



T.C.

**AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**KOAH'LI BİREYLERDE DİSPNE, SOSYAL DESTEK VE YAŞAM
KALİTESİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BÜŞRA ALTUNIŞIK

**TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ NURHAN DOĞAN**

**AMASYA
OCAK 2023**

**T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**KOAH'LI BİREYLERDE DİSPNE, SOSYAL DESTEK VE YAŞAM
KALİTESİNİN BELİRLENMESİ**

Büşra ALTUNIŞIK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN**

**AMASYA
OCAK 2023**

BÜŞRA ALTUNIŞIK tarafından hazırlanan “**KOAH’LI BİREYLERDE DİSPNE, SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ**” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Ana Bilim Dalı **İç Hastalıkları Hemşireliği** Programında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

Başkan: Doç. Dr. Neşe UYSAL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Ülkü ÖZDEMİR

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum.

Tez Savunma Tarihi: 05/01/2023

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

.....

Prof. Dr. Ayşe ŞAHİN YAĞLIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



Canım Annem'e ithafen

ETİK BEYAN

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
 - Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
 - Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
 - Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
 - Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,
- bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

(İmza)

Büşra ALTUNIŞIK

.../.../...

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecim boyunca akademik bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, her zaman sabırla ve hoşgörüsüyle yaklaşan, beni sürekli motive eden ve bana rehber olan, öğrencisi olmaktan çok büyük mutluluk duyduğum danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN’a,

Çalışmamın yürütülmesi için imkan sağlayan Samsun İl Sağlık Müdürlüğü ve Göğüs Hastalıkları Hastanesi yönetimine, klinikte görev yapan değerli meslektaşlarıma, bu zorlu pandemi şartlarında çalışmama katılmayı kabul eden değerli hastalarım ve ailelerine,

Çalışmakta olduğum Samsun Ayvacık Devlet Hastanesi’ndeki çok kıymetli mesai arkadaşlarıma,

Tanıştığımız günden beri yanında her zaman rahat ve mutlu hissettiğim, bana sürekli destek ve yardımcı olan çocukluk arkadaşım Gamze KABADAYI’ya,

Lisans eğitimimde tanıştığım ve yüksek lisansa da beraber başladığım sevgili yol arkadaşım Elif BOZ başta olmak üzere tüm arkadaşlarıma,

Eğitim hayatım boyunca beni hep destekleyen, yanımda olan ve bana güvenen başta annem ve kardeşim olmak üzere tüm aileme en samimi duygularıyla saygı duyuyor ve teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. KOAH Tanımı	5
2.2. KOAH Epidemiyolojisi	5
2.3. KOAH Etiyoloji ve Risk Faktörleri	6
2.3.1. Sigara kullanımı	6
2.3.2. Cinsiyet	7
2.3.3. Yaş	8
2.3.4. Genetik	8
2.3.5. Mesleki maruziyetler	8
2.3.6. İç ve dış hava ortam kirliliği	8
2.3.7. Beslenme	9
2.3.8. Enfeksiyonlar	9
2.3.9. Sosyoekonomik durum	10
2.3.10. Akciğer büyüme ve gelişmesi	10
2.4. KOAH Patofizyolojisi	10
2.5. KOAH Belirti ve Bulgular	11
2.5.1. Dispne	11
2.5.2. Öksürük	12
2.5.3. Balgam üretimi	12
2.5.4. Hırıltı ve göğüste sıkışma	12
2.5.5. Tükenmişlik-yorgunluk	12

2.5.6. Diğer semptomlar	13
2.6. Alevlenmeler	13
2.7. KOAH'ta Tanı	13
2.7.1. Fizik muayene	14
2.7.2. Spirometri	14
2.7.3. Semptomların değerlendirilmesi	15
2.7.4. Radyolojik inceleme	15
2.7.5. Arteryel kan gazı	15
2.8. KOAH'ta Tedavi	15
2.8.1. Farmakolojik tedavi	15
2.8.1.1. Bronkodilatörler	16
2.8.1.2. Kortikosteroidler	16
2.8.1.3. Antibiyotikler	16
2.8.1.4. Aşılama	16
2.8.1.5. Fosfodiesteraz-4 inhibitörleri	16
2.8.1.6. Alfa-1 antitripsin tedavisi	16
2.8.2. Nonfarmakolojik tedavi	17
2.8.2.1. Sigaranın bırakılması	17
2.8.2.2. Pulmoner rehabilitasyon	17
2.8.2.3. Oksijen tedavisi	18
2.8.3. Cerrahi tedavi	19
2.9. Dispne ve Yaşam Kalitesi	19
2.10. Sosyal Destek	20
2.11. KOAH ve Hemşirelik	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2. Araştırma Hipotezleri	23
3.3. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri	23
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4.1. Dahil edilme kriterleri	24
3.4.2. Dışlama kriterleri	24
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	25
3.6. Veri Toplama Araçları	25

3.6.1. Hasta tanıtım formu.....	25
3.6.2. KOAH değerlendirme testi (CAT).....	25
3.6.3. Modifiye borg skalası (MBS).....	26
3.6.4. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ).....	26
3.6.5. Saint george solunum anketi (SGRQ).....	26
3.7. Ön Uygulama	27
3.8. Verilerin Toplanması.....	27
3.9. Verilerin Analizi	28
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA	54
5.1. KOAH'lı Bireylerin Dispne Şiddetini Etkileyen Tanıtıcı Özelliklerin Tartışılması	54
5.2. KOAH'lı Bireylerin Algıladıkları Sosyal Desteği Etkileyen Tanıtıcı Özelliklerin Tartışılması	58
5.3. KOAH'lı Bireylerin Yaşam Kalitesi Düzeyini Etkileyen Tanıtıcı Özelliklerin Tartışılması	61
5.4. KOAH'lı Bireylerde Dispne, Sosyal Destek ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Tartışılması	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
6.1. Sonuçlar	67
6.2. Öneriler	69
KAYNAKLAR.....	70
EKLER.....	88
EK-1. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı...	89
EK-2. Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni.....	90
EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	91
EK-4. Ölçek Kullanım İzinleri	93
EK-5. Hasta Tanıtım Formu	96
EK-6. KOAH Değerlendirme Testi (CAT)	98
EK-7. Modifiye Borg Skalası (MBS).....	99
EK-8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	100
EK-9. Saint George Solunum Anketi (SGRQ).....	101
ÖZGEÇMİŞ.....	104

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. GOLD Spirometrik Evrelendirme.....	14
Tablo 4.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	29
Tablo 4.2. Bireylerin Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımları	31
Tablo 4.3. CAT, MBS, ÇBASDÖ ve SGRQ Puan Ortalamaları	33
Tablo 4.4. Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre CAT ve MBS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.5. Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.6. Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre SGRQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.7. ÇBASDÖ, CAT, MBS, SGRQ Puanları Arasındaki İlişki	52

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Bu çalışmada kullanılmış bazı kısaltmalar, açıklamalarıyla birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
BİPAP	Bi-level Positive Airway Pressure/İki Seviyeli Pozitif Havayolu Basıncı
CAT	COPD Assessment Test/KOAH Değerlendirme Testi
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease/Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
FEV1	Forced Expiratory Volume in One Second/Zorlu Ekspirasyonun Birinci Saniyedeki Ekshale Edilen Hacmi
FVC	Forced Vital Capacity/Zorlu Vital Kapasite
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease/Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Küresel Girişim
HIV	Human Immunodeficiency Virus/İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MBS	Modified Borg Scale/Modifiye Borg Skalası
MMRC	Modified Medical Research Council/Modifiye Tıbbi Araştırma Konseyi
SGRQ	St. George's Respiratory Questionnaire/St. George Solunum Anketi
SpO2	Oksijen Saturasyonu
SPSS	Statistical Package for Social Sciences/Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

KOAH'LI BİREYLERDE DİSPNE, SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

Büşra ALTUNIŞIK

Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans, Ocak/2023
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN

Bu çalışma, KOAH'lı bireylerin dispne, sosyal destek, yaşam kalitesi düzeylerini ve sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipteki bu çalışma, 31 Mayıs 2021-15 Mart 2022 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinin göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi yerleşkesinde tedavi gören, 181 KOAH'lı bireyle yürütülmüştür. Çalışmada veriler, Hasta Tanıtım Formu, KOAH Değerlendirme Testi (CAT), Modifiye Borg Skalası (MBS), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve St. George Solunum Anketi (SGRQ) kullanılarak toplanmıştır. Post Hoc Power analiz sonucuna göre çalışmanın gücü %99 olarak belirlenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir.

KOAH'lı bireylerin %82,9'unun erkek, %69,1'inin evli ve yaş ortalamasının $67,86\pm 9,14$ olduğu saptanmıştır. Bireylerin %63,0'nun sigarayı bıraktığı, %24,9'unun pasif içici olduğu, %76,8'inin KOAH'tan başka kronik hastalığının olduğu ve %40,3'ünün ailesinde de KOAH hastası olduğu saptanmıştır. Bireylerin %92,8'inin dispne için inhaler ilaç kullandığı, %35,4'ünün kontrollere düzenli gittiği, %91,2'sinin hastalığı süresince yakın çevresinden yardım aldığı, %90,6'sının üzüldüğünde veya mutlu olduğunda kendisini destekleyen birisinin olduğu saptanmıştır. Ayrıca bireylerin %79,6'sı hastalığının yaşamını yüksek düzeyde olumsuz etkilediğini bildirmiştir.

Bireylerin CAT puan ortalaması $30,58\pm 7,15$; MBS puan ortalaması $7,56\pm 2,14$; ÇBASDÖ puan ortalamaları toplam $50,92\pm 18,56$ ve alt boyutları sırasıyla, Aile $12,03\pm 7,77$; Özel Bir İnsan $22,39\pm 6,05$; Arkadaş $16,50\pm 6,68$ 'dir. SGRQ puan ortalamaları toplam $75,93\pm 13,25$ ve alt boyutları sırasıyla, Semptom $77,31\pm 16,10$; His $66,29\pm 16,95$; Aktivite $92,07\pm 12,02$ 'dir. CAT ile SGRQ toplam puan ortalaması arasında anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzey ilişki ($r=0,749$; $p<0,0001$), MBS ile SGRQ toplam puan ortalaması arasında anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzey ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,661$; $p<0,0001$). ÇBASDÖ ile SGRQ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı, negatif yönlü ve orta düzey ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,421$; $p<0,0001$).

Bireylerin sağlık durumunun kötü, dispne şiddetinin çok ciddi, algıladıkları sosyal desteğin orta düzeyde ve yaşam kalitesi düzeyleri düşük bulunmuştur. Sağlık durumu, dispne şiddeti ve algılanan sosyal destek yaşam kalitesi düzeyi ile ilişkilidir, KOAH'lı bireylerde bu durumların değerlendirilmesi, tedavi ve bakıma entegre edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dispne, Hemşirelik, KOAH, Sosyal destek, Yaşam kalitesi

ABSTRACT

DETERMINATION OF DYSPNEA, SOCIAL SUPPORT AND QUALITY OF LIFE IN INDIVIDUALS WITH COPD

Büşra ALTUNIŞIK

Amasya University, Institute of Health Sciences
Department of Nursing, Internal Medicine Nursing, Msc, January/2023
Advisor: Assistant Prof. Nurhan DOĞAN

This study was conducted to determine the dyspnea, social support, quality of life levels of individuals with COPD and the relationship between social support and quality of life.

This descriptive and relationship-seeking study was conducted with 181 individuals with COPD who were treated at the pulmonology and thoracic surgery campus of a training and research hospital between May 31, 2021 and March 15, 2022. In the study, data were collected using Patient Identification Form, COPD Assessment Test (CAT), Modified Borg Scale (MBS), Multidimensional Perceived Social Support Scale (MPSSS) and St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). According to the results of Post Hoc Power analysis, the strength of the study was determined as 99%. The statistical significance level was accepted as $p < 0,05$.

It was determined that 82,9% of the individuals with COPD were male, 69,1% were married and the average age was $67,86 \pm 9,14$ years. It was estimated that 63,0% of the individuals quit smoking, 24,9% were passive smokers, 76,8% had a chronic disease other than COPD and 40,3% had COPD in their family. It was determined that 92,8% of the individuals used drugs inhalers for dyspnea, 35,4% went to the controls regularly, 91,2% received help from their immediate surroundings during their illness, and 90,6% had someone who supported them in their sad or happy times. In addition, 79,6% of individuals reported that the disease had a high level of negative impact on their lives.

The average CAT score of individuals is $30,58 \pm 7,15$; MBS average score is $7,56 \pm 2,14$; the average scores of the MPSSS are $50,92 \pm 18,56$ in total and the sub-dimensions are Family $12,03 \pm 7,77$; A Special Person $22,39 \pm 6,05$; A friend $16,50 \pm 6,68$, respectively. SGRQ score averages are $75,93 \pm 13,25$ in total and sub-dimensions are Symptom $77,31 \pm 16,10$; Sense $66,29 \pm 16,95$; Activity $92,07 \pm 12,02$, respectively. It was appointed a significant, positive and high-level relationship between CAT and SGRQ total average scores ($r = 0,749$; $p < 0,0001$) and a significant, positive and mid-level relationship between MBS and SGRQ average scores ($r = 0,661$; $p < 0,0001$). It was found that there was a significant, negative and mid-level relationship between the average scores of MPSSS and SGRQ ($r = -0,421$; $p < 0,0001$).

It was revealed that the health status of the individuals was poor, the dyspnea severity was very serious, the social support they perceived was at a moderate level and the quality of life levels were low. Health status, dyspnea severity and perceived social support are associated with the level of quality of life, and it is recommended that these conditions be evaluated and integrated into treatment and care in individuals with COPD.

Keywords: Dyspnea, Nursing, COPD, Social support, Quality of life

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Solunum sistemi hastalıkları, prevalansının yüksek olması ve sosyo-ekonomik açıdan yük oluşturmaları nedeniyle halk sağlığı problemleri arasında önemli sırada yer almaktadır. Bu hastalıklardan astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), interstisyel akciğer hastalığı, kistik fibrozis, akciğer kanseri ve mesleki hastalıklar mortalite ve hastalıkla ilişkili yükün önemli bir bölümünü oluşturmaktadır [1]. Önlenebilir ve tedavi edilebilir nitelikte olan bu hastalıkların çoğunda bireyin fiziksel sağlığının yanı sıra psikososyal sağlığının da bozulmasına neden olan semptomlar görülebilmektedir [2-4]. Hastalığa bağlı gelişen bu semptomlar; bireylerin kronik hastalıkları nedeniyle bağımlı hale gelmesi, rol ve görevlerde değişim, kendilerini diğer insanlardan izole etmeleri, suçluluk, korku gibi problemlerle karşılaşmaları sonucunda psikolojik ve sosyal durumun bozulmasına ve dolayısıyla yaşam kalitesinin de etkilenmesine yol açmaktadır [1, 5, 6].

Kronik akciğer hastalıkları arasında küresel bazda en yaygın sağlık sorunlarından biri de KOAH'tır [7]. KOAH, tamamıyla eski haline dönmeyen, gittikçe ilerleyen, solunum yolundaki gaz alışverişinin sınırlandırılmasına ve parankim dokunun bozulmasına neden olan bir hastalıktır. Zararlı parçacıklara ve gazlara maruz kalmanın sonucunda akciğerlerde meydana gelen anormal inflamatuvar cevap ile birlikte hava akımında sınırlandırılmayla seyreden önüne geçilebilir ve iyileştirilebilir bir tablo olan KOAH [8 ve 9], günümüzde dünya genelindeki ölümlerin %6'sını oluşturmaktadır ve Dünya'da üçüncü sırada yer alan ölüm sebebidir [10 ve 11]. Avrupa'da KOAH nedeniyle bir yılda üç yüz bin insan yaşamını kaybetmektedir [12]. Ülkemizde ise yaklaşık dört milyon KOAH'lı birey olduğu ve bir yılda yaklaşık otuz bine yakın insanın KOAH nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir [9].

KOAH oluşumunda sigara birincil derecede tehdit oluşturmaktadır. Sigara kullanmak, dumanına maruz kalmak; balgamın pürülan olmasına, öksürük ve dispnenin daha şiddetli yaşanmasına sebep olmaktadır. Ayrıca hamilelikte annenin sigara kullanması ya da pasif içici olması bebeğin akciğer büyüme ve gelişimini olumsuz etkilemekte; yaşamın ilerleyen dönemlerinde KOAH oluşumu için risk oluşturmaktadır [13-15]. Yapılan bir çalışmada sigara içme süresinin mortaliteyi etkilediği, sigaranın bırakılması durumunda akciğer sağlığının daha iyi olacağı, KOAH semptomlarının hafifleyeceği ve yaşam süresinin uzayabileceği bildirilmiştir [16]. Ayrıca yaşanan yerdeki havanın

yeterince temiz olmaması, mesleki maruziyet, akciğer enfeksiyonları, yetersiz gıda alımı, cinsiyet, genetik faktörler, ekonomik durumun kötü olması ve yaşın ileride olması KOAH için risk oluşturmaktadır [8, 17-19].

