

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Psikososyal Uyum Düzeyi ile Klinik Özellikleri ve Hastalık Algısı Arasındaki İlişki

The Relationship Between Clinical Characteristics and Perception of Disease with Psychosocial Adjustment of Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

¹Muradiye POLAT

²Nazmiye YILDIRIM

¹Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Samsun, Türkiye, Sağlık Bakım Hizmetleri, Samsun, Türkiye
Department of Health Care Services, Samsun Mental Health and Diseases Hospital, Samsun, Türkiye

²Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Bolu, Türkiye
Department of Nursing, Bolu Abant İzzet Baysal University Faculty of Health Sciences, Bolu, Türkiye

ORCID ID

MP : 0000-0002-9583-1637

NY : 0000-0003-2279-2865



ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tanılı hastaların psikososyal uyumunu belirlemek, hastaların klinik özelliklerinin ve hastalık algılarının psikososyal uyumla ilişkisini incelemek amaçlandı.

Gereç ve Yöntemler: Kesitsel bu çalışma, Ankara il merkezinde bulunan bir devlet hastanesinin dahiliye servisinde yatarak tedavi görmekte olan 100 KOAH hastası ile yapıldı. Veriler katılımcı bilgi formu, “COPD Assessment Test (CAT)”, “Modified Medical Research Council (mMRC)” Skalası, Hastalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği, Hastalık Algısı Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması 63,87±10,77 yıl, hastalık süresi ortalaması 9,35±9,1 yıl, son bir yıl içinde hastalığın alevlenme sayısı 2,00±2,58 (1–15) ve hastane yatışı sayısı 1,47±0,50 (1–2) idi. Spirometrik değerlendirmede hastaların %34’ünün FEV₁ ≥ %80 (beklenenin), CAT skoru değeri ise %42’sinin >20 (etkilenme seviyesi yüksek), mMRC skalasına göre %33’ünün skoru 1 olarak saptandı. Hastaların sadece dörtte birinin psikososyal uyumlarının iyi olduğu ve en olumsuz etkilenmenin sağlık bakımına oryantasyon boyutunda olduğu belirlendi. Hastaların psikososyal uyumu ile hastalık süresi (r= +0,27; p=0,007), hospitalizasyon sıklığı (r=–0,21; p=0,04), hastalık algısının süresi (döngüsel) (r=–0,23; p=0,02), sonuçlar (r=–0,23 ve –0,26; p≤0,02), kişisel kontrol (r=0,20; p=0,04) boyutları ve hastalığın nedeninin bağışıklık sistemine atfedilmesi (r=–0,23; p=0,02) ilişkili bulundu.

Sonuç: KOAH’nın hastaların yaşamını çok yönlü (sağlık bakımına oryantasyon, seksüel ilişki, mesleki çevre, aile çevresi, sosyal çevre, psikolojik baskı, geniş aile

Cite this article as: Polat M, Yıldırım N. The Relationship Between Clinical Characteristics and Perception of Disease with Psychosocial Adjustment of Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Journal of Izmir Chest Hospital 2023;37(2):61–69.

Geliş (Received): Mart 19, 2023 **Revize (Revised):** Temmuz 14, 2023 **Kabul (Accepted):** Temmuz 23, 2023 **Çevrimiçi (Online):** Ağustos 17, 2023

Sorumlu yazar (Correspondence author): Nazmiye YILDIRIM, RN, PhD. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Bolu, Türkiye.

Tel: +90 374 253 45 20 **e-mail:** nazmiyekocaman@yahoo.com

© Copyright 2023 by Journal of Izmir Chest Hospital - Available online at www.ijghdergisi.org

ilişkileri) etkilediği, çoğunun psikososyal uyum sağlamada zorlandıkları görüldü. Hastalık algısının değerlendirilmesi ve KOAH hangi evrede olursa olsun psikososyal desteğin sunulmasının göz ardı edilmemesi gerektiği düşünüldü.

Anahtar kelimeler: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, hastalık algısı, psikososyal uyum.

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to determine the psychosocial adjustment of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and to examine the relationship between the clinical characteristics and illness perceptions and psychosocial adjustment.

Material and Methods: This cross-sectional study was conducted with 100 COPD patients who were hospitalized in the internal medicine service of a state hospital in Ankara city center. Data were collected using participant information form, COPD Assessment Test (CAT), Modified Medical Research Council (mMRC) Scale, Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report, and Illness Perception Questionnaire. Spearman correlation analysis was used to evaluate the data.

Results: The mean age was 63.87 ± 10.77 years, the mean disease duration was 9.35 ± 9.1 years, the number of exacerbations of the disease in the past 1 year was 2.00 ± 2.58 (1–15), the number of hospitalizations was 1.47 ± 0.50 (1–2). In the spirometric evaluation, 34% of the patients had $FEV_1 \geq 80\%$ (expected), CAT score was >20 (high level of exposure) in 42%, and 33% had a score of 1 according to the mMRC scale. It was determined that only one-fourth of the patients had good psychosocial adjustment and the most negative impact was on the orientation to health care. There was a significant correlation between the psychosocial adjustment and duration of illness ($r: \pm 0.27$; $p=0.007$), frequency of hospitalization ($r: -0.21$; $p=0.04$), duration of illness perception (cyclic) ($r: -0.23$; $p=0.02$), outcomes ($r: -0.23$ and -0.26 ; $p \leq 0.02$), dimensions of personal control ($r: 0.20$; $p=0.04$), and attributing the cause of the disease to the immune system ($r: -0.23$; $p=0.02$).

Conclusion: It was observed that COPD affects patients' lives in many ways (health care orientation, sexual relationships, vocational environment, domestic environment, social environment, psychological distress, extended family relationships), and most of them have difficulties in psychosocial adjustment. It was thought that the evaluation of the perception of the disease and the provision of psychosocial support should not be ignored regardless of the stage of COPD.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, illness perception, psychosocial adjustment.

