiret KAŞIKÇI, Gamze KOÇ isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan "KOAH Tanılı Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ile Özbakım Yönetimi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı araştırmayı etik açıdan uygun bulmuştur.	



ATATURK UNIVERSITY
THE ETHICS COMMITTEE REPORT OF NURSING FACULTY

Number: 2022-12/5

Date: 09.12.2022

The titled “**Determining the Relationship Between Health Literacy and Self-Care Management of Patients Diagnosed with COPD**” application by the following researchers, Mağfıret KAŞIKÇI, Gamze KOÇ was found ethically suitable by The Ethics Committee of Nursing Faculty of Atatürk University.



EK-3. KURUM İZNİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanlığı



Sayı : E-42190979-000-2200438999
Konu : Öğr. Üyesi Prof. Dr. Mağfiret
KAŞIKÇI

30.12.2022

BELGE YÖNETİM BÜROSU

İlgi : 30.12.2022 tarihli ve E-45361945-000-2200435961 sayılı belge.

İlgi yazıya binaen; Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı Öğr. Üyesi Prof. Dr. Mağfiret Kaşıkçı danışmanlığında Yüksek lisans yapan Gamze KOÇ'un "KOAİ Tanılı Hastaların Sağlık Okur yazarlığı ile Özbakım Yönetimi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" isimli yüksek lisans tez çalışmasını kliniğimizde yatan KOAH tanılı hastalar ile Ocak - Haziran 2023 tarihleri arasında yapması uygundur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.



EK-4. HASTA TANITICI BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı;

Bu araştırma KOAH tanılı hastaların sağlık okuryazarlığı ile özbakım yönetimi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Anketteki tüm bilgileriniz saklı tutulup sadece bu çalışmada kullanılacaktır. Soruların doğru bir şekilde yanıtlanması çalışmanın güvenilirliği açısından oldukça önemlidir.

Teşekkür ederiz...

Yüksek Lisans Tez Öğrencisi
Gamze KOÇ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Medeni durumunuz: () Evli () Bekar
4. Eğitim düzeyiniz:
() Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Önlisans () Lisans () Yüksek lisans () Doktora
5. Mesleğiniz :
() Memur () İşçi () Emekli () E Hanımı () Serbest () Diğer(Lütfen belirtiniz):.....
6. Çalışma durumunuz: () Çalışmıyor () Çalışıyor
7. Sağlık güvenceniz: () SGK () Emekli sandığı () Bağkur () Özel sağlık sigortası () Yok
8. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
() Gelirim giderimden az
() Gelirim giderime eşit
() Gelirim giderimden fazla
9. Kronik bir hastalığınız var mı (Diyabet, Hipertansiyon, KOAH vs.)?
() Hayır () Evet Lütfen belirtiniz:.....
10. Hastalığınız ne zaman teşhis edildi?.....ay önce
.....yıl önce
11. Ne kadar zamandır tedavi görüyorsunuz?.....
12. Sürekli kullandığınız ilaç var mı? () Hayır () Evet
13. Günde kaç ilaç alıyorsunuz?.....
14. İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz?.....
15. Sigara kullanıyor musunuz? () Hayır () Evet
16. Sigara kullanıyorsanız ne kadar (adet/gün).kaç yıldır?.....

EK-5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (HLS-14)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
A. Hastane veya eczanelerdeki talimatları veya broşürleri okurken, katılıp katılmama konusunda aşağıdaki seçeneklerden uygun olanını seçiniz.					
1.Bulduğum materyalleri okuyamıyorum.	5	4	3	2	1
2.Yazılar benim için çok küçük yazılmış.	5	4	3	2	1
3.İçerik benim anlamam için çok zor.	5	4	3	2	1
4.Onları okumam çok uzun zaman alıyor.	5	4	3	2	1
5.Onları okumam için birisinin yardımına ihtiyacım var.	5	4	3	2	1
B. Bir hastalık tanısı alırsanız ve sizin bu hastalığa ve tedavisine ilişkin fazla bir bilginiz yoksa, katılıp katılmama konusunda aşağıdaki seçeneklerden uygun olanını seçiniz.					
6.Çeşitli kaynaklardan bilgi toplarım.	1	2	3	4	5
7.İstediğim bilgileri elde ederim.	1	2	3	4	5
8.Aldığım bilgileri anlarım	1	2	3	4	5
9.Doktoruma, aileme veya arkadaşlarıma hastalığım hakkında kendi fikirlerini söylerim.	1	2	3	4	5
10.Aldığım bilgileri günlük yaşamıma uygularım.	1	2	3	4	5
C. Bir hastalık tanısı alırsanız ve bu hastalığa ve tedavisine ilişkin bilgiler edinirseniz, katılıp katılmama konusunda aşağıdaki seçeneklerden uygun olanını seçiniz.					
11.Bilgilerin benim için uygulanabilir olup olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
12.Bilgilerin güvenilir olup olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5

13.Bilgilerin geçerli ve güvenilir olup olmadığını kontrol ederim.	1	2	3	4	5
14.Kendi sağlığım hakkındaki kararlarımı uygulamak için bilgi toplarım.	1	2	3	4	5



EK-6. KRONİK HASTALIKLARDA ÖZBAKIM YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ

Bir hastalık hayatınızda birçok değişiklikler yapılmasını gerektirebilir. Bu soruların amacı, farklı insanların hastalıkları ile nasıl başa çıktıklarını öğrenmektir. Doğru yada yanlış cevap yoktur . Her cümle için, düşüncelerinizi en iyi tanımlayan cevabı yuvarlak içine alınız . Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