Bireyin yaşam kalitesini etkileyen başta dispne, kronik öksürük ve balgam KOAH'ın önemli semptomlarından olup artış göstermeleri halinde yaşam kalitesini önemli düzeyde azalttığı yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur [20 ve 21]. Uyku düzeninde bozulma, iştahsızlık beraberinde zayıflama, psikososyal durumun bozulması, egzersiz kapasitesinde azalma, halsizlik, fiçi göğüs, nefes alışverişinde dudakları büzme diğer semptomlar arasında yer almaktadır [8, 22-24].

KOAH'ın tek başına var olması, bireylerin fizyolojik ve psikolojik sağlığını bozmaya, sosyal ilişkilerini yok edecek kadar yalnızlaştırmaya ve yaşam kalitesi düzeyini düşürmeye yetmektedir [25]. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, çok boyutlu bir kavramdır. Çoğunlukla hastalığın bedensel ve psikososyal alanlarını içerir, bireyin hastalık tecrübesi ile ilgilidir. Sağlık durumunun günlük yaşamdan memnun olma üzerindeki etkisinin subjektif algılaması olarak tanımlanabilmektedir [26]. Yirmi dört saatlik bir zaman diliminde hastalar üzerinde semptom takibi yapılan bir çalışmada -vakit fark etmeksizin- semptom yaşamayan hastalara göre semptom yaşayan hastalarda, fiziksel aktivitenin ve günlük yaşamın (sağlık durumu, anksiyete ve depresyon seviyeleri ve uyku kalitesi vb.) olumsuz etkilendiği bildirilmiştir [21]. KOAH'ta hastalığın prognozu akciğer kapasitesinde progresif bir kötüleşme ile seyretmektedir. Hastalığın ilerlemesiyle beraber bedensel, emosyonel ve psikososyal fonksiyonlar yavaş yavaş bozulmakta; yaşam kalitesi azalmaktadır [27]. Tüm bu süreç boyunca bağımsızlığı azalan birey etrafındaki insanlar tarafından yardım görme, desteklenme ihtiyacı hissetmektedir. Ailesi/yakın çevresi tarafından maddi ve manevi yardım alan bireylerin yaşantılarında daha aktif rol aldığı, aktivite katılımlarının daha iyi olduğu ve stresle baş edebilme yetilerinin geliştiği bilinmektedir. Stres yaşayan veya zor şartlar altındaki bireylere yakınları tarafından sağlanan bu yardım sosyal destek olarak adlandırılmaktadır. Sosyal desteği olan bireyler bedenlen ve ruhen iyilik halinde olur ve bu bireylerin yaşam kalitesi düzeyi daha yüksek olur [28-31].

KOAH tedavisinde de temel amaç, bireyin mümkün olan en iyi yaşam kalitesine sahip olmasıdır [32]. KOAH tedavisinin ve hastalıkla mücadelenin başarılı bir şekilde yürütülebilmesi için holistik hasta bakımı esas alınmalıdır ve sağlık profesyonellerinin multidisipliner ekip yaklaşımını benimsemeleri gerekmektedir. Tedavinin amaçlarını

gerçekleştirebilmede başta sigarayı bırakma, tedaviye katılım, egzersizler, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede, psikososyal değişikliklere ve davranış değişikliklerine uyum sağlamada hemşirelik bakımı önemli yer tutmaktadır. Hemşire, farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi uygulamalarında hastayı takip eder ve hastaya yardımcı olur. KOAH'ta meydana gelen belirti ve bulguların, özellikle dispnenin, kontrol altında tutulması, hastane başvurularının azaltılması, hastanın fiziksel aktivite durumunun iyileştirilmesi ve KOAH'a uyum sağlayabilmesi ancak iyi bir hemşirelik bakımı ile mümkün olmaktadır. KOAH'ta hemşirelik bakımının amacı, hasta-hemşire iş birliği ile bireyselleştirilmiş, bağımlılığı en az düzeyde tutan ve kaliteli bir yaşam biçimini benimseyen davranış değişikliklerini gerçekleştirmektir [33-35].

Ulusal ve uluslararası literatürde KOAH'lı bireylerin yaşadıkları dispne [36-41], sosyal destek [42-45] ve yaşam kalitesi [38, 41, 46-49] ile ilgili ayrı ayrı çalışmalara rastlanırken, dispne, sosyal destek ve yaşam kalitesinin beraber incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. KOAH'ta hissedilen dispnenin; bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte güçlükler yaratacağı, bu durumun bireylerde fiziksel ve psikolojik desteğe duyulan ihtiyacı artıracacağı, yaşam kalitelerinin olumsuz etkileneceği düşünülmektedir. KOAH'lı bireylerin dispne, sosyal destek ve yaşam kalitesi düzeyinin belirlenmesi hemşirelik bakımında planlanacak girişimlere katkı sağlayacağı ve böylece bireylerin ihtiyacı olan desteğe ulaşmasının kolaylaşacağı, yaşam kalitesi düzeyinin iyileşeceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, KOAH'lı bireylerin dispne, sosyal destek, yaşam kalitesi düzeylerini ve sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda araştırma soruları:

- KOAH'lı bireylerin dispne şiddeti nasıldır?
- KOAH'lı bireylerin algıladıkları sosyal destek nasıldır?
- KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesi düzeyi nasıldır?
- KOAH'lı bireylerin dispne şiddeti sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre farklı mıdır?
- KOAH'lı bireylerin algıladıkları sosyal destek sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre farklı mıdır?
- KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesi düzeyi sosyo-demografik ve hastalık

özelliklerine göre farklı mıdır?

- KOAH'lı bireylerin dispne, sosyal destek ve yaşam kaliteleri arasında ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dr. Kamil Furtun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Yerleşkesi'nin yataklı servislerinde tedavi gören KOAH'lı bireylerle sınırlıdır. Araştırma COVID-19 pandemisi sürecinde yürütülmüştür. Bu nedenle hastaneye başvuran hasta sayısında azalma yaşanmıştır ve araştırmacının sahada aktif olarak çalışıyor olması, bireylerin enfekte olmaktan korkmasına araştırmacı ile görüşürken çekinmesine neden olmuştur. Ayrıca araştırma yürütüldüğü sırada Göğüs Hastalıkları Servisi-1 COVID-19 Servisi'ne dönüştürülmüştür; COVID-19 pozitif bireylerin dispne şiddetinin normale göre artacağı düşünülmüş olup araştırma sonuçlarını etkileyeceği için örnekleme dahil edilmemiştir. Dolayısıyla veri toplama sürecinde ve hedeflenen birey sayısına ulaşmakta güçlükler yaşanmıştır. Tek merkezde yürütülen bu araştırmanın sonuçları KOAH'lı olan tüm bireyler üzerinde genelleme yapılamaz fakat genellemeye katkı sağlayabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KOAH Tanımı

KOAH genellikle tehlikeli gaz veya parçacıklara maruz kalmanın neticesinde meydana gelmektedir. Anormal akciğer gelişimi de dahil çevresel faktörlerden etkilenen hava yollarında veya alveollerde bozukluk ortaya çıkmakta; akciğerlerde inflamatuvar cevapta artış olmaktadır. Bunlara bağlı olarak sürekli ve ilerleyen hava akımı sınırlandırılması ve solunum semptomları ile seyreden kronik bir hastalıktır [50 ve 51].

KOAH'ta bronşlarda gelişen obstrüksiyonun geriye dönüşü yokken, çoğunlukla amfizem ve/veya kronik bronşit ile birlikte görülür. Amfizem, terminal bronşiollelerin distalindeki hava yollarının hasarına bağlı olarak gelişen kalıcı genişlemelerdir. Kronik bronşit ise, peş peşe iki senedir tekrar eden, minimum üç ay süren hem de başka bir hastalıkla ilgisi olmayan bol miktarda trakeobronşial sekresyona bağlı balgam çıkarılması ve öksürük ile karakterize bir sağlık sorunudur [9, 50]. KOAH ile birlikte komorbiditelerin var olması hastalığın ilerlemesine neden olurken, morbidite ve mortalite oranlarını da etkileyebilir. KOAH sık görülür, engellenebilir ve tedavi edilebilir [50 ve 51].

2.2. KOAH Epidemiyolojisi

KOAH, küresel olarak artmakta olan morbidite ve mortalite sebeplerindendir. Yaşadığımız yüzyılın önemli halk sağlığı problemlerinden biridir ve prevalansı dünya çapında artmaktadır. KOAH oluşumuna zemin hazırlayan ve prevalansı arttıran temel neden tütün dumanıdır. KOAH'ta yaşanan semptomlar günlük yaşamın kısıtlanmasına, bedensel ve ruhsal sağlığın bozulmasına neden olurken yaşam kalitesi de etkilenmektedir. Bu durum da önemli derecede sosyal ve ekonomik yüke neden olmaktadır [50, 52, 53].

KOAH prevalansını doğru bir şekilde belirlemek; gelecekteki KOAH yükünü tahmin etmek, risk faktörlerini belirlemek, önleyebilmek ve KOAH'lı bireylere ilgili sağlık hizmetlerini etkin bir şekilde sunabilmek adına önemli adımlardan biridir [54]. KOAH prevalansı, ülkelere, sosyokültürel yapıya, yaşam biçimine, yaş ve cinsiyete göre değişiklik gösterebilmektedir [55]. Aynı ülkenin farklı şehirlerinde bile KOAH prevalansında farklılık olabilmektedir. Beş büyük Latin Amerika şehrinde 40 yaş üzerindeki KOAH epidemiyolojisini tanımlamak amacıyla yapılan bir çalışmada, şehirler arasındaki KOAH görülme oranının %7,8 ile %19,7 arasında değiştiği görülmektedir [56].

Küresel Hastalık Yüğü Çalışması 2017 verilerine göre Dünya'da teşhis edilmiş 300

milyon KOAH'lı birey bulunmaktadır. Yine bu çalışmaya göre solunum sistemi hastalıklarından ölenlerin %80,0'ından fazlasını (yaklaşık dört milyon) KOAH'lı bireylerin oluşturduğu ortaya çıkmıştır [57].

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2019'da, dünya genelinde üç milyondan fazla bireyin KOAH nedeniyle öldüğü bildirilmiştir. Üçüncü önde gelen ölüm nedeni olup, bütün ölümlerin yaklaşık %6,0'sından sorumlu tutulmaktadır [10]. KOAH'tan ölen birey sayısının 2040'a kadar artarak, bir yılda 4,4 milyon bireyin hastalıktan kaybedileceği tahmin edilmektedir [58].

Özdemir ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada 2016'da Türkiye'de Karadeniz Bölgesi başta olmak üzere ortalama KOAH prevalansı %5,26; toplam mortalite oranı ise %4,2 bulunmuştur [59]. 2019 yılında Türkiye'de meydana gelen ölümlerin nedenlerine sistemsel hastalıklar açısından bakıldığında; %36,8 ile kardiyovasküler sistem hastalıkları ilk sırada yer alırken %18,4 ile kanserler ikinci, %12,9 ile solunum sistemi hastalıkları ise üçüncü sırada yer almıştır [60].

2.3. KOAH Etiyoloji ve Risk Faktörleri

KOAH için risk faktörleri çevresel etmenlere maruziyet ve genetik olarak doğrudan yatkınlık arasındaki etkileşim ile ilişkilidir. Sigara içen bireylerde hastalığın gelişim riski değerlendirilirken genetik yatkınlık ve bununla birlikte başka faktörlerin de etkili olduğu unutulmamalıdır. Bireyin sigara içmeye başlamasındaki etkenler, mesleki ya da çevresel etmenlerdeki maruziyet cinsiyet ile ilişkili olabilirken, doğum ağırlığı dolayısıyla akciğer gelişimi veya beklenen yaşam süresi, sağlık hizmetlerine ulaşım gibi sosyoekonomik durumlar ile de ilişkili olabilir [51, 61, 62].

KOAH'ın risk faktörlerini araştıran bir meta-analizde; tütün dumanına aktif ya da pasif maruz kalma, yaş, eğitim durumu (eğitim seviyesi arttıkça KOAH görülme oranı azalmıştır), çocukluk çağında solunum yolu hastalığı sebebiyle hastaneye yatış durumu, mesleki tozlara maruz kalınan toplam yıl, tüberküloz ve ailede KOAH öyküsünün var olması ile KOAH olma riski arasında önemli bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır [63].

2.3.1. Sigara kullanımı

KOAH vakalarının %80-90'ından sigara dumanı sorumludur ve hastalık için en önemli risk faktörlerinden biridir. Sigara dumanı akciğerlerde bazı patofizyolojik durumlara sebep olur. Akciğerde siliar hareketleri kısıtlar, parankim dokunun hasarına

neden olur ve bunun sonucunda bronşiolle kalıcı olarak genişler yani amfizem meydana gelir, akciğer elastikiyetini kaybeder. Mukus sekresyonunda artış, ödem oluşması ve hava yollarındaki perifer dokularda fibroz oluşumu ortaya çıkar, hava yollarının periferinde enflamatuvar daralma meydana gelir [8, 50, 64].

Sigara, KOAH oluşumunda başlıca tehdit oluştursa da tek başına risk oluşturmamaktadır. Bununla ilgili çeşitli çalışmalar gerçekleştirilmiştir. KOAH görülme olasılığı sigara öyküsü olmayanlarda %10 iken; yaşam boyu sigara içenlerde %40-50'dir [12]. Bununla beraber KOAH tanısı almış olan bireylerden sigara içenler ile hiç sigara içmemiş olanlar karşılaştırıldığında; sigara içenlerin hava yollarında kısıtlanmanın, bireyde görülen semptomların, hastalığı geçirme ve sistemik inflamasyon yükünün daha ağır seyrettiği görülmüştür [65].

Yapılan bir çalışmada hiç sigara içmeyenlerin, sigara içenlere göre daha düşük olasılıkla da olsa KOAH olabileceği anlaşılmıştır. Aynı çalışmada hiç sigara içmemiş olanların üçte ikisinden fazlasını kadın cinsiyet oluşturmuştur; bu sonuç mesleki maruziyete bağlanmıştır. Sigarayı hiç içmeyenlerde risk faktörleri ise yaş, mesleki maruziyet, eğitim durumu, çocukluk döneminde geçirilmiş solunum yolu hastalıkları ve beden kitle indeksi olmuştur. En şaşırtıcı sonuçlardan biri ise bu grupta orta ila şiddetli evredekiilerin %81,2'sinin daha önce tanı almamış olmasıdır; bu da sigara içmeyen bireylerin KOAH olma olasılığının göz ardı edildiğini göstermektedir [66].

2.3.2. Cinsiyet

Geçmişte kadınlara oranla erkeklerde daha fazla KOAH görülürken, günümüzde bu durum netliğini kaybetmektedir. Son yıllarda kadınlarda sigara içme alışkanlığının artması, kadınlar arasında prevalansın artmasına yol açmaktadır. Bununla beraber kadın cinsiyette sigara dumanına karşı duyarlılığın farklı olması, iç ortam hava kirliliğine daha fazla maruz kalma, anatomik ve hormonal farklılıklar da prevalans üzerinde etkili olmaktadır. Sonuç olarak kadın-erkek cinsiyetleri arasındaki prevalans farkı azalmaktadır [67 ve 68]. Uluslararası 12 merkezin katılımıyla yapılan bir çalışmada prevalans erkeklerde %11,8 kadınlarda ise %8,5 olarak bildirilmiştir. Kadınlarda hastalığın gidişatı genellikle, daha ağır seyretmektedir. Kadınlarda, sigara içme süresi daha az olmasına rağmen alevlenmeler daha fazla gözlenmiştir, eşlik eden hastalık sayısı daha az olsa bile prognoz daha kötü seyretmektedir [69].

2.3.3. Yaş

Yaşın ilerlemesi ile birlikte maruz kalınan risk faktörleri yıllar içerisinde birikir; bireyin fizyolojisinde ve immün sisteminde değişiklikler meydana gelir. Meydana gelen bazı fizyolojik değişimler şunlardır: Yaş aldıkça akciğer fonksiyonu doğal olarak azalır, alveollerde meydana gelen progresif dilatasyon ve periferdeki hava yollarına destek olan dokuların kaybı nedeniyle göğüs duvarının elastikiyetinde ve uyumunda azalma olurken, solunum kaslarında da güç kaybı söz konusudur. Bu değişiklikler nedeniyle yaşın artması ile birlikte KOAH görülme sıklığında artış görülür [50, 70, 71]. 40 yaş üzerindeki erişkinlerde KOAH prevalansı %15-20 olarak tespit edilmiştir [12].

2.3.4. Genetik

KOAH oluşumunu genetik olarak etkileyen faktörlerle ilgili çeşitli çalışmalar gerçekleştirilse de net bir cevaba varılamamıştır. Buna rağmen en iyi belgelenmiş genetik faktör ise α 1-antitripsin eksikliğidir. Bir glikoprotein olan α 1-antitripsin karaciğerde üretilir ve görevi amfizem gelişiminde rol alan nötrofil elastaz enzimini engellemektir. α 1-antitripsin eksikliği diğer risk faktörleri kadar yaygın değildir [51, 72]. Ailede KOAH varlığı, sigara kullanımı ve pasif içicilik dışında da risk teşkil etmekle birlikte; sigara kullanan bireyler, ailede KOAH öyküsü ve KOAH belirtileri varlığında KOAH açısından değerlendirilmelidir [61]. Ayrıca KOAH genlerinden bazıları toksik maddeler ve nikotin bağımlılığı ile de ilişkilidir [63].