GİRİŞ

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), dünya çapında morbidite, mortalite ve sağlık hizmeti kullanımının başlıca nedenidir.^[1,2] Hastalık klinik olarak ilerleyene kadar teşhis konulamaması erken müdahale olasılığını azaltmaktadır.^[3] İnhale ve oral farmakolojik tedavilerden cerrahi ve bronkoskopik girişimsel tedavilere kadar değişen yeni tedavi seçeneklerine rağmen, KOAH'ın akut alevlenmeleri hala önemli bir sorun olmaya devam etmektedir.^[1] Ayrıca bir alevlenmenin sonraki alevlenmeye yatkınlığı artırdığı bildirilmektedir.^[4] Dolayısıyla KOAH'ın sadece kronik bir hastalık olmadığı, progresif, alevlenmelerle seyreden, tekrarlayan hastane yatışı gerektirebilen, sağlık harcamalarına önemli katkıda bulunan bir hastalık olduğu görülmektedir. Çok ciddi biyopsikososyal ve ekonomik maliyeti nedeniyle büyük bir küresel sağlık sorunu olduğu belirtilmektedir.^[5]

Hastaların ifadesiyle “ölümden beter” böyle bir hastalığın, özellikle en belirgin semptomu olan dispnenin bireyin fiziksel ve psikososyal iyilik halini olumsuz etkilediği, çok yönlü kayıplara ve yaşam kalitesinin azalmasına yol açtığı gösterildi.^[6–9] KOAH ile anksiyete, depresyon ve intihar eğilimi başta olmak üzere psikolojik komorbiditeler arasında çift yönlü ilişki olduğu tutarlı olarak bildirildi.^[10–12] Mevcut veriler, bireyin KOAH semptomlarının yönetiminin ve tedaviye uyumunun sağlanmasının yanı sıra psikososyal olarak değerlendirilmesinin ve müdahale edilmesinin de önemini göstermektedir. Hastaların psikososyal uyumunu desteklemek, psikolojik

müdahalelerin temel amacıdır ve tedavi ekibinin önemli rollerinden biridir. Ancak KOAH'lı bireylerin psikososyal uyumlarını araştıran çalışmalar sınırlıdır. Okur ve Nural (2022)'in olgu sunumunda hastalığa uyumun çok yönlü olarak değerlendirildiği, Togluk ve Çuhadar (2021)'in çalışmasında ise hastaların psikososyal uyumuna ölüm anksiyetesinin etkisinin incelendiği görüldü.^[8,13] Bu çalışmalarda Hastalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği kullanıldı ve KOAH hastalarının psikososyal uyumlarının kötü olduğu belirlendi.^[8,13] Önceki yıllarda Çin'de yapılan bir çalışmada da KOAH hastalarının psikososyal uyumlarının zayıf olduğu ve yorgunluğun, ileri yaşın, mevcut sağlık durumunun daha kötü algılanmasının, yüzleştirici ve duygusal başa çıkma tarzlarının kullanılmasının başarısız psikososyal uyumun yordayıcıları olduğu bildirildi.^[14]

KOAH ile yaşamın psikolojik etkilerine rağmen hastaların psikososyal uyumlarının ve ilişkili faktörlerle ilgili literatürün azlığı göz önüne alındığında, mevcut boşluğu gidermeye, bu hastaların psikososyal bakımlarında yol gösterici olacak kanıtlara ihtiyaç olduğu görüldü. Hastalığa psikososyal uyum; “sağlık bakımına uyum, psikososyal sıkıntı, cinsel ilişkiler, mesleki çevre, sosyal çevre, ev ve aile ilişkileri ile geniş aile ilişkisi alanlarını içeren, çok boyutlu ve kompleks bir süreç” olarak tanımlanır.^[15] Her bir boyutun ele alınması bütüncül bakım ve tedavinin sunulmasına katkı sağlayacaktır. Bu doğrultuda araştırma, KOAH hastalarının psikososyal uyumunu belirlemek, hastaların klinik özellikleri ve hastalık algıları ile psikososyal uyumu arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirildi.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma Dizaynı ve Katılımcılar

Bu araştırma kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini, Ankara il merkezinde bulunan Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesinin dahiliye servisine Mayıs 2017-Eylül 2017 tarihleri arasında KOAH tanısı ile yatarak tedavi görmekte olan 137 hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise 18 yaş ve üstünde olan, en az bir yıl önce KOAH tanısı konulan, iletişim ve algılama problemi olmayan, herhangi bir işitsel ve görsel engeli olmayan, psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan ve hastalığının terminal döneminde olmayan 100 hasta oluşturdu.

Bu çalışma için Okan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (Tarih: 20/04/2017, Karar No: 26) onay ve araştırmanın yapılacağı kurumdaki (Tarih: 10/03/2017, Sayı: 24648653-501.07.99) yazılı izin alındı. Araştırmaya başlamadan önce, araştırmaya dahil edilen hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onam alındı. Bu araştırma insanlar üzerindeki tıbbi araştırmalarda gerçekleştirilen tüm prosedürlere, kurumsal ve/veya ulusal araştırma komitesinin etik standartlarına, Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi ve etik standartlara uygun olarak yapıldı.

Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında, katılımcı bilgi formu, "COPD Assessment Test (CAT)", "Modified Medical Research Council (mMRC)" skalası, Hastalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR), Hastalık Algısı Ölçeği (IPQ-R) kullanıldı.