		Hiç Katılmıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Hastalığım nedeniyle çevremdeki kişilere rahatsızlık vermekten endişeleniyorum	1 2 3 4 5	
2	Hastalığımı kontrol edebilirim	1 2 3 4 5	
3	Hastalığım ailem ve arkadaşlarımı etkilemiyor	1 2 3 4 5	
4	Başkalarını memnun etmek sağlığımdan daha önemlidir	1 2 3 4 5	
5	Başka kişilere yük olduğumu düşünüyorum	1 2 3 4 5	
6	Hastalığımı kontrol etmek için elimden geleni yapmalıyım	1 2 3 4 5	
7	Hastalığımdan dolayı çevremdeki kişilerin endişelenmemesinden ben sorumluyum	1 2 3 4 5	
8	Yaşam tarzım konusunda dikkatli olmak zorundayım	1 2 3 4 5	
9	Hastalığım arkadaşlarımla ilişkilerimi etkiledi	1 2 3 4 5	
10	Bazı şeyleri yapmıyorum,çünkü çevremdeki kişiler sağlığım konusunda endişeleniyor	1 2 3 4 5	
11	Tedavi planına uymazsam hastalığımın kötüleşeceğinden endişeleniyorum	1 2 3 4 5	

12	Çevremdeki kişilerin hastalığım yüzünden bana farklı davranmalarından rahatsız oluyorum	1	2	3	4	5
-----------	---	---	---	---	---	---

13	Hastalığımı çok fazla düşünsem de, bu konuda konuşmamaya çalışıyorum	1	2	3	4	5
14	Çevremdeki kişilerin benim yaşadığım sağlık problemlerini yaşamamaları için yaşam tarzlarını değiştirmeleri konusunda onları ikna etmeye çalışırım	1	2	3	4	5
15	Aktivitelerimi planlamakta zorlanıyorum çünkü hastalığımın buna engel olup olmayacağını hiç bilemiyorum	1	2	3	4	5
16	Başkalarının iyiliği için hastalığım hakkında olumlu bir tutum sergilemeliyim	1	2	3	4	5
17	Hastalığım diğer kişileri rahatsız ediyor	1	2	3	4	5
18	Sadece problem yaşadığımda hastalığım aklıma geliyor	1	2	3	4	5
19	Günlük aktivitelerimi yaparken hastalığımı düşünmüyorum	1	2	3	4	5
20	Sağlığımın düzelmesi için yaşam tarzımda değişiklikler yaptım	1	2	3	4	5
21	Çevremdeki kişilere hastalığımı anlatıyorum ki keyifsiz olduğumda hiç kimse bunu üzerine alınmasın	1	2	3	4	5
22	Tedavi planımı takip edersem hastalığımı kontrol edebilirim	1	2	3	4	5
23	Kendime bakarsam, hastalığımla ilgili daha fazla sorun çıkmasını önleyebilirim	1	2	3	4	5
24	Çevremdeki kişilere hastalığımın ne kadarını anlatacağıma dikkat ediyorum, çünkü insanları üzmem istemiyorum	1	2	3	4	5
25	Hastalığımdaki değişimleri gösteren belirtileri tespit etmek için kendimi kontrol ederim	1	2	3	4	5

26	Günlük planlarımı yaparken, hastalığımı düşünüyorum	1 5	2	3	4
27	Hastalığımın kötüleştiğini gösteren işaretleri takip ederim	1 5	2	3	4
28	Hastalığımı kontrol edebilmek için yapabileceğim çok az şey var	1 5	2	3	4
29	Sağlığım hakkında çok fazla düşünüyorum	1 5	2	3	4
30	Normal bir yaşam sürebilmem için bir rutini takip etmek çok önemlidir	1 5	2	3	4
31	Hastalığım hakkında her şeyi öğrenerek hastalığımı kontrol altında tutuyorum	1 5	2	3	4
32	Hastalığımı kontrol altında tutabilmek için yaşam tarzımı değiştirdim	1 5	2	3	4
33	Yaşamım tedavi planım etrafında şekilleniyor	1 5	2	3	4
34	Sağlığıma dikkat etmek zorundayım yoksa durumum kötüleşir	1 5	2	3	4
35	Çevremdeki kişileri hastalığım konusunda rahatsız etmemek için düzenimi değiştiriyorum	1 5	2	3	4

EK-7. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ



Nihan Türkoğlu

Sayın Koç, belirttiğiniz ölçeği ve analiz yöntemini ekte gönderiyorum. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.



sadık hancerlioğlu

Merhaba, ölçeği kullanabilirsiniz, ölçeğe yük tezden ulaşabilirsiniz, çalışmalarınızda başarılar dilerim.



EK-8. TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Gamze KOÇ
Ana Bilim Dalı	Hemşirelik Esasları
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans

Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı Başkanlığına

Danışmanlığımı yürüttüğüm ve yukarıda bilgileri yazılı olan bilim dalımız öğrencisinin Tez adı aşağıda belirtilen şekilde değiştirilmiştir. Bilgilerinize arz ederim. 11.09.2023

Prof. Dr. Mağfiret KASIKÇI

Değişiklik Türü	Tez Adı Değişikliği ☒
Tezin Eski Adı	KOAH Tanılı Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ile Özbakım Yönetimi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi
Tezin Yeni Adı	KOAH Hastalarının Sağlık Okuryazarlığı ile Özbakım Yönetimi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi
Tezin İngilizce Adı	Determining the Relationship Between Health Literacy and Self-Care Management of COPD Patients
Değişikliğin Gerekçesi	Değişiklik Gerekçesini Girmek İçin Tıklayınız Tez adında geçen “Tanı” kelimesini kaldırmak için değişiklik yapılmıştır.