2.3.5. Mesleki maruziyetler

Sigara ve yaştan bağımsız olarak mesleki toz ve duman maruziyeti KOAH için risk oluşturmaktadır [73]. Organik veya inorganik tozlar, kömür tozu, hayvan yemleri ve tozları, zehirli kimyasallar ve dumanlara maruz kalan çiftçiler, tekstil ile uğraşanlar, marangozlar, boyama, yemek ve temizlik sektöründe çalışanlar risk altındadır [50, 67]. KOAH olgularının %15-20'sinin mesleki toz ve dumana bağlı geliştiği bilinmektedir [12]. Yapılan bir meta-analizde; heykeltıraşlık, ressamlık, oymacılık, bahçıvanlık, park bekçiliği, yiyecek, içecek ve tütün üreticiliği, kalıpcılık, tarım ve balıkçılık ile uğraşan bireylerin KOAH olma riskinin arttığı bildirilmiştir [74].

2.3.6. İç ve dış hava ortam kirliliği

Hava kirliliği nedeniyle dünya genelinde bir yılda 3,8 milyon insan ölmektedir. Bu

ölümlerin %20'si KOAH'a bağlı gerçekleşmektedir [75]. KOAH'ta dış ortam hava kirliliğinin etkisi tam belirlenememiş olmakla birlikte kent yerleşim bölgelerinde solunan araba egzozları solunum fonksiyonlarını bozmaktadır [67]. İç ve dış ortam sürekli etkileşim halindedir, dolayısıyla dış ortamdaki hava kirliliği yüksek oranda iç ortam hava kirliliğine de neden olmaktadır [76].

Günümüzde tahminen üç milyar insan ısınmak, yemek pişirmek için açık ateşlerde, sobalarda katı yakıtları kullanmaktadır [75]. Hayvan ve bitki atıkları da yakıt olarak çeşitli bölgelerde kullanılmaktadır ve buna biyomas yakıt denilmektedir [77]. KOAH'ın risk faktörlerini gözden geçirmek için yapılan bir meta-analizde; biyomas yakıt dumanına maruziyetin KOAH oluşma riskini iki kattan daha fazla artırdığı bildirilmiştir [78]. KOAH'lı 62 birey ile gerçekleştirilen bir çalışmada %38,7 oranında biyomas öyküsü varlığı tespit edilmiştir [79].

İç ortam hava kirliliğine çoğunlukla sigara dumanı da neden olmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde iç ortam hava kirliliği sebebiyle gerçekleşen ölümlerin dörtte biri KOAH'a bağlı meydana gelmektedir [75].

2.3.7. Beslenme

Taze meyve, sebze ve omega-3 antioksidan içermekte olup akciğer işlevlerini iyileştirmektedir. Bu besinlerin yeteri kadar tüketilmemesi ile beraber kötü beslenme alışkanlığı ve zayıf olmak KOAH olma riskini artırmakta ve hastalığın prognozunu kötü etkilemektedir [50].

2.3.8. Enfeksiyonlar

Çocukluk döneminde başta alt solunum yolu olmak üzere geçirilen solunum yolu enfeksiyonları, ilerde akciğer fonksiyonlarında bozulmalara neden olabilmektedir. Akut enfeksiyonlar KOAH'lı bireylerde geçici olarak hava yolu obstrüksiyonuna neden olabilmektedir [50, 67].

HIV enfeksiyon varlığı da KOAH oluşma riskini artırmaktadır ve hatta HIV'in bir komplikasyonu olarak KOAH ortaya çıkabilmektedir. Pneumocystis enfeksiyonu immünsüpresif bireylerde pnömoni oluşumuna neden olabilmektedir. Bu enfeksiyonun KOAH olan bireylerde hava kısıtlanmasının ilerlemesinde etkisi olduğu düşünülmektedir. HIV enfeksiyonu taşıyan bireylerde kullanılan antiretroviral ilaç kullanımı, yüksek seviyede sigara içme alışkanlığı, tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları, madde

bağımlılığı, sosyoekonomik durumun iyi olmaması gibi faktörler KOAH için risk oluşturabilmektedir. Ayrıca HIV’da en sık karşılaşılan enfeksiyon tüberkülozdur [80-82] ve tüberküloz da KOAH için risk oluşturmaktadır [83 ve 84].

2.3.9. Sosyoekonomik durum

Sosyoekonomik durum, kronik hastalıklarda sağlık durumunu belirleyen en önemli etkenlerden biridir. Sosyoekonomik durum, gelir ölçüsü olmanın ötesinde başta eğitim durumu, meslek, yaşanılan yer, sosyalleşme gibi bireyin yaşamına yön veren ve yaşamı yakından etkileyen bir kavramdır [85]. Sosyoekonomik durum, KOAH için risk oluşturan diğer faktörler ile ilişkili olduğundan etkisinin araştırılması güçtür [67]. Öte yandan KOAH nedeniyle ölümlerin 9/10’u sosyoekonomik olarak kötü ve orta durumda olan ülkelerde gerçekleştiği bildirilmiştir [11].

2.3.10. Akciğer büyüme ve gelişmesi

Gebelikle başlayan akciğer büyüme ve gelişimi doğumdan sonra da çocukluk ve ergenlik çağlarında devam eder. Bu süreç fetal dönemde ve doğumdan sonraki dönemlerde sigara dumanına aktif veya pasif maruz kalma, beslenme, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, çocukluk çağında sık geçirilen solunum yolu enfeksiyonları gibi faktörler nedeniyle olumsuz etkilenir [9, 77].

2.4. KOAH Patofizyolojisi

KOAH patofizyolojisinde temel olarak tütün dumanına ve biyomas yakıtlarından çıkan dumana maruz kalınması sonucu akciğerlerde enfeksiyonun ani ve ciddi görülmesi söz konusudur. Bu durum kroniktir, akciğer parankim dokusunu tahrip eder ve akciğerin normal korunma ve onarım işleyişinin bozulmasına neden olur. Sonuçta hava yollarının duvar kalınlığı ve mukus sekresyonu artar, bronşlarda obstrüksiyon meydana gelir. Meydana gelen bu hava yolu obstrüksiyonunun nedeni gelişen amfizeme ve/veya kronik bronşite bağlıdır. Amfizemde parankim dokunun harabiyeti bronşiollerin kalıcı olarak açık kalmasına, hava yollarında akımın kısıtlanmasına ve gaz alışverişinin bozulmasına neden olur. Kronik bronşitte ise bronşlarda mukus sekresyonunun aşırı artması periferik hava yollarının inflamasyonu ve daralması FEV1’de (zorlu ekspirasyonun birinci saniyedeki ekshale edilen hacmi) azalmaya yol açar. Ayrıca tütün dumanı ve zararlı partiküller de mukozanın altındaki dokularda hacimce büyüme ve goblet hücrelerinde sayıca artışa neden

olarak solunum sistemindeki salgı sekresyonunun aşırı artmasına yol açar [50, 51, 86].

Ekspirasyonla dışarı çıkması beklenen hava, kısıtlanmış hava yolları sebebiyle tamamen atılamaz ve hava hapsine sebep olur. Hava hapsi de inspiratuar kapasiteyi azaltan, aşırı artış gösteren inflamasyona sebep olur. Bunlar sonucunda dispne meydana gelir ve egzersiz kapasitesi azalır [51, 77].

2.5. KOAH Belirti ve Bulgular

KOAH'lı bireylerde göze çarpan ilk semptom sürekli ve kademeli artış gösteren dispnedir. Dispne'ye hastaların yaklaşık %30'unda görülen, öksürük ve balgam çıkarma eşlik eder. Dispne bireylerde; aktivitelerde azalma, hareketsizlik, halsizlik, beslenme ve uyku durumunda bozulma, kilo kaybı, ruhsal durumun bozulması gibi semptomların meydana gelmesine neden olabilir. Bu semptomlar sabahları daha fazla olabileceği gibi gün içerisinde, günden güne değişiklik gösterebilir ve obstrüksiyon gelişiminden önce de gelişebilir [50 ve 51].

Hava akışındaki sınırlanma ve inflamasyondaki aşırı artış, gaz alışverişini ve kalbin fonksiyonunu etkiler. Buna bağlı olarak iskemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, osteoporoz, anemi, diyabet, metabolik sendrom gibi ek hastalıkların oluşumuna neden olabilir ya da hastalığın şiddetini artırabilir [51, 77].

2.5.1. Dispne

Dispne, yoğunluğu değişken tecrübe edilen bireyin nefes alıp verirken yaşadığı rahatsızlık hissidir [87]. Dispnenin tanımı bireyler ve kültürler arasında farklılıklar gösterebilir. KOAH'a özgü başlıca bir belirtidir ve hastane başvurularındaki en sık nedendir. KOAH ile ilişkili iş göremezlik ve anksiyetenin en önemli belirtisidir [51, 77, 88].

Dispne zaman içerisinde şiddetini artırır. Başlarda egzersiz ile kendini gösterirken ilerleyen evrelerde günlük hayatın işleyişini engelleyecek kadar kötüleşebilir. Dispne; yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, hastalık süresi, hastanede yatış öyküsü ve psikososyal durum gibi faktörlerden etkilenir. Dispne şiddeti değerlendirilirken spirometrik ölçümlerin yanında bireylerin, sosyodemografik durumları, hastalığı nasıl algıladığı, hastalığa karşı verdikleri tepkileri, inanış biçimleri ve alışkanlıkları da değerlendirilmelidir. Ayrıca tedaviyi ve hastaların tedaviye verdikleri yanıtı değerlendirmek için yaşam kalitesi ölçümlerinin yapılması önerilir [39, 50, 51].

Dispnenin şiddetini ve etkilendiği faktörleri belirlemek için yapılan bir çalışmada hastaların %90'ından fazlasında hafif şiddette de olsa dispne şikayeti olduğu ortaya çıkmıştır [37]. Dispne şiddeti arttıkça bireyin konfor düzeyi azalır, günlük yaşam aktivite durumu azalır ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenir. Özellikle sabahları merdiven inip çıkmak, ayakkabı ve çorap giymek, yatak düzeltmek, giyinmek, duş almak veya banyo yapmak gibi aktiviteler dispneye sebep olur [38, 40, 89, 90].

2.5.2. Öksürük

Risk faktörlerinden tütün/sigara dumanına ve zararlı parçacıklara maruz kalmanın sonucu olarak hava yollarının ilk yanıtı öksürüktür. Bazen öksürük birey tarafından ciddiye alınmayabilir ya da sigara içen bireyler için normal bir durum olarak algılanabilir. Dispne olduğu gibi öksürük de başlangıçta hafif seyredip aralıklı olurken, zaman geçtikçe ağırlaşır hemen her gün yakınılan bir şikayet haline gelir. Balgamlı veya kuru tarzda olabilir [51, 77].

2.5.3. Balgam üretimi

Genelde KOAH'lı bireylerde öksürükle birlikte az miktarda balgam olabilir. Balgam üretiminin mekanizması tam açıklanamasa da kronik bronşit ile ilişkilendirilebilir. Cinsiyet ve kültür farklılıkları balgam çıkarma konusunda farklılıklar gösterebildiği için değerlendirilebilmesi zordur. Alevlenme döneminde enfeksiyon sebebiyle miktarında artış olup pürülan bir görünüme sahip olabilir [50 ve 51].

2.5.4. Hırıltı ve göğüste sıkışma

Nefes alışverişi sırasında hırıltı ve göğüs kafesinin sıkıştığını hissetme gün içerisinde ve başka günlerde değişiklik gösterebilir. Göğüste sıkışma hissi genellikle eforla beraber meydana gelir. Her zaman olmamakla birlikte, dinleme ile yaygın olarak gaz alışverişi sırasında hırıltı duyulabilir [51].

2.5.5. Tükenmişlik-yorgunluk

Yorgunluk, sık görülen, bireyin subjektif algıladığı ve oldukça can sıkıcı bir durumdur. KOAH olan bireyler için yorgunluk, genel yorgunluk halini veya enerjinin yitirilmesini ifade etmektedir. Prevelansı %90'ın üzerinde görülmesine rağmen göz ardı edilebilmektedir. Bireyin günlük yaşamına devam etme durumunu ve yaşam kalitesini

etkiler. Yorgunluk seviyesi; dispne, depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve kas gücü ile yakından ilişkilidir [51, 91].

2.5.6. Diğer semptomlar

KOAH'ın ileri evrelerinde bireylerde iştahsızlık, kilo kaybı ve yorgunluk yaygın olarak görülebilmektedir. Bu semptomlar prognozu etkilemektedir. Ruhsal durum, anksiyete ve depresyon da göz ardı edilmemesi gereken semptomlar arasında yer almaktadır [51, 77].

2.6. Alevlenmeler

Solunum semptomlarının (dispne, öksürük, balgam) artış göstermesine ve sağlık durumunun akut ciddi bozulmasına alevlenme denilmektedir. KOAH'ta alevlenmeler hastane başvurularının ve mortalitenin artış göstermesine neden olmaktadır. Yaygın olarak görülmesine rağmen hastalar tarafından göz ardı edildiği için görülme sıklığı ile ilgili net bir bilgiye ulaşmak güçtür. Genellikle virüslerin ve/veya bakterilerin neden olduğu bir enfeksiyon varlığında ortaya çıktığı düşünülmektedir. Semptomların alevlenme öncesi seviyeye gerilemesi ile iyileşme söz konusudur. Alevlenme bazı hastalıkların (pnömoni, tromboembolizm ve akut kalp yetmezliği) semptomları ile benzerlik gösterebilir veya bunların da var olması ile daha şiddetli seyredebilir. İş göremezliğe ve hatta ölüme, tedavide maliyet, hastane başvuru ve yatış sayısının artışına dolayısıyla ekonomik yükün ve sağlık alanında iş yükünün artmasına neden olur. Akciğer işlevinde ve fiziksel aktivite durumunda bozulma meydana gelirken bireyin yaşam kalitesi olumsuz etkilenir [51, 92, 93].

2.7. KOAH'ta Tanı

40 yaş ve üzerinde, geçmişte sık solunum yolu enfeksiyonu geçirmiş olan, KOAH için risk oluşturan etkenlere maruz kalmış veya kalmakta olan bireyler dispne, kronik öksürük ve balgam şikayeti varsa, KOAH açısından değerlendirilmelidir. Tanı koymadaki yetersizlik büyük bir sorun teşkil etmektedir. KOAH olup tanılanmamış hasta oranı %60-85'tir. KOAH'tan şüphe edilen bireylere spirometri (solunum fonksiyon testleri) yapılmalı ve tanı doğrulanmalıdır. Spirometrik testler tanıda, tedavide, hastalığın şiddetinin belirlenmesinde ve prognozun değerlendirilmesinde gereklidir. Ancak günümüzde tek başına yeterli değildir. Spirometriye ek olarak dispne ölçekleri, arteriyel kan gazı ölçümleri

ve 6 dakika yürüme testi gibi egzersiz kapasitesini değerlendiren ölçek ve testlerin kullanılması gereklidir. Bunlarla beraber fizik muayene tanı koymada direkt etkili değildir. Akciğer grafisi semptomları diğer hastalıklardan ayırt etmek için kullanılabilir [9, 76].

2.7.1. Fizik muayene

KOAH'ta fizik muayene nadiren tanı koydurur, daha çok hasta bakımı için önem taşır. Bazı fiziksel değişimler şöyledir: KOAH'ın ileri evrelerinde göğüs ön arka çapı artar fiçi göğüs meydana gelir, büzük dudak solunumu da denilen ekpirasyon sırasında dudaklar büzülerek nefes verilir. Hastanın genel görünümü ise çok zayıf, ödemli, siyanotik (santral siyanoz) olabilir. Ödem özellikle alt ekstremitelerde, ayak bileklerinde görülebilir [50, 51, 86, 94].

2.7.2. Spirometri

Spirometri objektif, invaziv işlem gerektirmeyen, tekrarlanabilir ve kolay bir testtir. Spirometrik ölçüm oranı, bronkodilatör sonrası ilk andaki zorlu ekspiratuar hacmin (FEV1), zorlu vital kapasiteye (FVC) bölünmesiyle elde edilir. Bu oranın %70'in altında olması, risk faktörlerine maruz kalan ve semptomları KOAH'a uyan bireylerde kalıcı hava yolu kısıtlamasının var olduğunu gösterir ve bu bireyler KOAH olarak değerlendirilir [51]. Tablo 2.1'de spirometrik evrelendirme yer almaktadır [51].

Tablo 2.1. GOLD Spirometrik Evrelendirme (Bronkodilatör Uygulamasını Takiben FEV1)

Evreler	Şiddet	FEV1
1	Az Şiddetli	FEV1 %80 veya üzeri
2	Orta	FEV1 %50 veya %50 ila %80 arasında
3	Şiddetli	FEV1 %30 veya %30 ila %50 arasında
4	Oldukça Şiddetli	FEV1 % 30'un altında

Spirometrik ölçümlerin yaş, boy ve ırka bağlı karşılaştırılan aralıklarda değerlendirilmesi önerilir. FEV1/FVC oranı yaşla azalır. Bu durum göz önünde bulundurulmalı ve özellikle hafif hava akımı kısıtlaması olan yaşlı bireylere yanlış tanı konulmasından kaçınılmalıdır [9, 51].