Katılımcı bilgi formu: Bu formda hastaların demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu) ve hastalık durumuna ilişkin (KOAH tanı süresi, atak sayısı, hastaneye yatma sayısı, sigara kullanımı, eşlik eden kronik hastalık varlığı) sorulara yer verildi. Ayrıca mevcut hospitalizasyon esnasında yapılan güncel spirometrik değerlendirme sonucu retrospektif olarak hastanın dosyasından elde edildi.^[16]

COPD assessment test (CAT): KOAH'ın etkilerini ve sağlık durumundaki bozulmayı değerlendiren sekiz maddelik, sıklıkla klinik pratikte kullanılan testtir. Testte, yelpazenin her iki ucunda yer alan ifadeler 0–5 arasında derecelendirilir. Örneğin, "rahat uyuyorum" 0 1 2 3 4 5 "akciğerlerimin durumu nedeniyle rahat uyuyamıyorum" gibi. Hasta, rahat uyuyabiliyorsa 0'ı, uyuyamıyorsa 5'i ya da durumuna göre aradaki en uygun değeri seçer. Toplam puan 0–40 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması, KOAH'ın kişinin yaşamı üzerinde daha ciddi etkisi olduğunu gösterir. CAT skorları >30 (etkilenme seviyesi çok yüksek), >20 (etkilenme seviyesi yüksek), 10–20 (etkilenme seviyesi orta), <10 (etkilenme seviyesi düşük), 5 (sağlıklı ve sigara içmeyen kişilerde normalin üst sınırı) olarak değerlendirilmektedir.^[17,18]

Modified medical research council (mMRC) skalası: Hastaların aktivite sırasında dispne şiddetini belirlemek amacıyla oluşturuldu, daha sonra İngiliz Medikal Araştırma Konseyi tarafından modifiye edildi.^[19,20] Epidemiyolojik çalışmalarla desteklenmiş bir ölçüm aracıdır. mMRC'nin akciğer fonksiyon testleri ve arteriyel kan gazı ölçümleri ile korelasyon gösterdiği belirlendi. GOLD ve diğer ulusal rehberler tarafından bu skalanın kullanımı önerilmektedir. Uygulanması pratik ve hasta uyumu yüksek olduğundan, günümüzde de sıklıkla tercih edilmektedir. Dispne meydana getiren çeşitli aktiviteler temel

alınarak oluşturulmuş, 5 puanlı (0–4) bir skaladır. Hastalardan skala üzerinde dispne oluşturan aktivite düzeyini belirlemesi istenir.^[21]

Hastalığa psikososyal uyum öz bildirim ölçeği (PAIS-SR):

Fiziksel hastalığa psikososyal uyumu değerlendirmek için geliştirilen çok boyutlu bir ölçektir.^[22] Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Adaylar (1995) tarafından yapıldı.^[23] Ölçek toplam 46 madde ve 7 alt boyuttan (Sağlık Bakımına Oryantasyon, Mesleki Çevre, Aile Çevresi, Seksüel İlişkiler, Geniş Aile İlişkileri, Sosyal Çevre ve Psikolojik Baskı) oluşmaktadır. Her bir maddenin yanıtları 0–3 puan aralığında değişmektedir. Ölçekte olumsuz değişiklikler 3 puanla, değişiklik olmaması ya da olumlu değişiklikler olması 0 puanla değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan düşük puanlar hastaların uyumlarının iyi olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 138'dir. Ölçekte 0–34 arasındaki puanlar "iyi psikososyal uyumu", 35–51 arası puan "orta derecede iyi psikososyal uyumu", 52–138 arası puan "kötü psikososyal uyumu" ifade etmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasındaki ölçek toplam Cronbach alfa kat sayısı değeri 0,94'tür.^[23] Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0,81 olarak belirlendi.

Hastalık algısı ölçeği (IPQ-R): Fiziksel hastalıklara yönelik hastalık algısını ölçmek için geliştirilen ölçek Moss-Morris ve ark.^[24] (2002) tarafından revize edildi. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması revize edilmiş formu üzerinden yapıldı.^[25] Hastalık Algısı Ölçeği üç boyuttan (hastalık tipi/belirtileri, hastalık hakkındaki görüşleri, hastalık nedenleri) oluşmaktadır. Hastalık belirtileri boyutu sık görülen 14 hastalık belirtisini içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, "hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı", daha sonra "bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği" soruldu. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilecek biçimde düzenlendi. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık belirtileri hakkında değerlendirme sonucunu oluşturur. Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu, 38 maddeden oluşmakta ve beşli Likert tipi ölçüm kullanılmaktadır. Bu boyut "süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller" olmak üzere yedi alt ölçeği içermektedir. Alt boyutlardan alınan yüksek puanlardan; bireylerin hastalığını kronik olarak algıladığı, hastalığının tekrarlayabileceğini, hastalığın sonuçlarını olumsuz algıladığı, hastalığının seyirini ve tedavisini kontrol edebileceğine dair pozitif algılarının olduğunu ve hastalığıyla ilgili endişesinin fazla olduğu ve bundan olumsuz etkilendiği sonucuna ulaşılmaktadır. Hastalık nedenleri boyutu, hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur ve beşli Likert tipi ölçüm kullanılmaktadır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve "psikolojik atıflar, risk etkenleri, bağışıklık, kaza veya şans" olmak üzere dört alt ölçek içerir. Alt boyutlardan alınan yüksek puan, bireyin hastalığa neden olan faktörleri nasıl algıladığını gösterir. Ölçeğin ülkemizde yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında tüm alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayılarının 0,60 ile 0,85 arasında değiştiği saptandı.^[25] Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0,60–0,81 arasında belirlendi.

Veriler, hasta odasında yüz yüze bireysel görüşme yoluyla toplandı. Çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan hastalar ilk yazar tarafından belirlendi ve öncelikle hastalara araştırmanın amacı, veri toplama yöntemi ve süreci ile ilgili açıklama yapıldı. Araştırmaya devam etmeyi kabul eden hastalardan bilgilendirilmiş onam alındı. Spirometrik değerlendirme sonucu retrospektif olarak hasta dosyasından elde edildi.

İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS 22 Programı (IBM Corp., Armonk, NY, ABD) kullanıldı. Tanımlayıcı istatistik olarak, veri tipine göre sayı ve frekans (yüzdeler) veya ortalaması±standart sapma kullanıldı. Verilerin parametrik test varsayımlarını sağlayıp sağlamadığı incelendi ve normal dağılım göstermediği belirlendi. Psikososyal uyum ile klinik özellikler ve hastalık algısı arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirildi, istatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasının $63,87 \pm 10,77$ (38–88) yıl olduğu, %58'inin erkek, %71'inin evli, eğitim durumunun %74'ünde ilköğretim ve %57'sinin emekli olduğu belirlendi. KOAH tanı süresi ortalaması $9,35 \pm 9,01$ (1–46) yıl, son bir yıl içinde hastalığın alevlenme sayısı $2,00 \pm 2,58$ (1–15), hastane yatışı sayısı $1,47 \pm 0,50$ (1–2) olarak bulundu. Hastaların yarısı sigara kullanmayı bıraktığını, %21'i devam ettiğini ifade etti. Spirometrik değerlendirmede hastaların %34'ünün FEV₁ \geq %80 (beklenenin), CAT skoru değeri ise %42'sinin > 20 (etkilenme seviyesi yüksek), %33'ünün mMRC skalasına göre nefes darlığı şiddeti 1 olarak bulundu. Hastaların %57'sinin KOAH'a eşlik eden kronik hastalığı olduğu ve %50'sinin psikososyal uyumunun kötü olduğu belirlendi (Tablo 1).

Hastaların psikososyal uyumunun toplam puan ortalamasının $50,53 \pm 19,85$ olduğu, en fazla olumsuz etkilenen boyutun "sağlık bakımına oryantasyon", en az etkilenen boyutun "geniş aile ilişkileri" olduğu saptandı. Hastalık algısı ölçeğinin Hastalık Tipi/Kimlik alt ölçeği ortalamasının $7,13 \pm 3,22$ olduğu, Hastalık Hakkındaki Görüşler alt ölçeğine göre hastaların süre (akut/kronik) algısı ortalamasının diğer boyutlara göre en yüksek olduğu, bunu sonuçlar ve duygusal temsiller boyutunun izlediği bulundu. Hastalık Nedenleri alt ölçeğinde hastaların en fazla risk etkenlerine, ikinci sırada psikolojik etkenlere atıfta bulunduğu görüldü (Tablo 2).

Korelasyon analizi sonuçlarına göre psikososyal uyumun sağlık bakımına oryantasyon boyutu ile hastalık süresi ($r = -0,27$; $p = 0,007$), son bir yılda hastaneye yatış sayısı ($r = -0,21$; $p = 0,04$) arasında negatif düşük düzeyde korelasyon saptandı. KOAH tanı süresi ile sosyal çevre ve psikolojik baskı boyutu arasında aynı düzeyde ($r = 0,27$; $p = 0,007$) pozitif, düşük düzeyde korelasyon olduğu belirlendi. Diğer klinik özelliklerle psikososyal uyum arasında korelasyon olmadığı saptandı (Tablo 3).

Psikososyal uyumun aile çevresi boyutu ile hastalık algısının sonuçlar boyutu ($r = -0,26$; $p = 0,01$), geniş aile ilişkileri çevresi ile sonuçlar ($r = -0,23$; $p = 0,02$), süre (döngüsel) ($r = -0,23$; $p = 0,02$) boyutu ve nedensel atıflardan bağımsızlık boyutu ($r = -0,23$; $p = 0,02$) arasında negatif düşük düzeyde korelasyon bulundu. Psikososyal uyumun geniş aile ilişkileri boyutu ile hastalık algısının kişisel kontrol boyutu arasında ($r = 0,20$; $p = 0,04$) pozitif düşük düzeyde korelasyon saptandı (Tablo 4).

TARTIŞMA

Bu çalışmanın sonucunda KOAH hastalarının yarısının psikososyal uyumunun kötü, en olumsuz etkilenmenin sağlık bakımına oryantas-

yon boyutunda olduğu belirlendi. Hastaların psikososyal uyumu ile hastalık süresi, hospitalizasyon sıklığı, hastalık algısının süre (döngüsel), sonuçlar, kişisel kontrol boyutları ve hastalığın bağımsızlık sistemine atfedilmesi arasında ilişki olduğu görüldü.

Kronik hastalığa iyi/başarılı psikososyal uyum, fiziksel ve işlevsel durumdaki değişimlere karşı duyuşsal ve duygusal tolerans geliştirebilme; kötü/başarısız uyum, bireyi fiziksel, duygusal ve sosyal yönden olumsuz etkileyenlere tahammülsüzlük hali olarak açıklanmaktadır.^[26] Bu çalışmada hastaların %50'sinin psikososyal uyumunun kötü, %24'ünün iyi düzeyde olduğu, psikososyal uyum toplam puan ortalamasının $50,53 \pm 19,85$ olduğu belirlendi. KOAH hastalarıyla yapılan çalışmalardan birinde psikososyal uyum puanı $67,54 \pm 14,96$, diğerinde 51 olarak bildirildi.^[8,13] Farklı kronik hastalıklarla yapılan çalışmalarda psikososyal uyum toplam puanı ortalaması kalp yetersizliği hastaları için $42,68 - 51,1$, diabetes mellitus hastaları için $45 - 48,20$ olarak saptandı.^[27-30] Kronik hastalığı olan hastanede yatan hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %47'sinin psikososyal uyumunun kötü olduğu belirlendi.^[15] Sonuçta, KOAH hastalarının psikososyal uyumunun başarısız olduğu, diğer kronik hastalığı olan hasta gruplarına göre de KOAH hastalarının psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu görülmektedir. Bu durumun, KOAH'ın kronik olduğu kadar günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan, geriye dönüşsüz kayıplara, fiziksel ve sosyal kısıtlılıklara, bağımsızlığa yol açan ilerleyici bir hastalık olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda psikososyal uyumun en çok etkilenen alt boyutları sırasıyla sağlık bakımına oryantasyon, seksüel ilişki, mesleki çevre, aile çevresi, sosyal çevre, psikolojik baskı, geniş aile ilişkileri olarak bulundu. Bir çalışmada bu sıralama mesleki çevre, sosyal çevre, aile çevresi, seksüel ilişki, sağlık bakımına oryantasyon, psikolojik baskı ve geniş aile ilişkileri biçiminde saptandı.^[13] Kalp yetersizliği hastalarıyla yapılan bir çalışmada sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, sosyal çevre, psikolojik baskı, seksüel ilişki ve geniş aile ilişkileri olarak sıralandı.^[27] Diyabet hastalarıyla yapılan çalışmalarda hastaların en çok sağlık bakımına oryantasyon, seksüel ilişki olmak üzere, bu boyutları mesleki çevre, psikolojik baskı, sosyal çevre, aile çevresi ve geniş aile ilişkileri izledi.^[29,30] Psikososyal uyumun en çok etkilenen boyutlarının sıralamasında farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu farkın çalışmanın yapıldığı popülasyonun yatarak veya ayaktan tedavi gören hastaları içermesine göre değiştiği dikkati çekmektedir. Alevlenmelerle seyreden kronik hastalıkların yönetiminde hospitalizasyon gerekliliği sağlık bakımına oryante olma boyutunu ön plana çıkarabilmektedir. Geniş aile ilişkilerinin ise psikososyal uyumun en az etkilenen boyutu olduğu ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da tutarlı olarak bildirildi.^[13,27,29,30] Türk toplumunda çekirdek aile yapısının artması nedeniyle geniş aile ilişkilerinin daha az etkilenmesi beklenen bir sonuç olarak düşünülmüştür.