2.7.3. Semptomların değerlendirilmesi

KOAH'ta en belirgin semptom dispnedir ve değerlendirilmesi Tıbbi Araştırma Konseyi Modifiye skalasına (Modified Medical Research Council: mMRC scale) göre yapılması önerilmektedir. Diğer semptomların anlaşılması ve değerlendirilmesinde KOAH Değerlendirme Testi (CAT) ve KOAH kontrol anketi önerilmektedir. KOAH birden fazla semptoma neden olan bir hastalık olduğu için sağlık durumunun ve yaşam kalitesinin daha iyi anlaşılabilmesi için de anketler geliştirilmiştir [51, 77].

2.7.4. Radyolojik inceleme

Akciğer grafisinde havalanmanın oldukça fazla olması KOAH'ı düşündürebilir fakat teşhis koymada etkili değildir. Aşırı havalanma varsa diyafram kubbesi düzleşir, kalp damla görünümü alabilir. Yan grafide ise toraks ön-arka çapı artmıştır. Radyolojik inceleme daha çok diğer hastalıkların dışlanması için kullanılabilir [51, 77].

2.7.5. Arteriyel kan gazı

Pulse oksimetre ile ölçülen oksijen saturasyonu %92'nin altındaysa ($SpO_2 < \%92$) arter kan gazı bakılması önerilmektedir [77].

2.8. KOAH'ta Tedavi

KOAH ilaç ve ilaç dışı tedavilerle tamamen ortadan kaldırılamaz. Tedavide amaç dispne ve diğer semptomların en az seviyede tutularak kaliteli bir yaşam sağlanması ve mortalitenin azaltılmasıdır. En önemli adım ise sigaranın bırakılması olacaktır. Hastalar arasında belirti ve bulgulara, yakınmalarda, obstrüksiyon derecesinde ve alevlenme dönemlerinde farklılıklar olabileceği için tedavilerin bireyselleştirilmiş olarak planlanması önerilmektedir [11, 50, 51].

2.8.1. Farmakolojik tedavi

KOAH'ta semptomları azaltmak, kontrol altında tutmak ve alevlenmelere karşı önlem almak için bronkodilatörler, kortikosteroidler, antibiyotikler, aşılama, fosfodiesteraz-4 inhibitörleri, alfa-1 antitripsin farmakolojik tedavide yer almaktadır [50, 51, 95].

2.8.1.1. Bronkodilatörler

Hastalığın her evresinde tedavide yer alabilir. Genellikle düzenli kullanılabilir; semptomları engeller ya da azaltır. FEV1'i artırır ve daralmış olan hava yollarını genişletir. Beta-2 agonistler, antikolinerjikler, teofilin ve aminofilin günümüzde kullanılan bronkodilatör ilaçlardır; inhaler, oral veya paranteral formları mevcuttur [50, 51, 77].

2.8.1.2. Kortikosteroidler

Peroral ve inhaler formu bulunan inflamatuvar süreci engelleyen ilaçlardır. Genellikle alevlenmelerin akut sürecinde kullanılır [50, 77].

2.8.1.3. Antibiyotikler

Sık ya da yinelenen ateş varlığında hastalarda enfeksiyon olup olmadığı değerlendirilerek antibiyotik tedavisi kullanılabilir. KOAH'lı bireylerde pnömoni teşhis edildiğinde de kullanılabilir [50].

2.8.1.4. Aşılama

Küresel bazda KOAH ciddi ekonomik ve sosyal yük oluşturmaktadır. Bakteri ve virüslerin neden olduğu enfeksiyonlar prognozunu seyrini kötüleştirmekte, hastane başvurularında sıklığı ve sağlık harcamalarını artırmaktadır. Bireyler arasında bulaşın önüne geçilmesinde en etkin yöntemlerden biri aşılama. KOAH olan bireylerde enfeksiyonların aşılar ile kontrol altına alınmaya çalışılması; gelişebilecek komplikasyonları engellenmeyi ve sağlığın korunmasını sağlarken sosyoekonomik yükü de azaltabilir [96]. İlaç tedavilerinin yanı sıra koruma amaçlı grip ve pnömokok aşı uygulaması önerilmektedir [50]. Ayrıca ulusal kaynaklar tarafından KOAH olan bireylerin COVID-19 aşısı olmaları da önerilmektedir [51].

2.8.1.5. Fosfodiesteraz-4 inhibitörleri

İnflamasyona neden olan hücreleri inaktif hale getirmekle beraber miyosit kasılmasını önleyerek bronşiollerin obstrüksiyonu engellenmiş olur [95].

2.8.1.6. Alfa-1 antitripsin tedavisi

Genetik olarak eksik olan alfa-1 antitripsinin tedavisi, amfizem gelişen bireylere tavsiye edilmektedir. FEV1 oranı %35-60 düzeyinde olup hiç sigara kullanmamış

olanlarda daha iyi yarar sağladığı kanıtlanmıştır. Ancak maliyetinin fazla olması ve Türkiye’de dahil olmak üzere çoğu ülkede bulunmamasından kullanımı kısıtlıdır [51, 77, 97].

2.8.2. Nonfarmakolojik tedavi

Nonfarmakolojik tedavi, farmakolojik tedaviyi tamamlayan, hastalığın ilerlememesi, şiddetinin kontrol altında ve yaşam kalitesinin en üst seviyede tutulmasını amaçlayan sigaranın bırakılması, pulmoner rehabilitasyon ve oksijen tedavisini kapsayan tedavi şeklidir [51, 98-101].

2.8.2.1. Sigaranın bırakılması

KOAH’lı bireylerde sigaranın bırakılması FEV1’de seri düşmenin önlenmesi için en etkili yoldur. Zamanla yavaş yavaş değil, aniden bırakılmalıdır [97]. Sigara bağımlıları ile yapılan bir araştırmada bireylerin %29’u sigaranın bırakılmasını KOAH’tan korunma yöntemi olarak değerlendirmiştir [98]. KOAH’lı olan bireylere sigara içmeyi bırakmaları için gerekli bilgiler verilmelidir [50]. Sigara içen KOAH’lı bireylerde hastane yatışları daha sık, mortalite oranı daha yüksektir [102].

KOAH olan ve sigara içen bireyler aşırı sigara tüketimine bağlı olarak nikotine bağımlı olabilirler. Nikotin dolaylı olarak dopamin salgılanmasına, dopaminde bireyin zevk hissetmesine yol açar. Bu durum bireyde sigaraya bağımlı olma halini meydana getirir. Sigara içmenin oluşturduğu ruhsal değişikliklerden, alışkanlıklardan ve nikotinin vermiş olduğu hazdan vazgeçmek oldukça güçtür. Bireyler aralıklı olarak sigara bırakma girişiminde bulunsalar da başarılı olamazlar, bu durum bireylerin kendinlerini yetersiz hissetmelerine, suçlamaya ve depresyona neden olabilir. Sigarayı bırakma sürecinde zorluk yaşayan ve tek başına baş edemeyen bireylere destek olunması önem taşır. Gerekliyse terapi ve psikiyatrik görüşmeler sağlanmalıdır. Başarılı olunursa ne tür kazanımların olacağının bireye anlatılması, fikirlerinin ve neler hissettiğinin dinlenmesi önemlidir. En önemli adım ise bireyin kendi rızası ile sigarayı bırakmak istemesidir [99, 103].

2.8.2.2. Pulmoner rehabilitasyon

Kronik solunum rahatsızlığı olan bireylerde; beden ve ruhen iyi hissetmeyi sağlamak, belirti ve bulguları en aza indirmek, bağımlılığı azaltmak veya ortadan kaldırmak, kaliteli bir yaşam sunmak gibi amaçları olan bireye özgü ayarlanmış, izlem

esasıyla yürütülen egzersiz ve kendini yönetme eğitimi vb. uygulamaları içeren multidisipliner tedavi şeklidir [8, 104]. KOAH'lı bireylerin hayatlarına devam edebilmeleri için egzersiz düzeylerini yeterli bir seviyede tutmaları önemlidir. Rehabilitasyon programının KOAH vakalarında dispne şiddetini azalttığı, aktivite düzeyini artırdığı ve ruhsal halin iyileşmesini sağladığı görülmüştür [50, 100]. Özellikle bir alevlenme dönemi sonrası pulmoner rehabilitasyona başlanmasının faydalı olacağı düşünülmektedir [92, 105]. Yapılan bir çalışmada akut bir alevlenme sonrası uygulanan pulmoner rehabilitasyonun hastaneye yatışı dikkate değer seviyede düşürdüğü görülmüştür. Aynı çalışmada pulmoner rehabilitasyon sonrasında egzersiz ve dispne düzeyinde iyileşmelerin olduğu ve yaşam kalitesinde artış gözlemlenmiştir [106].

Pulmoner rehabilitasyon sayesinde bireylerin solunum sisteminin yanı sıra diğer sistemlerde olumlu etkilenir. Fiziksel aktivite, dispne ve hareket durumlarında ilerleme kaydedilir; yaşam kalitesinde artış gözlemlenir. Hastane sonrası dönemde alınan eğitim ve destek doğrultusunda sedanter bir yaşamdan uzak durulmalı, kaydedilen ilerleme korunmalıdır. Aksi takdirde başlanılan noktaya geri dönüş söz konusu olacaktır [99]. Pulmoner rehabilitasyona ulaşımı kolaylaştırmak, gerekli ise sayısını artırmak, sağlık çalışanlarının ve hastaların bilinçlendirilmesini sağlamak KOAH olan bireyler için oldukça önem teşkil eder [105].

2.8.2.3. Oksijen tedavisi

Oksijen tedavisi, parsiyel oksijen basıncı 55 mmHg'dan az olduğunda bütün hastalarda kullanılan tedavi şeklidir [50]. Saturasyon değerinin %88'in altında olduğu durumlarda ve dinlenme anında gelişen hipoksemi durumunda da kullanımı önerilmektedir. Tedavi devamlılık gerektirir ve günlük minimum 18 saat alınmalıdır. Hipoksemi kontrol altında tutulmazsa doku ve organlarda hasara yol açar [101]. KOAH'ta hipoksemi gelişen bireylerde yaşam süresini uzatan tek tedavi oksijen tedavisidir [50]. KOAH olan bireyler hipoksemi yaşamasalar bile çoğunlukla en ufak fiziksel aktivite sırasında dispne yaşayabilir. Oksijen tedavisi dispneyi ortadan kaldırır, yaşamsal aktiviteleri yerine getirmede kolaylık sağlar [99, 101]. Uyku sırasında gelişebilecek olan dispneyi de önler ve kaliteli bir uyku sağlayabilir. Böylece bireylerin yaşam kalitelerini iyileştirebilir. Ayrıca son evredeki bireylerde yaşanan sorunların hafifletilmesi amacıyla da oksijen tedavisinden yararlanılır [101].

2.8.3. Cerrahi tedavi

KOAH'ı ilerlemiş olan bireyler için cerrahi tedaviler ve transplantasyon da mümkündür. Amfizemi iyileştirmek için hasar görmüş akciğer dokusunun rezeksiyonu, büllektomi, akciğer hacmi küçültme ameliyatı ve bronkoskopik akciğer hacmi azaltma uygulanan cerrahi girişimlerdenidir. Bu girişimler dispne ve mortalite üzerine fayda sağlar. Ancak organ bağışının yeterli olmaması, ameliyat sonrası gelişebilecek ek hastalıklar ve cerrahi tedavinin ekonomik yükü dolayısıyla çok fazla tercih edilememektedir [107-109].

2.9. Dispne ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi bireye özgü subjektif bir tecrübedir ve standart bir ölçüm yapılamaz. Sağlık durumunu belirlemek için kullanılan anketler, bireyin aktivitelere katılma durumunu ve bundan haz alma kabiliyetini ölçmek amacıyla kullanılır. Başta dispne, aktivite toleransı ve psikolojik sağlık olmak üzere birçok etmen sağlık durumunu etkiler [32].

Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramları genelde eş anlamlı olarak kullanılır, fakat esasında bu iki kavram farklıdır. Yaşam kalitesi, bireysel algı, kültür ve değerlere dayanan tamamıyla subjektif bir kavramdır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise, bireyin her zamanki ya da beklenen bedensel, emosyonel ve sosyal iyiliğinin bir tıbbi durumdan ya da tedavisinden ne oranda etkilendiği olarak tanımlanır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi standart bir metot sağlayan anketlerle ölçülebilir. Bu ölçümler hastalığın ilerlemesi ile ortaya çıkan değişimleri ortaya koymayı ve bunlara müdahale edebilme şansı sağlar. KOAH'ın etkisini, ilerleyişini ve gelişimini yalnızca akciğer fonksiyonları ile değerlendirmek yerine sağlıkla ilgili yaşam kalitesi anketleri ile değerlendirmek hasta bireyler için daha faydalı olacaktır [110 ve 111].

Yenilmez ve arkadaşlarının 2018 yılında 75 KOAH'lı birey ile gerçekleştirdikleri çalışmada hastalık ve dispne şiddetinin artmasıyla birlikte; öz bakım, boş vakit aktivitelerinin, fiziksel aktivite ve sosyalleşmenin azaldığı, hareketsiz bir yaşamla birlikte bağımlılık düzeyinin arttığı, iş hayatının olumsuz etkilendiği ve tüm bunlardan dolayı yaşam kalitesinin azaldığı bildirilmiştir [112]. Yapılan başka çalışmalarda da hastalık ve dispne şiddeti arttıkça günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlandığı, rol ve sorumlulukları yerine getirmede başarısızlıklar, sosyal hayat ve ruhsal durumun bozulmasına yol açarak günlük yaşamın önemli derecede olumsuz etkilendiği ortaya konmuştur. Sosyal ilişkilerin bozulması, sosyal desteğin azalmasına neden olurken ek hastalığı olan bireylerde bu durum daha da kötüleşir. Tüm bu faktörler yaşam kalitesinde azalmaya neden olur [30, 38, 113].

Dispne varlığı fiziksel aktiviteye katılımı azaltır, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin azalmasına yol açar. Dispne yaşama korkusu bireyleri günlük aktivitelere katılmaktan vazgeçirebilir, bu da bedensel zindelik ve kas gücünde azalmaya neden olabilir. Bu durumda da dispne hissi artar, kısır bir döngü başlamış olur. KOAH olan bireylerin çoğu yaşadıkları solunum semptomları -özellikle dispne- nedeniyle eskiden yapabildikleri aktiviteleri yapamayacak seviyeye gelebilir. KOAH'lı bireyler artan aktivite intoleransı ve bağımsızlık kaybı ile yaşarken ciddi bir psikososyal sıkıntıya girebilir, sosyal izolasyonla karşı karşıya kalabilirler. Bu durumda yaşam kalitesi oldukça olumsuz etkilenir [114-116].

2.10. Sosyal Destek

Sosyal destek, kişinin önemli olduğunu ve sevildiğini hissetmesi ile çevresindeki bireylerin onun varlığına ihtiyacı olduğuna ve değer gördüğüne inanarak birbirine yardımcı olma durumudur [45]. Kronik hastalıkların hemen hepsinde oluşu gibi KOAH'ta da hayat her anlamda etkilenir, alışkanlıklar ve davranışlar değişir. Hastalığın seyri kötüleştikçe birey; uyum sağlamakta güçlükler yaşar, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte zorluklarla karşılaşabilir ve zamanla semptomların artmasıyla birlikte bağımsızlığını kaybedebilir. Bu gibi durumlar kişinin olumsuz duygular (yalnızlık, değersizlik, çaresizlik vb.) hissetmesine neden olur ve kişide sosyal destek alma ihtiyacı ortaya çıkar [30, 43, 117].

Hastalığın ilerlemesi ile bireylerin kendilerini diğer insanlardan izole ettiği, sosyal etkileşimlerinin azaldığı ve kendilerine düşen rol ve görevleri yerine getirmekte güçlükler yaşadığı bilinmektedir. Özellikle ileri evrelerde eforla artan dispnenin etkisiyle hareket etmekten kaçınan hatta genellikle sedanter bir yaşam tercih eden bireylerde zaman içerisinde daha çok sosyal destek alma gereksinimi meydana gelmektedir. Yapılan çalışmalarda KOAH olan bireylerin sosyal açıdan desteklenmesinin kaliteli bir yaşam için önemli olduğu ve bununla ilgili çalışmalar yapılması gerektiği üzerinde durulmaktadır [30, 112, 118, 119].

Sosyal destek KOAH olan bireyler için; belirti bulgularla başa çıkabilme, tedaviye uyum sağlama (oksijen, inhaler, oral vb.), hastalıkla baş edebilme, hastane yatış ve çıkış gibi süreçlerde daha anlamlı bir hale gelmektedir. Hastalıkla ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşabilecek, gelecek planları yapabilecek, stres yaşadığı konuları paylaşabilecek ve hastalığı kabullenme sürecinde yanında olacak birilerinin (eş, arkadaş, komşu, doktor vb.) olması; KOAH'lı bireyler için duygusal açıdan önem taşımaktadır. Özetle KOAH olan

bireylere ihtiyaçları oranında sağlanan sosyal destek ile hastane başvuru oranlarını, mortaliteyi azaltabilmek, bireylerin stres yönetimini kontrol altına alabilmek ve belirti bulguları en aza indirebilmek mümkün olabilmektedir [52, 120].

2.11. KOAH ve Hemşirelik

KOAH bir ömür hasta birey ve yakınları ile beraber olduğu için hastalık, semptomlar, tedavi ve rehabilitasyon açısından birey ve ailesini bilgilendirme önem taşır. Uzun süreli bakım ve tedavide bireye bütüncül ve multidisipliner bir sağlık yaklaşımı ile eğitim verilmesi şarttır. Eğitim; hastalık ve tedavi hakkında bilgilendirme, sigarayı bırakma, evre güvenliğinin sağlanması, risk faktörlerinden uzak durma, enfeksiyonlardan korunma, ilaçların kullanımı ve saklanması, beslenme, oksijen tedavisinin detaylı anlatılması, kaygılarla nasıl baş edilebileceğini anlatma, öksürük ve solunum egzersizleri, ortam sıcaklığının ayarlanması, fiziksel aktivitelerin düzeyinin korunması/artırılması ve sosyal desteğin sağlanması gibi birçok önemli faktörü içermelidir [8, 33, 50].

KOAH'lı bireyler için çeşitli tedavi ve teknikleri içeren rehabilitasyon programları mevcut olmakla beraber, hasta bireylerin hepsinin bunlara ulaşımı mümkün olmamaktadır. Burada hastayı yakından takip edebilen sağlık profesyonellerinden hemşireye eğitici rolü ile sorumluluk düşmektedir [50]. Yapılan bir çalışmada KOAH'lı 54 bireye öz yönetim desteği üzerine; inhaler tedavi, sigara bırakma ve KOAH ile ilgili bilgi verilmesini kapsayan 7 saatlik bir eğitim verilmiştir. Bu eğitim sonucunda yaşam kalitesinde önemli iyileşmeler meydana geldiği, sağlık tutumları, bilgi ve beceri düzeylerinin arttığı saptanmıştır [121].

KOAH komponenti fazla ve karmaşık bir hastalık olmakla beraber bireyler arasında farklılıklar görülebilmektedir. Hasta bireylerden bazıları hastalıktan hiç etkilenmezken bazıları ise tamamen bağımlı olabilmektedir. Bu nedenle bakımdaki temel unsur bireyselleştirilmiş, hasta odaklı bir yaklaşım ile ana hedef olan yaşam kalitesinin en iyi düzeyde olmasını sağlamaktır [116, 122].

Hastanın yaşam kalitesini yükseltmek KOAH'ta tedavinin amaçlarından biridir. Bireyler KOAH'a bağlı yaşamlarında birtakım değişiklikler yapmak zorundadır. Ancak bazı davranış değişikliklerine alışmada sıkıntı yaşayabilirler. Bireye verilen hemşirelik bakımında yaşam biçimi değişiklikleri geliştirmeye ve yaşam kalitesini yükseltmeye odaklanılmalıdır [8, 123].

Kronik bir hastalık olan KOAH ile yaşamak, başta dispne olmak üzere semptomlar

ve tedavi ile oluşan sınırlamalarla başa çıkmak; hastalarda anksiyete ve depresyon gibi psikososyal sorunlara neden olur ve bireyin yaşamını birçok alanda etkiler [124]. Bedensel ve ruhsal iyilik halinin sürdürülmesinde sosyal desteğin önemi unutulmamalıdır. Hemşire, hasta bireyin hemen her anını gözlemleme fırsatına sahip olduğundan sosyal desteğe duyulan ihtiyaç durumunu tespit edebilecek en güvenilir sağlık profesyonellerinden biridir. İlk yapılması gereken hangi konuda desteğe ihtiyaç duyulduğunun belirlenmesidir. Yalnızca gözlem yoluyla tespitte bulunmak doğru sonuç vermeyeceği için birey ile iletişim halinde olunmalıdır. Tüm süreç boyunca birey duygu ve düşüncelerini rahat ifade edebilmesi için cesaretlendirilmelidir ve kesinlikle yargılanmamalıdır. KOAH'lı bireyler semptomların artmasıyla zaman zaman bedenlen ve ruhen kendilerini güçsüz ve zayıf hissetseler bile bu durum yeterli derecede sağlanan sosyal destek ile aşılabilir bir hale gelecektir. Sosyal desteğin yüksek olduğu bireyler için kaliteli bir yaşam da söz konusu olacaktır [28, 42, 125, 126].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, KOAH'lı bireylerin dispne, sosyal destek, yaşam kalitesi düzeylerini ve sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Hipotezleri

H0-1: KOAH'lı bireylerin sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre dispne şiddetleri arasında fark yoktur.

H1-1: KOAH'lı bireylerin sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre dispne şiddetleri arasında fark vardır.

H0-2: KOAH'lı bireylerin sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre algıladıkları sosyal destek arasında fark yoktur.

H1-2: KOAH'lı bireylerin sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre algıladıkları sosyal destek arasında fark vardır.

H0-3: KOAH'lı bireylerin sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre yaşam kalitesi düzeyleri arasında fark yoktur.

H1-3: KOAH'lı bireylerin sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre yaşam kalitesi düzeyleri arasında fark vardır.

H0-4: KOAH'lı bireylerin dispne, sosyal destek ve yaşam kaliteleri arasında ilişki yoktur.

H1-4: KOAH'lı bireylerin dispne, sosyal destek ve yaşam kaliteleri arasında ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri

Bu araştırma, 31.05.2021-15.03.2022 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dr. Kamil Furtun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Yerleşkesi'nin yataklı servislerinde yürütülmüştür. Hastanede iki dahili (Göğüs Hastalıkları Servisi 2 ve Göğüs Hastalıkları Servisi 3), bir cerrahi, bir COVID-19 (Göğüs Hastalıkları Servisi 1), bir yoğun bakım ve bir bronkoskopi servisi bulunmaktadır. Göğüs Hastalıkları Servisi 2 (erkek hastalar için), toplam 29 yataklı bir servis olup sorumlu hemşire ile birlikte toplam 10 hemşire (gündüz sorumlu dahil altı, gece ve hafta sonları nöbetlerinde iki hemşire); Göğüs

Hastalıkları Servisi 3 (kadın hastalar için), toplam 19 yataklı bir servis olup sorumlu hemşire ile birlikte toplam 10 hemşire (gündüz sorumlu dahil beş, gece ve hafta sonları nöbetlerinde iki hemşire) görev yapmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 31.05.2021-15.03.2022 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dr. Kamil Furtun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Yerleşkesi'nin yataklı servislerinde tedavi gören KOAH'lı bireyler oluşturmuştur (N=285).

Araştırmanın örneklemini ise; 31.05.2021-15.03.2022 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dr. Kamil Furtun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Yerleşkesi'nin yataklı servislerinde tedavi gören KOAH'lı bireylerden araştırmaya katılmaya onam veren ve dahil edilme kriterlerine uyan bireyler oluşturmuştur (n=181). 31.05.2021-15.03.2022 tarihleri arasında ulaşılan 200 hastanın, beşi çok şiddetli dispne hissettiği, altısı yorgun olduğu ve uyuduğu, sekizi araştırmaya katılmak istemediğini ifade ettiği için araştırmaya dahil edilememiştir.

Veri toplama sürecinde toplam 181 KOAH'lı bireye ulaşılmış olup, araştırmada Almanya Heinrich Heine Düsseldorf Üniversitesi'nin "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak, %95 güven düzeyinde örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığı veri toplama aşamasından sonra hesaplanmıştır. Buna göre en düşük ilişki katsayısı 0,357 (CAT ile ÇBASDÖ arasındaki ilişki katsayısı) ile yapılan güç analizi sonrasında alfa 0,05 ile araştırmanın minimum gücü 0,99 olarak bulunmuştur.

3.4.1. Dahil edilme kriterleri

Araştırmada dahil edilme kriterleri amaç, hipotezler ve değişkenler doğrultusunda literatür kullanılarak belirlenmiştir [30, 39, 45, 127].

Dahil edilme kriterleri:

- 40 yaş ve üzerinde olan,
- KOAH tanısı almış olan,
- Sözel iletişim kurabilen,
- Araştırmaya katılmaya onam veren bireyler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4.2. Dışlama kriterleri

Araştırmaya katılmaya onam vermeyen, sözel iletişim kuramayan ve COVID-19

pozitif bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Modifiye Borg Skalası (MBS), CAT, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve St. George Solunum Anketi (SGRQ).

Bağımsız Değişkenler: Sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yaşadığı yer ve kişiler vb.) ve hastalığa ait bilgiler (KOAİ tanısını ne zaman aldığı, sigara kullanım durumu, başka hastalığının var olup olmadığı vb.).

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler “Hasta Tanıtım Formu, CAT, MBS, ÇBASDÖ ve SGRQ” kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Hasta tanıtım formu

Hasta tanıtım formu, araştırmacı tarafından literatür incelenerek [43, 128-130] sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek vb.) ve hastalığa ait bilgileri (KOAİ tanısını ne zaman aldığı, sigara kullanım durumu, başka hastalığının var olup olmadığı vb.) içeren toplam 30 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. KOAİ değerlendirme testi (CAT)

KOAİ’ı olan bireylerin sağlık durumunun belirlenmesi, hastalığın günlük yaşamı nasıl etkilediğinin anlaşılması amacıyla Jones ve ark. (2009) tarafından geliştirilen testin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yorgancıoğlu ve ark. (2012) tarafından yapılmıştır [131 ve 132]. Test, dispne, öksürük, balgam gibi KOAİ semptomlarını ve aktivite, uyku gibi ek semptomları kapsayan 8 sorudan oluşmakta olup; sorular 0 ile 5 puan arasında değerlendirilir [131]. Toplam puan 0 ila 40 arasında olup, puanın artması; hastalığın şiddetinin arttığı, bireyin sağlık durumunun kötüleştiği anlamına gelir [131]. Toplam puan hastalık evresi, şiddeti ve derecesi ile ilgili bilgi vermektedir ve tüm bu faktörler yaşam kalitesini etkilediği için, yaşam kalitesi ile ilgili de bilgi verir [132]. Ölçeğin geliştirildiği formda Cronbach alfa katsayısı 0,88 [131], Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 0,91 [132], bu çalışmada ise 0,76 olarak saptanmıştır.

3.6.3. Modifiye borg skalası (MBS)

1970 yılında fiziksel egzersiz esnasında harcanan çabanın ölçülmesi amacıyla Borg tarafından geliştirilmiştir [133]. MBS, hastalar için dispne şiddetinin tanımlanmasını sağlar. Genellikle eforla ve istirahat halindeyken dispne şiddetini belirleyen ve 10 madde ile dispneyi derecelendiren tek yönlü bir ölçektir [134]. Puanlaması 0 ile 10 arasında olup; 0 puan dispnenin olmadığı anlamına gelirken, 10 puan dispnenin çok şiddetli olduğu anlamına gelmektedir.

3.6.4. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ)

ÇBASDÖ, 1988 yılında Zimet ve ark. tarafından geliştirilmiştir [135]. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ilk kez 1995'te Eker ve Arkar, ikinci kez ise 2001'de Eker ve ark. tarafından yapılmıştır. Sosyal desteği, subjektif değerlendiren, kısa ve kolay kullanımlı bir ölçektir [136 ve 137]. Toplam 12 maddeden oluşan ölçekte destek kaynağı olarak; aile, arkadaş ve özel bir insanı kapsayan üç alt boyut mevcuttur, bu alt boyutlar dörder madde içermektedir:

- Aile (anne, baba, eş, çocuklar, kardeşler) alt ölçeğinin maddeleri: 3, 4, 8 ve 12
- Arkadaş alt ölçeğinin maddeleri: 6, 7, 9 ve 12
- Özel bir insan (flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, hemşire) alt ölçeğinin maddeleri: 1, 2, 5 ve 10

Bu maddeler 7'li likert tipte, 1'den 7'ye derecelendirme sistemi ile uygulanmaktadır. Alt ölçeklerdeki maddelerin puanları toplanarak alt ölçek puanı, tüm alt ölçek puanlarının toplanması ile toplam puan elde edilmektedir. Toplam puan 12 ile 84 arasında olup; puan arttıkça, algılanan sosyal desteğin arttığı anlaşılmaktadır [136 ve 137]. Ölçeğin geliştirildiği formda Cronbach alfa katsayısı 0,85-0,88 arasında [135], Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 0,80-0,95 arasında [137], bu çalışmada ise 0,93 olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayısı ise sırasıyla, Aile, Özel Bir İnsan ve Arkadaş; 0,92, 0,84 ve 0,81 olarak saptanmıştır.

3.6.5. Saint george solunum anketi (SGRQ)

SGRQ, solunum yolu hastalıklarında sağlık ile ilgili yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçeklerden biridir. Jones ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin, 2013 yılında Polatlı ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır [138]. SGRQ, KOAH değerlendirmesinde kullanılan, hasta bireyin; durumunu,

semptom yükünü ve fiziksel/psikolojik kayıpları belirleyen bir ölçektir [138].

Ölçek elli madde ve üç kısımdan oluşmaktadır:

- Birinci kısım; öksürük, balgam, dispne ve göğüste hissedilen hırıltı sıklığı ve dereceleri belirleyen, 8 soru ile semptom değerlendirmesinin yapıldığı kısımdır.
- İkinci kısım; iş, uğraşı, sağlığını kontrol edebilme, anksiyete, tedavi ve yan etki durumlarını inceleyen, 26 soru ile his (etki) değerlendirmesinin yapıldığı kısımdır.
- Üçüncü kısım; dispneye neden olan ve dispnenin engellediği fiziksel aktiviteleri inceleyen, 16 soruluk aktivite durumunun değerlendirildiği kısımdır.

Sorular beşli likert ya da evet-hayır şeklinde olup; her sorunun puanlaması farklıdır. Her kısım kendi arasında puanlanmaktadır ve bu puanların toplanması ile toplam puan elde edilmektedir. Puanlar 0 ila 100 arasında olup; puanların artması yaşam kalitesinin azaldığını göstermektedir [138]. Polatlı ve ark.'nın Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,88 [138], bu çalışmada ise 0,87 olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayısı ise sırasıyla, Semptom, His ve Aktivite; 0,79, 0,71 ve 0,85 olarak saptanmıştır.

3.7. Ön Uygulama

Araştırmada ön uygulama, etik kurul ve il sağlık müdürlüğünden kurum izni alındıktan sonra Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dr. Kamil Furtun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Yerleşkesi'nde tedavi gören, dahil edilme kriterlerine uyan dört birey ile yapılmıştır. Yapılan değerlendirmede, hasta tanıtım formunda yer alan KOAH sınıflandırması sorusu bireylerden evre bilgisi alınamadığı için çıkarılmış ve forma son hali verilmiştir. Ön uygulamaya alınan bireyler örnekleme dahil edilmemiştir.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, 31.05.2021-15.03.2022 tarihleri arasında, bireylerin dahil edilme kriterlerine uygunluğu değerlendirilerek, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dr. Kamil Furtun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Yerleşkesi'nin yataklı servislerinde tedavi gören KOAH'lı bireyler ile yürütülmüştür. Veriler gündüz mesai saatleri içerisinde, haftada ortalama 2-3 gün, 15-20 dakika süreyle araştırmacı tarafından hastaların kendi odalarında yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırmada bireylere, Hasta Tanıtım Formu (EK-5), CAT (EK-6), MBS (EK-7), ÇBASDÖ (EK-8) ve SGRQ (EK-9) uygulanmıştır. KOAH'lı bireylerin sosyodemografik özellikleri, dispne şiddeti, algıladıkları sosyal destek

ve yaşam kalitesi düzeyleri değerlendirilmiştir. Araştırmada dispne şiddeti, bireyler istirahat halindeyken değerlendirilmiştir. Araştırmada bireyler ÇBASDÖ Özel Bir İnsan alt boyutu için; akraba, komşu cevabını vermiştir.

3.9. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS 25.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Ayrıca, kullanılan veriler normal dağılıma uygunluk için Shapiro-Wilk Testi ile kontrol edilmiş olup, ölçek puanlarının normal dağılım varsayımını sağlamadığı tespit edilmiştir. Bu durumda niceliksel verilerin karşılaştırılması için iki grup karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliği Cronbach alfa güvenilirlik analizi ile test edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için kullanılacak ölçeklerin izinleri mail yoluyla ölçeklerin yazarlarından yazılı olarak alınmıştır (EK-4). Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı onay (Tarih: 26.02.2021, Karar no:33) (EK-1) ve Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır (Tarih: 09.04.2021, Sayı: E-26521195-604.02) (EK-2). Araştırmanın yapılabilmesi için bireylere araştırma hakkında bilgi verilip, amaç açıklandıktan sonra araştırmaya katılmaya onam veren bireylerden sözel ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK-3) ile yazılı onam alınmıştır. Bu araştırma, Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde KOAH'lı bireylerin sosyodemografik ve hastalık ile ilgili özellikleri, dispne şiddeti, algıladıkları sosyal destek ve yaşam kalitesi düzeyleri ve aralarındaki ilişkiyi tanımlayan bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları (n=181)

		n	%
Yaş ($\bar{x} \pm ss$) 67,86 $\pm$ 9,14	≤ 60	36	19,9
	61-75	115	63,5
	76 $\geq$	30	16,6
Cinsiyet	Kadın	31	17,1
	Erkek	150	82,9
Medeni durum	Evli	125	69,1
	Bekar	56	30,9
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	28	15,5
	Okur-yazar	24	13,2
	İlköğretim	117	64,6
	Lise	9	5,0
	Üniversite	3	1,7
Çalışma durumu	Çalışıyor	31	17,2
	Hastalık nedeniyle çalışmıyor	39	21,5
	Hastalık dışı nedenlerden dolayı çalışmıyor	111	61,3
	Emekli	123	68,0
Meslek	İşçi	2	1,1
	Serbest meslek	9	5,0
	Ev hanımı	24	13,2
	Çiftçi	10	5,5
	Diğer*	13	7,2
	İl	69	38,1
Yaşanılan yer	İlçe	62	34,3
	Köy	50	27,6
	Çekirdek aile	148	81,8
Aile yapısı	Geniş aile	33	18,2
	Yalnız	26	14,4
Birlikte yaşanan kişiler	Eş ile	54	29,8
	Çocuklar ile	28	15,5
	Eş ve çocuklar ile	42	23,2
	Geniş aile (eş, çocuklar, torunlar)	31	17,1
	Bağ kur	51	28,2
Sosyal güvence	SSK	83	45,9
	Emekli sandığı	12	6,6
	Diğer**	35	19,3
	Çok iyi	3	1,7
Ekonomik durum	İyi	15	8,3
	Orta	77	42,5
	Kötü	53	29,3
	Çok kötü	33	18,2

Yüzde n değeri üzerinden hesaplanmıştır.