Hayatı tehdit eden bir hastalık olan KOAH gerçeğiyle başetmeye ihtiyacı olan hastaların psikososyal uyumu ve etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmalar sınırlı ise de hastaların klinik özelliklerinin psikososyal uyuma etkisini değerlendiren bir çalışmaya ulaşılamamıştır.^[7] Çalışmamızda KOAH tanı süresi ile sağlık bakımına oryantasyon arasında negatif, sosyal çevre ve psikolojik baskı boyutu arasında pozitif ilişki olduğu saptandı. Bu sonuç, hastalık süresi arttıkça hastaların sağlık hizmetlerine daha iyi uyum sağladığını

Tablo 1: Hastaların demografik, klinik özellikleri ve psikososyal uyum düzeylerinin dağılımı

Özellikler	Ortalama±SS	Min-maks
Yaş (yıl)	63,87±10,77	38–88
KOAH tanı süresi (yıl)	9,35±9,01	1–46
Son bir yılda hastalık alevlenme sayısı	2,00±2,58	1–15
Son bir yılda hastaneye yatış sayısı	1,47±0,50	1–2
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	42	42
Erkek	58	58
Medeni durum		
Evli	71	71,0
Bekar	29	29,0
Eğitim durumu		
İlköğretim	74	74,0
Ortaöğretim	15	15,0
Çalışma durumu		
Çalışan	11	11,0
Çalışmayan	32	32,0
Emekli	57	57,0
Sigara kullanma durumu		
Hiç kullanmayanlar	29	29,0
Bırakmış olanlar	50	50,0
Devam edenler	21	21,0
Spirometrik değerlendirme		
GOLD 1 (hafif): FEV ₁ beklenenin ≥%80	34	34,0
GOLD 2 (orta): FEV ₁ beklenenin ≥%50'si ile <%80'i	33	33,0
GOLD 3 (ağır): FEV ₁ beklenenin ≥%30 ile <%50'si	23	23,0
GOLD 4 (çok ağır): FEV ₁ beklenenin <%30'u	10	10,0
KOAH değerlendirme testi (CAT)		
>30 (etkilenme seviyesi çok yüksek)	29	29,0
>20 (etkilenme seviyesi yüksek)	42	42,0
10–20 (etkilenme seviyesi orta)	25	25,0
<10 (etkilenme seviyesi düşük)	4	4,0
5 (sağlıklı ve sigara içmeyen kişilerde normalin üst sınırı)	–	–
Değiştirilmiş İngiliz Tıbbi Medikal Araştırma Konseyi (mMRC) skalası		
0 (yok): Sadece ağır egzersiz sırasında nefesim daralıyor.	10	10,0
1 (hafif): Sadece düz yolda hızlı yürüdüğümde ya da hafif yokuş çıkarken nefesim daralıyor.	33	33,0
2 (orta): Nefes darlığım nedeniyle düz yolda kendi yaşitlarım göre daha yavaş yürümek ya da ara ara durup dinlenmek zorunda kalıyorum.	31	31,0
3 (ağır): Düz yolda 100 m veya birkaç dakika yürüdükten sonra nefesim daralıyor ve duruyorum.	13	13,0
4 (çok ağır): Nefes darlığım yüzünden evden çıkamıyorum veya giyinip soyunurken nefes darlığım oluyor.	13	13,0
Eşlik eden kronik hastalık varlığı		
Yok	43	43,0
Var	57	57,0
Psikososyal uyum		
İyi uyum (<35 puan)	24	24,0
Orta uyum (35–51 puan)	26	26,0
Kötü uyum (>51 puan)	50	50,0

SS: Standart sapma, FEV₁: Birinci Saniyedeki Zorlu Ekspiratuar Volüm.

Tablo 2: Hastaların psikososyal uyum ve hastalık algısı alt boyut puan ortalamaları

Psikososyal uyum	Ortalama±SS	Min-maks
Sağlık bakımına oryantasyon boyutu	10,13±3,90	1–17
Mesleki çevre boyutu	7,65±3,88	1–17
Aile çevresi boyutu	7,20±4,62	0–20
Seksüel ilişki boyutu	7,99±4,89	0–18
Geniş aile ilişkileri boyutu	4,48±2,64	0–13
Sosyal çevre boyutu	7,14±4,88	0–18
Psikolojik baskı boyutu	6,04±3,83	0–15
Toplam puan	50,53±19,85	11–103
Hastalık algısı		
Hastalık belirtileri (kimlik) alt ölçeği	7,13±3,22	0–14
Hastalık hakkındaki görüşler alt ölçeği		
Kişisel kontrol boyutu	18,98±4,45	6–28
Süre (akut/kronik) boyutu	20,74±5,92	6–30
Duygusal temsiller boyutu	19,48±5,28	6–29
Hastalığı anlayabilme boyutu	15,97±4,25	5–23
Sonuçlar boyutu	19,92±5,64	6–30
Süre (döngüsel) boyutu	14,18±3,44	4–20
Tedavi kontrolü boyutu	17,78±3,90	5–24
Hastalık nedenleri alt ölçeği		
Psikolojik atıflar boyutu	17,58±5,66	6–28
Risk etkenleri boyutu	19,46±4,69	7–28
Bağışıklık boyutu	10,13±3,27	3–15
Kaza veya şans boyutu	4,47±1,69	2–10