*Engelli Maaşı, 65 Maaşı, Sosyal Yardım alan bireyler

**Yeşil Kart, Malulen Emekli, Yok, Genel Sağlık Sigortası

KOAH'lı bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1'de verilmiştir. KOAH'lı bireylerin yaş ortalamasının $67,86 \pm 9,14$, %82,9'unun erkek, %69,1'inin evli ve %64,6'sının ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Bireylerin %21,5'inin hastalığı nedeniyle çalışmadığı, %68,0'ının emekli olduğu, %38,1'inin ilde yaşadığı, %81,8'inin çekirdek ailesinin olduğu ve %42,5'inin gelirini orta olarak algıladığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).



Tablo 4.2. Bireylerin Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımları (n=181)

		n	%
Sigara kullanımı	Hiç içmemiş	36	19,9
	İçiyor		
	Kullanım süresi (yıl)=40,81±15,16	31	17,1
	Miktar (günde)=1 paketten az (%41,9) 1 paketten fazla (%58,1)		
Pasif içicilik	Bırakmış	114	63,0
	Bırakma süresi (yıl)=13,50±17,80		
	Evet	45	24,9
Evin ısınma şekli	Hayır	136	75,1
	Soba	98	54,1
	Kalorifer	78	43,1
	Elektrikli soba	4	2,2
	Klima	1	0,6
Egzersiz yapma durumu	Düzenli olarak yapıyor		
	Yürüyüş n=46 (%100,0)	46	25,4
	Egzersiz süresi (saat/hafta) ($\bar{x}\pm ss$) 4,10±2,95		
KOAH'tan başka kronik hastalık varlığı* Evet n=139 (%76,8)	Yapmıyor	134	74,6
	Diyabet	49	27,1
	Osteoporoz	6	3,3
	Kalp hastalığı	62	34,3
	Hipertansiyon	89	49,2
	Kanser	27	14,9
	Depresyon	9	5,0
	Tüberküloz	2	1,1
	Pnömoni	21	11,6
	Demans	3	1,7
	Böbrek hastalığı	9	5,0
	Ülser	18	9,9
	Uyku apne sendromu	1	0,6
Ailede KOAH varlığı	Evet	73	40,3
	Hayır	108	59,7
KOAH tanısını kaç yıl önce aldığı ($\bar{x}\pm ss$)		8,78±8,73	
Son 1 yıl içinde KOAH nedeniyle hastaneye yatış ($\bar{x}\pm ss$)		2,94±2,53	
Son 1 yıl içinde KOAH nedeniyle acile başvuru ($\bar{x}\pm ss$)		6,70±6,10	
Son 1 yıl içinde KOAH nedeniyle göğüs polikliniğine başvuru ($\bar{x}\pm ss$)		4,70±3,73	
Son 1 yıldaki KOAH alevlenme sayısı ($\bar{x}\pm ss$)		3,43±2,93	
Dispne için inhaler ilaç kullanımı	Evet	168	92,8
	Hayır	13	7,2
Evde kullanılan cihaz/cihazlar*	Nebulizatör	145	80,1
	Oksijen tüpü	24	13,3
	Oksijen konsantratörü	15	8,3
	BİPAP** cihaz	14	7,7
KOAH ile ilgili kontrollere düzenli gitme durumu	Evet	64	35,4
	Hayır	31	17,1
	Kısmen	86	47,5
Hastalık süresince ihtiyaç duyulan yardımcı aileden/yakın çevreden alma durumu	Evet	165	91,2
	Hayır	16	8,8
Üzüldüğünde veya mutlu olduğunda destekleyen birilerinin varlığı	Evet	164	90,6
	Hayır	17	9,4

Tablo 4.2. (devamı) Bireylerin Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımı

Alınan desteğin nasıl değerlendirildiği	Çok iyi	52	28,7
	İyi	77	42,5
	Orta	35	19,4
	Kötü	4	2,2
	Çok kötü	13	7,2
Hastalığın yaşamı ne kadar olumsuz etkilediği	Düşük düzeyde	6	3,3
	Orta düzeyde	31	17,1
	Yüksek düzeyde	144	79,6
	Katılmıyorum	110	60,8
Sosyal aktivitelere katılma sıklığı	Haftada 1,2 kez	24	13,3
	Ayda 1,2 kez	27	14,9
	6 ayda 1 (çok seyrek)	20	11,0

Yüzdelere n değeri üzerinden hesaplanmıştır.

*Birden fazla cevap verilmiştir.

**Bi-level Positive Airway Pressure

KOAH'lı bireylerin hastalık ve tedavi özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.2'de verilmiştir. KOAH'lı bireylerin hastalık ve tedavi özelliklerine göre dağılımları 4.2'de verilmiştir. Bireylerin %63,0'nın sigarayı bıraktığı, sigara içen bireylerin ortalama $40,81 \pm 15,16$ yıldır sigara içtiği, %24,9'unun pasif içici olduğu ve %54,1'inin ısınmak için evlerinde soba kullandığı belirlenmiştir.

Bireylerin sadece %25,4'ünün düzenli olarak egzersiz yaptığı, haftada ortalama $4,10 \pm 2,95$ saat yürüdüğü saptanmıştır. Bireylerin 76,8'inin KOAH'tan başka kronik hastalığının (diyabet=%27,1, kalp hastalığı=%34,3, hipertansiyon=%49,2) ve %40,3'ünün de ailesinde kendisinden başka KOAH hastası olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ortalama $8,78 \pm 8,73$ yıl önce KOAH tanısı aldığı, son bir yılda KOAH'tan dolayı ortalama $6,70 \pm 6,10$ kez acile başvurduğu, %92,8'inin dispne için inhaler ilaç kullandığı ve %80,1'nin nebulizatör kullandığı saptanmıştır.

Bireylerin %35,4'ünün KOAH ile ilgili düzenli kontrollere gittiği, %91,2'sinin hastalığı süresince yakın çevresinden yardım aldığı, %90,6'sının üzüldüğünde veya mutlu olduğunda kendisini destekleyen birilerinin olduğu ve %42,5'inin aldıkları desteği iyi olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Bireylerin %79,6'sı hastalığın yaşamını yüksek düzeyde olumsuz etkilediğini ve %60,8'i sosyal aktivitelere katılmadığını bildirmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. CAT, MBS, ÇBASDÖ ve SGRQ Puan Ortalamaları (n=181)

	n	Min.*	Mak.**	Ort.***	SS****
CAT	181	8,00	40,00	30,58	7,15
MBS	181	1,0	10,0	7,56	2,14
ÇBASDÖ Toplam	181	12,00	84,00	50,92	18,56
Aile	181	4,00	28,00	12,03	7,77
Arkadaş	181	4,00	28,00	16,50	6,68
Özel Bir İnsan	181	4,00	28,00	22,39	6,05
SGRQ Toplam	181	27,70	94,16	75,93	13,25
Semptom	181	30,45	100,00	77,31	16,10
His	181	13,91	95,25	66,29	16,95
Aktivite	181	29,31	100,00	92,07	12,02

*Min: Minimum, **Mak: Maksimum, ***Ort: Ortalama, ****SS: Standart Sapma

Araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin puan ortalamaları Tablo 4.3'te verilmiştir. Bireylerin MBS puan ortalaması $7,56 \pm 2,14$; CAT puan ortalaması $30,58 \pm 7,15$; ÇBASDÖ puan ortalamaları; toplam $50,92 \pm 18,56$ ve alt boyutları sırasıyla, Aile $12,03 \pm 7,77$, Arkadaş $16,50 \pm 6,68$, Özel Bir İnsan $22,39 \pm 6,05$ 'tir. SGRQ puan ortalamaları; toplam $75,93 \pm 13,25$ ve alt boyutları sırasıyla, Semptom $77,31 \pm 16,10$, His $66,29 \pm 16,95$, Aktivite $92,07 \pm 12,02$ 'dir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre CAT ve MBS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=181)

		CAT	MBS
		Ort±SS (min-mak)/med	Ort±SS (min-mak)/med
Yaş	≤60 ¹	26,86±8,62(10-40)/28,5	7,08±2,29(2-10)/8,0
	61-75 ²	31,03±6,53(8-40)/32,0	7,59±2,16(1-10)/8,0
	76≥ ³	33,33±5,82(11-40)/34,5	8±1,8(3-10)/8,5
Test değeri		12,187	2,511
p değeri		0,002**	0,285
Post-hoc		1<2,3	
Cinsiyet	Kadın	30,94±7,33(14-40)/33,0	7,29±2,33(2-10)/7,0
	Erkek	30,51±7,13(8-40)/32,0	7,61±2,1(1-10)/8,0
Test değeri		-0,336	-0,604
p değeri		0,737	0,546
Medeni durum	Evli	29,24±7,35(8-40)/31,0	7,39±2,24(1-10)/8,0
	Bekar	33,57±5,66(17-40)/35,5	7,93±1,88(3-10)/8,5
Test değeri		-3,900	-1,386
p değeri		<0,0001***	0,166
Eğitim durumu	Okur-yazar değil ¹	32,93±7,33(14-40)/36,0	7,79±1,81(4-10)/8,0
	Okur-yazar ²	31,33±4,85(18-38)/32,0	7,63±1,79(4-10)/8,0
	İlköğretim ³	30,26±6,98(10-40)/31,0	7,63±2,13(2-10)/8,0
	Lise ve üniversite ⁴	26,67±10,4(8-39)/29,0	6,17±3,19(1-10)/7,5
Test değeri		6,737	2,569
p değeri		0,081	0,463
Çalışma durumu	Çalışıyor ¹	29,1±7,75(12-40)/30,0	7,1±2,37(2-10)/7,0
	Hastalık nedeniyle çalışmıyor ²	32,62±5,75(20-40)/33,0	7,9±1,77(4-10)/8,0
	Hastalık dışı nedenlerden dolayı çalışmıyor ³	30,28±7,32(8-40)/32,0	7,57±2,19(1-10)/8,0
Test değeri		3,928	1,728
p değeri		0,140	0,422
Yaşanılan yer	İl	30,39±8,24(8-40)/33,0	7,33±2,36(1-10)/8,0
	İlçe	30,56±7,12(14-40)/31,0	7,55±2,07(3-10)/8,0
	Köy	30,86±5,5(20-40)/31,5	7,88±1,89(2-10)/8,0
Test değeri		0,220	1,092
p değeri		0,896	0,579
Aile yapısı	Çekirdek aile	30,64±7,27(8-40)/32,0	7,54±2,15(1-10)/8,0
	Geniş aile	30,33±6,69(17-40)/31,0	7,64±2,13(4-10)/8,0
Test değeri		-0,499	-0,285
p değeri		0,618	0,775
Birlikte yaşanan kişiler	Yalnız ¹	33,31±6,35(17-40)/35	7,73±2,15(3-10)/8,5
	Eşi ile ²	28,87±7,54(8-40)/30,5	7,28±2,24(1-10)/8,0
	Çocuklar ile ³	33,75±5,04(21-40)/35,5	8,07±1,51(5-10)/8,5
	Eş ve çocuklar ile ⁴	29,45±7,69(12-40)/31,0	7,33±2,35(2-10)/8,0
	Geniş aile (eş, çocuklar, torunlar) ⁵	29,94±6,75(17-40)/30,0	7,74±2,14(4-10)/8,0
Test değeri		14,451	2,652
p değeri		0,006**	0,618
Post-hoc		2<3	
Sosyal güvence	Bağ kur ¹	30,12±7,19(10-40)/32,0	7,73±1,88(4-10)/8,0
	SSK ²	30,43±7,86(8-40)/32,0	7,41±2,4(1-10)/8,0
	Emekli sandığı ³	29,58±5,07(21-39)/29,5	7,5±1,45(5-9)/8,0
	Diğer ⁴	31,94±5,89(20-40)/32,0	7,69±2,08(2-10)/8,0
Test değeri		2,122	0,568
p değeri		0,548	0,904

Tablo 4.4. (devamı) Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre CAT ve MBS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ekonomik durum	Çok iyi+iyi ¹	28,17±8,95(8-40)/30,0	7,06±2,82(1-10)/8,0
	Orta ²	30,09±7,63(10-40)/31,0	7,65±2,11(2-10)/8,0
	Kötü ³	31,34±6,21(12-40)/32,0	7,89±1,75(4-10)/8,0
	Çok kötü ⁴	31,82±6,12(20-40)/32,0	7,09±2,34(2-10)/7,0
Test değeri		2,358	2,350
p değeri		0,501	0,503
Sigara kullanımı	Hiç içmemiş ¹	31,36±6,96(17-40)/33,0	7,25±2,42(2-10)/7,0
	İçiyor ²	27,87±7,09(12-39)/28,0	7,42±2,06(2-10)/8,0
	Bırakmış ³	31,07±7,11(8-40)/32,0	7,69±2,07(1-10)/8,0
Test değeri		6,442	1,089
p değeri		0,040*	0,580
Post-hoc		2<1,3	
Pasif içicilik	Evet	27,58±6,93(12-39)/28,0	7,04±2,29(2-10)/8,0
	Hayır	31,57±6,96(8-40)/33,0	7,73±2,07(1-10)/8,0
Test değeri		-3,509	-1,834
p değeri		<0,0001***	0,067
Egzersiz yapma durumu	Düzenli olarak yapıyor	26,72±7,91(8-40)/26,5	6,7±2,44(1-10)/7,0
	Yapmıyor	31,9±6,38(11-40)/33,0	7,85±1,95(2-10)/8,0
Test değeri		-4,031	-2,766
p değeri		<0,0001***	0,006**
KOAH'tan başka kronik hastalık varlığı	Evet	30,27±7,29(8-40)/31,0	7,42±2,21(1-10)/8,0
	Hayır	31,6±6,63(11-40)/32	8,02±1,83(3-10)/8,0
Test değeri		-0,999	-1,378
p değeri		0,318	0,168
Ailede KOAH varlığı	Evet	30,89±6,52(11-40)/32,0	7,67±2,03(2-10)/8,0
	Hayır	30,37±7,56(8-40)/31,5	7,48±2,22(1-10)/8,0
Test değeri		-0,143	-0,387
p değeri		0,886	0,698
Dispe için inhaler ilaç kullanımı	Evet	30,9±7,01(8-40)/32,0	7,65±2,15(1-10)/8,0
	Hayır	26,46±7,89(14-40)/28,0	6,38±1,66(4-9)/7,0
Test değeri		-2,096	-2,495
p değeri		0,036*	0,013*
KOAH ile ilgili kontrollere düzenli gitme durumu	Evet ¹	32,45±6,35(8-40)/33,0	7,95±2,09(1-10)/8,5
	Hayır ²	29,97±5,81(17-38)/31,0	7,55±2,19(2-10)/8,0
	Kısmen ³	29,41±7,89(10-40)/31,0	7,27±2,14(2-10)/8,0
Test değeri		6,757	4,782
p değeri		0,034*	0,092
Post-hoc		1>2,3	
Hastalık süresince ihtiyaç duyulan yardımı aileden/yakın çevreden alma durumu	Evet	30,13±7,26(8-40)/31,0	7,51±2,19(1-10)/8,0
	Hayır	35,19±3,51(29-40)/35,5	8,06±1,48(5-10)/8,0
Test değeri		-2,792	-0,611
p değeri		0,005**	0,541

Tablo 4.4. (devamı) Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre CAT ve MBS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Üzüldeğinde veya mutlu olduğunda destekleyen birilerinin varlığı	Evet	30,15±7,27(8-40)/31,0	7,51±2,2(1-10)/8,0
	Hayır	34,76±3,91(26-40)/35,0	8,06±1,43(5-10)/8,0
Test değeri		-2,591	-0,582
p değeri		0,010*	0,560
Alınan desteğin nasıl değerlendirildiği	Çok iyi ¹	29,54±8,26(8-40)/30,5	7,56±2,39(1-10)/8,0
	İyi ²	30,19±7,17(11-40)/32,0	7,57±2,13(2-10)/8,0
	Orta ³	30,91±5,81(20-40)/31,0	7,43±2,1(3-10)/8,0
	Kötü+çok kötü ⁴	34,82±4,19(26-40)/35,0	7,76±1,52(5-10)/8,0
Test değeri		7,101	0,346
p değeri		0,069	0,951
Hastalığın yaşamı ne kadar olumsuz etkilediği	Düşük ve orta düzeyde	23,46±7,53(8-37)/23,0	5,49±2,18(1-10)/5,0
	Yüksek düzeyde	32,41±5,79(14-40)/33,0	8,09±1,78(2-10)/9,0
Test değeri		-6,129	-6,084
p değeri		<0,0001***	<0,0001***
Sosyal aktivitelere katılma sıklığı	Katılmıyor ¹	33,67±5,34(17-40)/35,0	8,07±1,95(2-10)/9,0
	Haftada 1,2 kez ²	24,63±7,4(10-37)/25,5	6,83±1,66(4-9)/7,5
	Ayda 1,2 kez ³	24,33±7,16(8-36)/26,0	6,37±2,71(1-10)/6,0
	6 ayda 1 (çok seyrek) ⁴	29,15±5,12(17-40)/30,0	7,2±1,99(3-10)/8,0
Test değeri		58,170	18,701
p değeri		<0,0001***	<0,0001***
Post hoc		1>2,3,4	1>2,3,4

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,0001

Bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik özellikleri ve sigara kullanımı, egzersiz yapma durumu gibi hastalık özelliklerinin CAT ve MBS puan ortalamaları ile karşılaştırılması Tablo 4.4'te verilmiştir.

Yaş, medeni durum ve birlikte yaşanan kişiler ile CAT puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (p<0,05). Yaşı 60'ın üstünde olanların 60'ın altında olanlara, bekarların evlilere ve çocukları ile yaşayanların eşi ile yaşayanlara göre CAT puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, yaşanan yer, aile yapısı, sosyal güvence, ekonomik durum, KOAH'tan başka kronik hastalık varlığı, ailede KOAH varlığı ve alınan desteğin nasıl değerlendirildiği ile CAT puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Sigara kullanımı, pasif içicilik, egzersiz yapma durumu, dispne için inhaler ilaç kullanımı ve KOAH ile ilgili kontrollere düzenli gitme durumu ile CAT puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (p<0,05). Sigara içenlerin hiç içmemiş ve bırakmış olanlara, pasif içici olanların olmayanlara, düzenli egzersiz

yapanların yapmayanlara, dispne için inhaler ilaç kullanmayanların kullananlara göre CAT puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha düşük ve düzenli kontrole gidenlerin kısmen gidenlere ve gitmeyenlere göre CAT puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastalık süresince ihtiyaç duyulan yardımı aileden/yakın çevreden alma durumu, üzüldüğünde veya mutlu olduğunda destekleyen birilerinin varlığı, hastalığın yaşamı ne kadar olumsuz etkilediği ve sosyal aktivitelere katılma sıklığı ile CAT puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Hastalık süresince ihtiyaç duyulan yardımı aileden/yakın çevreden alanların almayanlara, üzüldüğünde veya mutlu olduğunda destekleyen birileri olanların olmayanlara, hastalıktan düşük ve orta düzeyde olumsuz etkilenenlerin yüksek düzeyde olumsuz etkilenenlere ve sosyal aktivitelere katılanların katılmayanlara göre CAT puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, yaşanılan yer, aile yapısı, birlikte yaşanılan kişiler, sosyal güvence, ekonomik durum, sigara kullanımı, pasif içicilik, KOAH'tan başka kronik hastalık varlığı, ailede KOAH varlığı, KOAH ile ilgili kontrollere düzenli gitme durumu, hastalık süresince ihtiyaç duyulan yardımı aileden/yakın çevreden alma durumu, üzüldüğünde veya mutlu olduğunda destekleyen birilerinin varlığı ve alınan desteğin nasıl değerlendirildiği ile MBS puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Egzersiz yapma durumu, dispne için inhaler ilaç kullanımı, hastalığın yaşamı ne kadar olumsuz etkilediği ve sosyal aktivitelere katılma sıklığı ile MBS puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Egzersiz yapmayanların yapanlara, dispne için inhaler ilaç kullananların kullanmayanlara, hastalıktan yüksek düzeyde olumsuz etkilenenlerin düşük ve orta düzeyde olumsuz etkilenenlere ve sosyal aktivitelere katılmayanların katılanlara göre MBS puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.5. Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=181)

		Toplam	Aile	Özel Bir İnsan	Arkadaş
		Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med
Yaş	≤60 ¹	53,0±20,22(12-84)/54,0	13,44±8,08(4-28)/11,0	22,33±6,64(4-28)/24,0	17,22±7,3(4-28)/17,0
	61-75 ²	50,83±18,78(12-84)/50,0	12,09±7,74(4-28)/9,0	22,3±6,27(4-28)/24,0	16,44±6,71(4-28)/17,0
	76≥ ³	48,73±15,73(21-84)/46,0	10,1±7,32(4-28)/7,50	22,8±4,37(7-28)/24,0	15,83±5,87(7-28)/16
Test değeri		1,135	2,457	0,491	0,850
p değeri		0,567	0,293	0,782	0,654
Cinsiyet	Kadın	46,68±15,93(12-84)/44,0	9,55±6,85(4-28)/6,0	21,9±5,42(4-28)/22,0	15,23±6,06(4-28)/16,0
	Erkek	51,79±18,99(12-84)/50,0	12,54±7,87(4-28)/9,5	22,49±6,18(4-28)/24,0	16,76±6,79(4-28)/17,0
Test değeri		-1,504	-2,344	-1,705	-1,155
p değeri		0,133	0,019*	0,088	0,248
Medeni durum	Evli	56,58±15,99(25-84)/58,0	13,99±7,85(4-28)/14,0	24,28±3,45(9-28)/25,0	18,3±6,03(6-28)/18,0
	Bekar	38,29±17,76(12-84)/36,0	7,64±5,48(4-28)/6,0	18,18±8,17(4-28)/22,0	12,46±6,34(4-28)/10,0
Test değeri		-5,915	-5,173	-5,422	-5,294
p değeri		<0,0001***	<0,0001***	<0,0001***	<0,0001***
Eğitim durumu	Okur-yazar değil ¹	40,61±14,53(12-71)/40,5	8,07±5,64(4-23)/5,5	19,71±6,21(4-26)/22,0	12,82±5,23(4-23)/12,0
	Okur-yazar ²	47,67±15,19(13-74)/45,0	9,75±6,31(4-22)/7,0	22,08±4,92(5-28)/23,0	15,83±5,75(4-25)/15,5
	İlköğretim ³	53,21±18,86(12-84)/51,0	13,05±7,91(4-28)/10,0	22,89±6,03(4-28)/25,0	17,26±6,81(4-28)/18,0
	Lise ve üniversite ⁴	59,17±21,45(12-84)/63,5	15,83±9,36(4-28)/17,5	24,42±6,67(4-28)/26,5	18,92±7,59(4-28)/19,0
Test değeri		14,059	14,494	20,776	12,073
p değeri		0,003**	0,002**	<0,0001***	0,007**
Post-hoc		1<3,4	1<3,4	1<3,4	1<3,4
Çalışma durumu	Çalışıyor ¹	52,58±15,4(32-84)/52,0	11,71±7,95(4-28)/10,0	23,32±2,9(17-28)/22,0	17,55±5,79(7-28)/18,0
	Hastalık nedeniyle çalışmıyor ²	41,1±19,65(12-82)/42,0	9,18±5,94(4-27)/7,0	18,54±8,77(4-28)/22,0	13,38±6,76(4-27)/13,0
	Hastalık dışındaki nedenlerden dolayı çalışmıyor ³	53,9±17,93(12-84)/51,0	13,12±8,07(4-28)/10,0	23,49±4,93(4-28)/25,0	17,3±6,61(4-28)/17,0
Test değeri		10,801	6,834	9,652	9,379
p değeri		0,005**	0,033*	0,008**	0,009**
Post-hoc		2<3	2<3	2<3	2<3

Tablo 4.5. (devamı) Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yaşanılan yer	İl	48,49±19,41(12-84)/50,0	11,52±7,35(4-28)/9,0	21,25±7,3(4-28)/24,0	15,72±6,89(4-28)/16,0
	İlçe	52,39±18,56(12-84)/49,0	12,34±8,33(4-28)/9,5	23±5,5(4-28)/24,0	17,05±6,62(4-28)/17,0
	Köy	52,44±17,33(16-84)/47,0	12,34±7,73(4-28)/10,0	23,22±4,45(6-28)/24,0	16,88±6,49(6-28)/16,0
Test değeri		1,081	0,100	0,942	1,285
p değeri		0,582	0,951	0,624	0,526
Aile yapısı	Çekirdek aile	49,78±18,96(12-84)/47,5	11,69±7,9(4-28)/8,0	22,02±6,36(4-28)/24,0	16,07±6,76(4-28)/16,0
	Geniş aile	56,03±15,89(17-84)/58,0	13,55±7,05(4-28)/15,0	24,06±4,07(7-28)/25,0	18,42±6,06(6-28)/19,0
Test değeri		-1,805	-1,553	-1,569	-1,865
p değeri		0,071	0,120	0,117	0,062
Birlikte yaşanan kişiler	Yalnız ¹	31,73±21,07(12-84)/28,5	7,88±6,48(4-28)/5,0	13,23±9(4-28)/9,0	10,62±7,33(4-28)/9,5
	Eş ile ²	53,41±15,6(26-83)/50	12,67±7,88(4-28)/10,5	23,65±3,43(11-28)/24,0	17,09±5,92(8-28)/16,0
	Çocuklar ile ³	44,25±12,92(17-73)/42,5	7,68±5,14(4-22)/6,0	22,5±4,06(7-28)/22,0	14,07±5,05(6-25)/14,0
	Eş ve çocuklar ile ⁴	57,9±17,09(25-84)/59,5	14,74±8,21(4-28)/15,5	24,48±3,95(9-28)/25,5	18,69±6,32(6-28)/19,0
	Geniş aile (eş, çocuklar, torunlar) ⁵	59,23±14,34(34-84)/61	14,65±7,12(4-28)/16,0	24,97±2,58(19-28)/26,0	19,61±5,54(9-28)/20,0
Test değeri		39,992	27,432	40,227	33,617
p değeri		<0,0001***	<0,0001***	<0,0001***	<0,0001***
Post-hoc		1<2,4,5; 3<4,5; 2<5	1<4,5; 3<2,4,5; 2<4,5	1<2,3,4,5	1<2,4,5; 2<4,5
Sosyal güvence	Bağ kur ¹	53,39±17,46(12-84)/50,0	12,63±7,93(4-28)/10,0	23,24±4,78(4-28)/24,0	17,53±6,32(4-28)/17,0
	SSK ²	52,99±16,66(12-84)/51,0	12,45±7,52(4-28)/10,0	23,55±4,55(4-28)/24,0	16,99±6,3(4-28)/17,0
	Emekli sandığı ³	59,92±18,74(33-84)/64,5	15,83±10,08(4-28)/17,5	24,67±2,93(19-28)/25,5	19,42±6,97(10-28)/20,0
	Diğer ⁴	39,31±20,12(12-84)/38,0	8,86±6,41(4-28)/6,0	17,63±8,83(4-28)/22,0	12,83±6,87(4-28)/12,0
Test değeri		15,356	8,228	13,349	13,077
p değeri		0,002**	0,042*	0,004**	0,004**
Post-hoc		4<1,2,3	4<1,2,3	4<1,2,3	4<1,2,3
Ekonomik durum	Çok iyi+iyi ¹	65,11±15,38(36-84)/66,5	17,17±9,03(4-28)/20,5	26,61±1,69(22-28)/27,0	21,33±5,75(10-28)/21,5
	Orta ²	55,77±17,43(12-84)/58,0	14,22±7,55(4-28)/1,05	23,53±5(4-28)/25,0	18,01±6,43(4-28)/18,0
	Kötü ³	47,45±16,29(12-84)/42,0	9,77±7,14(4-28)/7,0	22,32±5(4-28)/22,0	15,36±6,09(4-28)/14,0
	Çok kötü ⁴	37,42±16,76(12-71)/41,0	7,73±4,87(4-20)/6,0	17,55±8,19(4-27)/22,0	12,15±5,9(4-24)/11,0
Test değeri		32,863	28,837	37,758	28,226
p değeri		<0,0001***	<0,0001***	<0,0001***	<0,0001***
Post-hoc		3,4<1,2	3,4<1,2	3,4<1,2	4<1,2; 3<1

Tablo 4.5. (devamı) Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sigara kullanımı	Hiç içmemiş ¹	47,53±15,93(12-79)/45,5	9,81±6,35(4-23)/7,5	21,94±5,82(4-28)/22,0	15,78±6,03(4-28)/16,5
	İçiyor ²	54,9±22,85(12-84)/58,0	14,87±9,03(4-28)/15,0	22,48±7,06(4-28)/26,0	17,55±8,14(4-28)/19,0
	Bırakmış ³	50,9±17,98(12-84)/49,0	11,96±7,63(4-28)/9,0	22,51±5,88(4-28)/24,0	16,44±6,46(4-28)/16,0
Test değeri		2,445	5,879	2,418	0,978
p değeri		0,295	0,053	0,298	0,613
Pasif içicilik	Evet	56,51±20,31(12-84)/60,0	15,16±8,29(4-28)/16,0	23,16±6,11(4-28)/26,0	18,2±7,41(4-28)/19,0
	Hayır	49,07±17,63(12-84)/47,0	10,99±7,33(4-28)/8,0	22,14±6,03(4-28)/23,0	15,93±6,35(4-28)/16,0
Test değeri		-2,314	-2,757	-1,654	-1,908
p değeri		0,021*	0,006**	0,098	0,056
Egzersiz yapma durumu	Düzenli olarak yapıyor	58,41±15,45(31-84)/61,0	14,89±7,55(4-28)/16,0	24,65±3,48(10-28)/26,0	18,87±5,74(9-28)/19,5
	Yapmıyor	48,36±18,89(12-84)/46,0	11,05±7,62(4-28)/8,0	21,62±6,54(4-28)/23,0	15,69±6,8(4-28)/16,0
Test değeri		-3,073	-3,069	-3,080	-2,792
p değeri		0,002**	0,002**	0,002**	0,005**
KOA H'tan başka kronik hastalık varlığı	Evet	51,65±18,3(12-84)/50,0	12,06±8(4-28)/9,0	22,84±5,63(4-28)/24,0	16,75±6,51(4-28)/16,0
	Hayır	48,5±19,41(12-84)/49,0	11,93±7,02(4-28)/10	20,9±7,15(4-28)/23,5	15,67±7,25(4-28)/16,5
Test değeri		-0,726	-0,319	-1,406	-0,855
p değeri		0,468	0,750	0,160	0,392
Ailede KOA H varlığı	Evet	50,55±17,11(12-84)/47,0	11,18±7,82(4-28)/8,0	22,78±4,76(4-28)/23,0	16,59±6,44(4-28)/16,0
	Hayır	51,17±19,55(12-84)/52,0	12,6±7,71(4-28)/10,0	22,13±6,79(4-28)/24,5	16,44±6,87(4-28)/17,0
Test değeri		-0,531	-1,430	-0,697	-0,058
p değeri		0,595	0,153	0,486	0,954
Dispne için inhaler ilaç kullanımı	Evet	51,01±18,52(12-84)/49,0	12,04±7,77(4-28)/9,0	22,43±6,01(4-28)/24,0	16,54±6,68(4-28)/16,5
	Hayır	49,77±19,82(16-77)/51,0	11,85±7,98(4-25)/8,0	21,92±6,75(6-28)/25,0	16±6,92(6-26)/16,0
Test değeri		-0,236	-0,006	-0,039	-0,330
p değeri		0,813	0,996	0,969	0,741
KOA H ile ilgili kontrollere düzenli gitme durumu	Evet ¹	51,77±18,86(12-84)/49,0	12,14±8,53(4-28)/8,0	22,92±5,57(4-28)/24,0	16,7±6,64(4-28)/16,5
	Hayır ²	46,48±16,85(12-80)/43,0	9,84±6,56(4-25)/7,0	21,45±5,76(4-28)/22,0	15,19±6,37(4-27)/14,0
	Kısmen ³	51,88±18,89(12-84)/53,0	12,73±7,51(4-28)/11,0	22,34±6,5(4-28)/24,5	16,81±6,84(4-28)/17,0
Test değeri		2,814	3,254	3,078	1,752
p değeri		0,245	0,197	0,215	0,416