SS: Standart sapma.

ancak sosyal ve psikolojik olarak daha olumsuz etkilendiklerini göstermektedir. Hastalık süresi arttıkça daha fazla sağlık hizmetlerinden yararlanılması bu sonucu ortaya çıkarmış olabilir. Nitekim son bir yılda hastaneye yatış sayısı ile sağlık bakımına oryantasyon arasında da negatif ilişki saptandı. Diğer taraftan hem KOAH'ın ilerlemesi hem de hastane yatışları sosyal aktivitelerin kısıtlanmasına, aile ve toplum içinde beklenen rollerin yerine getirilmesinde zorlanmaya yol açabilmektedir. Sağlıklı bireylerin gerçekleştirdiği olağan ve değerli faaliyetleri KOAH'lı bireylerin gerçekleştirme yeteneğinin kaybı söz konusudur. Tüm bunlar psikolojik baskıya yol açabilmektedir. Sigurgeirsdottir ve ark.^[7] (2019) KOAH hastalarının deneyimlerini ve ihtiyaçlarını araştırdıkları çalışmada da hastalığın, hastaların fiziksel ve psikososyal iyilik halini, aile ilişkilerini ve sosyal yaşamını olumsuz etkilediğini buldu. Hastaların KOAH hastası olma deneyimlerini, “çoğu düzeyde özgürlüğün kaybedildiği ve olası nefes darlığından her zaman korkan, sürekli küçülen bir dünyada silahsız bir savaş vermeye benzer” olarak tanımlamaları, çalışmamızın hastalık süresi arttıkça sosyal hayata katılımın ve psikolojik iyilik halinin kötüleşmesini açıklar niteliktedir. Çalışmamızda hastaların diğer klinik özellikleriyle psikososyal uyum arasında ise ilişki olmadığı görüldü. Bu sonuç, KOAH'ın şiddetinden bağımsız olarak tüm hastaların psikososyal uyumunu artırmada tedavi ekibinin katkı sağlaması gerektiği anlamına gelmektedir.

Tablo 3: Hastaların klinik özellikleri ile psikososyal uyum alt boyut puan ortalamaları arasındaki korelasyon

Klinik özellik	Sağlık bakımına oryantasyon		Mesleki çevre		Aile çevresi		Seksüel ilişki		Geniş aile ilişkileri		Sosyal çevre		Psikolojik baskı	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
KOAH tanı süresi (yıl)	-0,270	0,007	0,192	0,056	-0,022	0,827	-0,027	0,787	-0,034	0,737	0,270	0,007	0,270	0,007
Son bir yılda hastalık alevlenme sayısı	-0,159	0,114	0,141	0,161	-0,058	0,564	-0,084	0,408	-0,058	0,567	-0,017	0,870	0,066	0,517
Son bir yılda hastaneye yatış sayısı	-0,205	0,040	-0,005	0,964	0,016	0,876	0,023	0,817	-0,054	0,591	0,071	0,481	0,021	0,839
Spirometrik değerlendirme	-0,171	0,088	0,051	0,611	-0,006	0,952	-0,017	0,868	-0,045	0,658	0,080	0,429	0,063	0,536
KOAH değerlendirme testi (CAT)	-0,014	0,892	-0,013	0,895	-0,057	0,571	-0,127	0,209	-0,105	0,300	-0,006	0,955	-0,035	0,732
Değiştirilmiş İngiliz Tıbbi Medikal Araştırma Konseyi (mMRC) skolası	-0,192	0,055	0,145	0,151	0,056	0,578	-0,071	0,480	0,035	0,726	0,123	0,224	0,168	0,094

Tablo 4: Hastaların hastalık algısı ile psikososyal uyum alt boyut puan ortalamaları arasındaki korelasyon

Hastalık algısı	Sağlık bakımına oryantasyon		Mesleki çevre		Aile çevresi		Seksüel ilişki		Geniş aile ilişkileri		Sosyal çevre		Psikolojik baskı	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Hastalık belirtileri (kimlik)	-0,101	0,319	0,014	0,889	0,078	0,442	0,097	0,339	0,084	0,405	0,053	0,603	-0,175	0,082
Hastalık hakkındaki görüşler														
Kişisel kontrol	0,104	0,305	-0,084	0,404	0,010	0,919	-0,117	0,247	0,202	0,044	-0,097	0,339	0,006	0,950
Süre (akut/kronik)	-0,134	0,183	0,143	0,155	-0,050	0,618	0,067	0,507	0,025	0,804	0,070	0,487	0,057	0,577
Duygusal temsiller	0,056	0,578	-0,154	0,126	-0,100	0,324	-0,034	0,736	-0,136	0,178	-0,053	0,601	-0,008	0,937
Hastalığı anlayabilme	-0,037	0,715	0,052	0,606	-0,048	0,638	-0,176	0,079	0,133	0,186	0,093	0,355	-0,019	0,854
Sonuçlar	-0,132	0,190	-0,156	0,122	-0,257	0,010	0,063	0,533	-0,229	0,022	-0,091	0,369	-0,131	0,193
Süre (döngüsel)	0,042	0,675	-0,044	0,664	-0,141	0,162	-0,053	0,604	-0,228	0,023	-0,001	0,995	-0,060	0,556
Tedavi kontrolü	0,076	0,455	0,135	0,182	0,111	0,271	0,043	0,668	-0,097	0,336	0,183	0,068	0,055	0,584
Hastalık nedenleri boyutu														
Psikolojik atıflar	0,005	0,960	-0,073	0,469	-0,096	0,340	-0,036	0,720	-0,113	0,262	0,056	0,577	0,017	0,869
Risk etkenleri	-0,055	0,587	0,080	0,426	-0,037	0,716	-0,061	0,547	-0,028	0,785	0,037	0,716	0,030	0,766
Bağıışıklık	-0,178	0,077	0,006	0,956	-0,130	0,197	0,014	0,888	-0,232	0,020	0,094	0,351	0,048	0,637
Kaza veya şans	-0,157	0,118	-0,065	0,521	-0,094	0,355	-0,118	0,244	-0,059	0,563	0,001	0,999	0,169	0,093

Kronik fiziksel hastalığı olan hastalarla yapılan çalışmalarda hastanın hastalığı veya semptomlarıyla ilgili deneyimlerini, bilgilerini ve inançlarını yansıtan bilişsel görünümü yani hastalık algısı ile psikososyal uyumu arasında önemli ilişki olduğu bildirildi.^[15,30] KOAH'lı bireylerin hastalık algısı ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir.^[31–34] An ve ark.^[35] (2021) tarafından yapılan çalışmada KOAH hastalarının daha iyi hastalık algısına sahip olmasının daha düşük anksiyete düzeyiyle ilişkili olduğu bildirildi. Ancak psikososyal uyuma etkisi çalışmamızda ortaya konuldu. Buna göre hastaların hastalığın sonuçlarını olumsuz algılaması arttıkça, hastalığın tekrarlayan bir hastalık olduğuna inandıkça, hastalığın seyri ve tedavisi için kişisel kontrolün olmadığını yani yaptıklarının veya yapmadıklarının hastalığın yönetimini etkilemeyeceğini düşündükçe ve hastalığı bağışıklık sisteminin zayıf olmasına atfettikçe psikososyal uyumun özellikle aile ve geniş aile çevresi boyutunda uyumun kötüleştiği açığa çıktı. Bir meta-analiz çalışmasında sonuç algısının kötü psikolojik uyum ile ilişkili olduğu saptandı.^[36] Ulah ve ark.^[37] (2022) bireyin hastalığıyla ilgili algısının erken dönemde ele alınmasının, hasta odaklı tedavi sonuçlarına olumlu katkıda bulunabileceğini, tedavi ekibinin genellikle hastaların kendi kendine geliştirdiği algılarından habersiz olmasının önemli bir sorun olduğunu belirtti. Nitekim bir çalışmada, hastaların iyileşmesinin yalnızca rehabilitasyon programına bağlı olmadığı, hastaların hastalıklarıyla ilgili algılamalarının tedaviyi etkilediği bildirildi.^[38] Hastaların hastalık algılarını belirlemede, gerçekçi değerlendirmelerinde, hastalığını yönetmelerinde, özellikle hastalık üzerinde kişisel kontroller olduğunu fark etmelerinde ve başarılı psikososyal uyum sağlamalarında KOAH'lı bireylere göğüs hastalıkları uzmanları ve hemşireler yardım edebilir. İleri psikolojik müdahaleler için psikiyatri konsültasyonu, özellikle de konsültasyon liyezon psikiyatrisi hizmeti sağlanması ihmal edilmemelidir.

Çalışmamızın bulguları yorumlanırken dikkate alınması gereken bazı sınırlılıkları vardır. Bu çalışmanın kesitsel tasarımı nedeniyle neden-sonuç ilişkisi kurulamamaktadır. Ayrıca çalışma tek merkezdeki hastalar üzerinde yapıldı. Bu nedenle genellenebilirliği sınırlıdır.

Çalışmamız, KOAH ile yaşayan bireylerin sadece dörtte birinin psikososyal uyumlarının iyi olduğunu, hastalık hangi evrede olursa olsun psikososyal müdahalelerin uygulanması gerektiğini göstermektedir. Literatürde KOAH'ta psikososyal müdahalelerin etkilerine ilişkin yapılan randomize kontrollü çalışmaların meta-analizi psikososyal müdahalelerin hem psikolojik hem de fiziksel sonuçları iyileştirme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir.^[39,40] Gelecekteki çalışmalarda psikososyal uyumu etkileyebilecek diğer değişkenlerin (sosyal destek gibi) yanı sıra yatarak ve ayaktan tedavi gören KOAH hastalarının hastalık algıları ve psikososyal uyumları araştırılmalı, nitel çalışmalarla konu incelenmelidir. Klinik uygulamada hastaların ruhsal durumu tarama testleriyle rutin olarak değerlendirilmeli, bütüncül ve bireyselleştirilmiş tedavi ve bakım uygulanmalıdır.

Disclosures

Ethics Committee Approval: The study was approved by The Okan University Ethics Committee (date: 20.04.2017, number: 26).

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept – M.P., N.Y.; Design – N.Y., M.P.; Supervision – N.Y., M.P.; Fundings – M.P., N.Y.; Materials – M.P., N.Y.; Data Collection and/or Processing – M.P., N.Y.; Analysis and/or Interpretation – N.Y., M.P.; Literature Search – M.P., N.Y.; Writing – N.Y., M.P.; Critical Reviews – N.Y., M.P.

Conflict of Interest: The authors have no conflict of interest to declare.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Etik Kurul Onayı: Çalışma Okan Üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylandı (tarih: 20.04.2017, numara: 26).

Hakem değerlendirmesi: Dışarıdan hakemli.

Yazarlık Katkıları: Fikir – M.P., N.Y.; Tasarım – N.Y., M.P.; Denetmeler – N.Y., M.P.; Kaynaklar – M.P., N.Y.; Malzemeler – M.P., N.Y.; Veri Toplanması ve/veya İşlenmesi – M.P., N.Y.; Analiz ve/veya Yorum – N.Y., M.P.; Literatür Taraması – M.P., N.Y.; Yazıyı Yazan – N.Y., M.P.; Eleştirel İnceleme – N.Y., M.P.

Çıkar Çatışması: Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışmanın herhangi bir finansal destek almadığını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Christenson SA, Smith BM, Bafadhel M, Putcha N. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2022;399:2227–42.
- Türk Toraks Derneği. Türk Toraks Derneği'nin Gold 2021 kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) raporuna bakış. Available at: https://toraks.org.tr/site/community/downloads/HzYtedQAuPN_tYAV. Accessed Jan 18, 2022.
- Ferrera MC, Labaki WW, Han MK. Advances in chronic obstructive pulmonary disease. *Annu Rev Med* 2021;72:119–34.
- Ritchie AI, Wedzicha JA. Definition, causes, pathogenesis, and consequences of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *Clin Chest Med* 2020;41:421–38.
- Agusti A, Vogelmeier C, Faner R. COPD 2020: Changes and challenges. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol* 2020;319:L879–83.
- Tel Aydın H, Tok Yıldız F, Karagözoğlu Ş, Özden D. Living with chronic obstructive pulmonary disease from the perspective of patients: A phenomenological study. *Florence Nightingale J Nurs* 2012;20:177–83.
- Sigurgeirsdottir J, Halldorsdottir S, Arnardottir RH, Gudmundsson G, Bjornsson EH. COPD patients' experiences, self-reported needs, and needs-driven strategies to cope with self-management. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2019;14:1033–43.
- Okur E, Nural N. Compliance of a patient with chronic obstructive pulmonary disease and nursing interventions: Case report. *J Contin Med Educ* 2022;31:314–20.
- Ay A, Çıray N. Activity level and quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Dokuz Eylül Univ Nurs Fac* 2023;16:39–50.
- Anlló H, Larue F, Herer B. Anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease: Perspectives on the use of hypnosis. *Front Psychol* 2022;13:913406.
- Doyle T, Palmer S, Johnson J, Babyak MA, Smith P, Mabe S, et al. Association of anxiety and depression with pulmonary-specific symptoms in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Psychiatry Med* 2013;45:189–202.
- Pumar MI, Gray CR, Walsh JR, Yang IA, Rolls TA, Ward DL. Anxiety and depression-Important psychological comorbidities of COPD. *J Thorac Dis* 2014;6:1615–31.
- Togluk S, Çuhadar D. The effect of death anxiety on psychosocial adjustment in individual with chronic obstructive pulmonary disease. *Indian J Palliat Care* 2021;27:358–66.
- Yuet LM, Alexander M, Chun CJ. Coping and adjustment in Chinese patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Nurs Stud* 2002;39:383–95.
- Kocaman N, Kutlu Y, Ozkan M, Ozkan S. Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. *J Clin Nurs* 2007;16:6–16.
- Uysal A. Pulmonary function tests for diagnosis, classification and monitoring of COPD. *Upd Pulmon Dis* 2013;1:20–3.
- Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen WH, Kline Leidy N. Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J* 2009;34:648–54.
- Yorgancıoğlu A, Polatlı M, Aydemir Ö, Demirci Yılmaz N, Kırkıl G, Atış Naycı S, et al. Reliability and validity of Turkish version of COPD assessment test. *J Tuberc Thorax* 2012;60:314–20.
- Fletcher CM. The clinical diagnosis of pulmonary emphysema; an experimental study. *Proc R Soc Med* 1952;45:577–84.
- Crisafulli E, Cline EM. Measures of dyspnea in pulmonary rehabilitation. *Multidiscip Respir Med* 2010;5:202–10.
- Türk toraks derneği KOAH çalışma grubu. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu 2014. Available at: https://www.chiesi.com.tr/img/download/documenti/363_ttd-koah-tani-ve-tedav-C4-B0-raporu-2014.pdf. Accessed Aug 15, 2023.
- Derogatis LR. The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *J Psychosom Res* 1986;30:77–91.
- Adaylar M. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığına tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı; 1995.
- Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick L. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002;17:1–16.
- Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2007;8:271–80.
- Livneh H, Antonak RF. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. *J Couns Dev* 2005;83:12–20.
- Türksen Ülkü S, Ünsar S. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumlarının belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs* 2022;13:159–66.
- Baba Sarı E, Ozdelikara A. Psychosocial adjustment and self-care behaviors of heart failure patients. *Turk J Cardiovasc Nurs* 2022;13:85–90.
- Türten Kaymaz T, Akdemir N. Psychosocial adjustment of diabetic patients to their disease. *J Psychiatr Nurs* 2016;7:61–7.
- Gündüz F, Yılmaz Karabulutlu E. Tıp II diyabetes mellituslu hastalarda hastalık algısı, psikososyal uyum ve glisemik kontrolün değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik Sağlık Bil Derg* 2016;19:106–15.
- Çavuşoğlu E, Özkayalar H, Yurtsever S, Çalıköğlü M, Taşdelen B. The relationship between illness perceptions and quality of life of individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur J Health Sci* 2022;5:33–42.
- Karagülle Ç, Can Çiçek S. The effect of disease perception on quality of life of individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Turk J Sci Health* 2020;1:36–49.

33. Tiemensma J, Gaab E, Voorhaar M, Asijee G, Kaptein AA. Illness perceptions and coping determine quality of life in COPD patients. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2016;11:2001–7.
34. Weldam SW, Lammers JW, Heijmans MJ, Schuurmans MJ. Perceived quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients: A cross-sectional study in primary care on the role of illness perceptions. *BMC Fam Pract* 2014;15:140.
35. An J, Zhou H, Yang T, Duan C, Bao C, Wan C, et al. Relationship of psychological factors with daily activities and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in a Chinese rural population. *Ann Palliat Med* 2021;10:1675–84.
36. Hagger MS, Orbell. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Health* 2003;18:141–84.
37. Ullah S, Ali S, Daud M, Paudyal V, Hayat K, Hamid SM, et al. Illness perception about hepatitis C virus infection: A cross-sectional study from Khyber Pakhtunkhwa Pakistan. *BMC Infect Dis* 2022;22:74.
38. Zoeckler N, Kenn K, Kuehl K, Stenzel N, Rief W. Illness perceptions predict exercise capacity and psychological well-being after pulmonary rehabilitation in COPD patients. *J Psychosom Res* 2014;76:146–51.
39. Farver-Vestergaard I, Jacobsen D, Zachariae R. Efficacy of psychosocial interventions on psychological and physical health outcomes in chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychother Psychosom* 2015;84:37–50.
40. Farver-Vestergaard I, Danielsen JTT, Løkke A, Zachariae R. Psychosocial intervention in chronic obstructive pulmonary disease: Meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychosom Med* 2022;84:347–58.