Tablo 4.5. (devamı) Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastalık süresince ihtiyaç duyulan yardımı aileden/yakın çevreden alma durumu	Evet	53,98±16,19(17-84)/51,0	12,65±7,83(4-28)/10,0	23,83±3,7(7-28)/24,0	17,5±6,06(6-28)/17,0
	Hayır	19,38±10,13(12-45)/14,5	5,63±2,33(4-11)/4,0	7,56±5,67(4-22)/5,0	6,19±3,04(4-13)/4,5
Test değeri		-6,091	-3,626	-6,301	-6,024
p değeri		<0,0001***	<0,0001***	<0,0001***	<0,0001***
Üzüldeğinde veya mutlu olduğunda destekleyen birilerinin varlığı	Evet	54,08±16,19(17-84)/51,0	12,73±7,81(4-28)/10,0	23,83±3,76(7-28)/24,0	17,52±6,08(6-28)/17,0
	Hayır	20,41±10,63(12-45)/16,0	5,29±1,99(4-11)/4,0	8,53±6,54(4-22)/5,0	6,59±3,14(4-13)/5,0
Test değeri		-6,173	-4,053	-6,283	-6,069
p değeri		<0,0001***	<0,0001***	<0,0001***	<0,0001***
Alınan desteğin nasıl değerlendirildiği	Çok iyi ¹	60,46±16,31(36-84)/63,5	15,37±8,58(4-28)/17,5	25,6±2,09(22-28)/26,0	19,5±6,21(10-28)/21,0
	İyi ²	53,88±15,7(31-84)/51,0	12,39±7,76(4-28)/10	24,03±3,17(10-28)/24,0	17,47±6,04(7-28)/17,0
	Orta ³	45,37±12,27(17-71)/46,0	9,46±5,16(4-23)/8,0	21,11±4,39(7-27)/22,0	14,8±4,83(6-24)/14,0
	Kötü+çok kötü ⁴	19,71±9,75(12-45)/16,0	5,47±2,1(4-11)/4,0	7,82±5,83(4-22)/5,0	6,41±2,83(4-12)/5,0
Test değeri		54,050	23,204	67,933	48,945
p değeri		<0,0001***	<0,0001***	<0,0001***	<0,0001***
Post hoc		4<1,2,3; 3<1	4<1,2,3; 4<2	4<1,2,3; 3<1,2	4<1,2,3; 3<1
Hastalığın yaşamı ne kadar olumsuz etkilediği	Düşük ve orta düzeyde	58,43±19,85(12-84)/61,0	15,81±8,45(4-28)/17,0	23,78±5,85(4-28)/26,0	18,84±7,14(4-28)/20,0
	Yüksek düzeyde	48,99±17,77(12-84)/47,0	11,06±7,3(4-28)/8,0	22,03±6,07(4-28)/23,0	15,9±6,45(4-28)/16,0
Test değeri		-2,712	-2,923	-2,506	-2,378
p değeri		0,007**	0,003**	0,012*	0,017*
Sosyal aktivitelere katılma sıklığı	Katılmıyor ¹	45,51±17,48(12-83)/45,0	9,72±6,55(4-28)/7,5,0	21,15±6,94(4-28)/23,0	14,65±6,28(4-28)/14,0
	Haftada 1,2 kez ²	68,33±13,95(33-84)/73,0	19,92±6,22(4-28)/20,5	25,83±2,97(15-28)/27,0	22,58±5,44(8-28)/25,0
	Ayda 1,2 kez ³	60,3±12,83(36-84)/61,0	16,04±6,6(4-28)/16,0	24,85±2,7(17-28)/25,0	19,41±5,09(10-28)/20,0
	6 ayda 1 (çok seyrek) ⁴	47,1±18,9(26-84)/41,5	9,85±9,02(4-28)/6,0	21,8±4,1(11-28)/21,5	15,45±6,78(8-28)/15,0
Test değeri		38,215	41,206	25,897	33,700
p değeri		<0,0001***	<0,0001***	<0,0001***	<0,0001***
Post hoc		4<2,3; 1<2,3	4<2,3; 1<2,3	4<2,3; 1<2,3	1<2,3; 4<2

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,0001

Bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik özellikleri ve sigara kullanımı, egzersiz yapma durumu gibi hastalık özelliklerinin ÇBASDÖ Toplam, Aile, Özel Bir İnsan ve Arkadaş Alt Boyut puan ortalamaları ile karşılaştırılma sonuçları Tablo 4.5'te verilmiştir.

Yaş, yaşanan yer, aile yapısı, sigara kullanımı, KOAH'tan başka kronik hastalık varlığı, ailede KOAH varlığı, dispne için inhaler ilaç kullanımı ve KOAH ile ilgili kontrollere düzenli gitme ile ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Cinsiyet ile ÇBASDÖ Aile alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$), toplam, Özel Bir İnsan ve Arkadaş alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Erkeklerin kadınlara kıyasla ÇBASDÖ Aile alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Medeni durum, eğitim ve çalışma durumu ile ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Bekarların evlilere, okuryazar olmayanların ilköğretim, lise ve üniversite mezunlarına ve hastalığı nedeniyle çalışmayanların hastalık dışı nedenlerden dolayı çalışmayanlara kıyasla ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Birlikte yaşanan kişiler, sosyal güvence, ekonomik durum ile ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının ve pasif içicilik ile ÇBASDÖ toplam ve Aile alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$), pasif içicilik ile Özel Bir İnsan ve Arkadaş alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Yalnız yaşayanların ailesi ile yaşayanlara, sosyal güvencesi diğer kategorisinde olanların bağkur, SSK ve emekli sandığı olanlara, ekonomik durumu kötü ve çok kötü olanların çok iyi, iyi ve orta olanlara göre ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları ve pasif içici olmayanların olanlara göre ÇBASDÖ toplam ve Aile alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Egzersiz yapma durumu, hastalık süresince ihtiyaç duyulan yardımı aileden/yakın çevreden alma durumu, üzülduğünde veya mutlu olduğunda destekleyen birilerinin varlığı, alınan desteğin nasıl değerlendirildiği, hastalığın yaşamı ne kadar olumsuz etkilediği ve sosyal aktivitelere katılma sıklığı ile ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Egzersiz yapmayanların yapanlara, hastalık süresince ihtiyaç duyulan yardımı aileden/yakın çevreden almayanların alanlara, üzülduğünde veya mutlu olduğunda destekleyen birileri olmayanların olanlara,

aldıkları desteği kötü ve çok kötü değerdendirenlerin çok iyi, iyi ve orta değerdendirenlere, hastalıktan yüksek düzeyde olumsuz etkilenenlerin düşük ve orta düzeyde olumsuz etkilenenlere ve sosyal aktivitelere katılmayanların katılanlara kıyasla ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.



Tablo 4.6. Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre SGRQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=181)

		Toplam	Semptom	His	Aktivite
		Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med
Yaş	≤60 ¹	71,01±16,14(75,42)/30,52-92,85	71,33±16,56(73,91)/37,74-100	61,12±21,02(62,47)/13,91-95,25	88,15±14,62(92,51)/41,77-100
	61-75 ²	76,37±12,28(78,2)/27,7-94,16	78±15,86(82,91)/30,45-100	66,72±15,63(70,29)/21,5-92,7	92,38±11,59(100)/29,31-100
	76≥ ³	80,16±11,55(82,42)/48,54-94,12	81,83±14,93(82,67)/47,29-100	70,82±15,34(74,625)/28,42-88,93	95,6±8,86(100)/66,16-100
Test değeri		6,526	7,489	4,441	7,409
p değeri		0,038*	0,024*	0,109	0,025*
Post-hoc		1<3	1<3	-	1<3
Cinsiyet	Kadın	78,44±10,56(79,78)/57,15-94,12	77,54±15,62(81,46)/45,09-100	69,35±13,83(69,26)/46,19-88,93	94,84±7,53(100)/73,3-100
	Erkek	75,42±13,72(79,515)/27,7-94,16	77,26±16,25(81,735)/30,45-100	65,66±17,5(70,46)/13,91-95,25	91,5±12,7(100)/29,31-100
Test değeri		-0,731	-0,041	-0,791	-0,988
p değeri		0,465	0,967	0,429	0,323
Medeni durum	Evli	73,89±14,14(77,48)/27,7-94,16	74,44±16,51(77,75)/30,45-100	64,18±18,23(68,94)/13,91-95,25	90,6±13,29(100)/29,31-100
	Bekar	80,48±9,68(82,71)/51,23-94,12	83,7±13,2(87,925)/45,09-100	70,99±12,58(74,46)/35,51-88,93	95,35±7,68(100)/66,16-100
Test değeri		-3,015	-3,665	-2,302	-1,978
p değeri		0,003**	<0,0001***	0,021*	0,048*
Eğitim durumu	Okur-yazar değil ¹	81,64±11,53(84,72)/48,91-94,12	79,45±15,14(81,085)/50,55-100	73,91±14,59(78,185)/35,51-91,64	96,37±8,18(100)/68,27-100
	Okur-yazar ²	78,55±11,08(81,3)/45,85-92,66	82,59±12,69(84,39)/49,01-98,01	69,32±14,77(72,61)/21,5-89,09	92,49±8,58(92,51)/73,3-100
	İlköğretim ³	75,1±12,94(78,52)/30,52-94,16	76,85±15,75(79,26)/39,98-100	64,72±17,32(70,29)/13,91-95,25	92,32±10,99(100)/49-100
	Lise ve üniversite ⁴	65,56±17,42(65,565)/27,7-88,34	66,23±22,79(68,235)/30,45-100	57,77±16,99(57,15)/21,52-78,03	78,86±23,1(85,87)/29,31-100
Test değeri		13,790	5,544	12,840	12,381
p değeri		0,003**	0,136	0,005**	0,006**
Post-hoc		1>3,4	-	1>3,4	1>3,4

Tablo 4.6. (devamı) Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre SGRQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=181)

Çalışma durumu	Çalışıyor ¹	75,35±12,47(76,84)/47,48-94,12	74,42±16,83(78,6)/37,74-100	66,41±15,07(65,42)/36,3-88,93	91,51±13,18(100)/41,77-100
	Hastalık nedeniyle çalışmıyor ²	80,69±10,36(84,39)/52,95-94,16	81,16±11,8(81,86)/54,23-100	73,11±13,71(77,97)/37,69-92,7	93,7±9(100)/67,81-100
	Hastalık dışı nedenlerden dolayı çalışmıyor ³	74,42±14,05(77,9)/27,7-92,85	76,76±17,06(81,69)/30,45-100	63,86±17,91(70,29)/13,91-95,25	91,66±12,65(100)/29,31-100
Test değeri		7,262	2,101	10,602	0,339
p değeri		0,026*	0,350	0,005**	0,844
Post-hoc		2>3	-	2>3	
Yaşanılan yer	İl	75,1±14,66(79,43)/27,7-92,85	73,99±17,44(78,22)/30,45-100	66,27±17,5(70,29)/13,91-95,25	91,17±14,71(100)/29,31-100
	İlçe	76,32±12,72(79,28)/43,94-94,16	78,85±15,94(84,525)/45,09-100	65,92±17,37(70,57)/17,67-92,7	93,14±10,15(100)/55,18-100
	Köy	76,6±11,99(81,42)/43,14-92,75	79,96±13,74(83,515)/44,36-100	66,76±15,95(71,305)/28,29-89,09	92±9,99(96,685)/67,17-100
Test değeri		0,018	4,158	0,039	0,676
p değeri		0,991	0,125	0,981	0,713
Aile yapısı	Çekirdek aile	75,66±13,44(79,515)/27,7-94,16	77,05±16,25(81,12)/30,45-100	66,14±17,05(70,46)/13,91-95,25	91,59±12,4(100)/29,31-100
	Geniş aile	77,15±12,49(80,09)/44,16-92,78	78,47±15,64(82,91)/46,67-100	66,97±16,73(69,45)/21,5-89,09	94,25±10,02(100)/61,45-100
Test değeri		-0,538	-0,432	-0,215	-1,252
p değeri		0,590	0,666	0,830	0,211

Tablo 4.6. (devamı) Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre SGRQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Birlikte yaşanan kişiler	Yalnız yaşıyor ¹	78,73±11,58(82,65)/51,23-90,16	83,26±14,06(88,07)/45,09-97,55	68,34±14,88(73,99)/35,51-85,73	94,44±9,43(100)/66,16-100
	Eş ile ²	71,19±15,03(73,47)/27,7-92,78	71,86±15,8(75,11)/39,98-100	60,91±18,91(63,45)/13,91-91,64	88,83±14,84(93,765)/29,31-100
	Çocuklar ile ³	81,45±8,13(82,91)/61,71-94,12	85,36±11,57(86,98)/59,32-100	71,95±11,21(74,425)/43,27-88,93	95,96±6,33(100)/79,14-100
	Eş ve çocuklar ile ⁴	76,32±13,26(79,745)/47,48-94,16	73,87±17,6(78,44)/30,45-100	68,62±17,4(73,3)/22,3-95,25	91,16±12,57(96,685)/41,77-100
	Geniş aile (eş, çocuklar, torunlar) ⁵	76,34±12,91(78,2)/44,16-92,78	79,17±15,55(82,91)/46,67-100	65,67±16,96(68,28)/21,5-89,09	93,47±10,54(100)/61,45-100
Test değeri		12,057	20,512	8,551	6,186
p değeri		0,017*	<0,0001***	0,073	0,186
Post-hoc		2<3	2<3,1	-	
Sosyal güvence	Bağ_kur ¹	75,59±13,8(80,73)/30,52-92,78	78,66±13,95(79,26)/46,67-100	65,39±18,18(70,32)/13,91-91,64	91,77±12,5(100)/49-100
	SSK ²	74,86±14,24(78,82)/27,7-94,12	76,12±18,48(82,91)/30,45-100	65,06±17,47(70,29)/17,67-95,25	91,34±13,15(100)/29,31-100
	Emekli sandığı ³	72,71±8,03(73,495)/58,11-86,45	72,72±14,71(75,43)/47,29-91,05	62,1±12,2(61,35)/43,22-81,94	91,29±10,59(92,935)/66,16-100
	Diğer ⁴	80,08±10,75(85,15)/52,95-94,16	79,72±13,19(83,35)/44,36-100	71,94±14,41(77,97)/37,69-92,7	94,52±8,64(100)/73,3-100
Test değeri		7,177	1,873	7,411	1,690
p değeri		0,066	0,599	0,060	0,639
Ekonomik durum	Çok iyi+iyi ¹	69,41±17,48(69,495)/27,7-92,78	72,38±21,78(76,73)/30,45-100	56,97±21,3(58,975)/17,67-86,39	89,56±17,58(100)/29,31-100
	Orta ²	75,57±13,71(79,6)/30,52-94,16	75,65±16,44(78,35)/39,98-100	65,77±17,68(70,29)/13,91-95,25	92,68±11,45(100)/49-100
	Kötü ³	76,78±11,63(80,67)/47,48-92,56	80,06±13,66(81,86)/37,74-100	67,33±15,07(72,83)/36,3-91,64	91,52±12,34(100)/41,77-100
	Çok kötü ⁴	78,99±11,15(82,17)/51,23-92,78	79,44±14,99(84,3)/44,36-100	70,9±13,81(74,25)/35,51-88,93	92,92±9,2(100)/73,3-100
Test değeri		4,651	2,035	6,262	0,535
p değeri		0,199	0,565	0,100	0,911

Tablo 4.6. (devamı) Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre SGRQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sigara kullanımı	Hiç içmemiş ¹	78,76±10,65(80,49)/56,84-94,12	76,57±17,46(82,185)/30,45-100	70,47±13,43(72,475)/39,19-88,93	94,49±8,27(100)/72,29-100
	İçiyor ²	72,89±13,51(76)/43,94-92,85	76,69±15,47(81,78)/37,74-100	60,84±19,1(62,29)/17,67-95,25	91,9±11,84(100)/41,77-100
	Bırakmış ³	75,87±13,82(80,38)/27,7-94,16	77,7±15,96(81,235)/39,98-100	66,45±17,07(72,575)/13,91-92,7	91,36±13,02(100)/29,31-100
Test değeri		2,766	0,197	4,363	1,050
p değeri		0,251	0,906	0,113	0,591
Pasif içicilik	Evet	71,44±13,91(74,79)/43,14-92,85	73,48±16,33(76,32)/37,74-100	60,66±18,39(62,29)/17,67-95,25	89,19±13,62(93,37)/41,77-100
	Hayır	77,42±12,73(81,245)/27,7-94,16	78,57±15,89(83,025)/30,45-100	68,15±16,09(73,53)/13,91-92,7	93,03±11,34(100)/29,31-100
Test değeri		-2,660	-1,914	-2,583	-1,816
p değeri		0,008**	0,056	0,010*	0,069
Egzersiz yapma durumu	Düzenli olarak yapıyor	66,85±16,1(68,765)/27,7-94,16	73,01±17,46(76,9)/30,45-98,01	54,14±20,11(53,59)/13,91-92,7	85,74±15,67(86,65)/29,31-100
	Yapmıyor	79,03±10,53(81,71)/47,48-94,12	78,77±15,41(82,91)/37,74-100	70,43±13,5(73,77)/28,42-95,25	94,23±9,66(100)/41,77-100
Test değeri		-4,674	-1,864	-5,002	-3,831
p değeri		<0,0001***	0,062	<0,0001***	<0,0001***
KOAH'tan başka kronik hastalık varlığı	Evet	75,43±13,86(78,82)/27,7-94,16	77,06±16,99(81,69)/30,45-100	65,63±17,55(70,13)/13,91-95,25	91,69±12,71(100)/29,31-100
	Hayır	77,61±10,96(80,67)/48,54-89,96	78,1±12,87(80,99)/49,01-97,55	68,46±14,78(73,77)/28,42-86,51	93,36±9,43(100)/67,81-100
Test değeri		-0,491	-0,244	-0,778	-0,382
p değeri		0,624	0,807	0,437	0,702
Ailede KOAH varlığı	Evet	77,11±12,18(80,09)/45,85-94,16	77,76±16,32(79,26)/37,74-100	68,19±15,64(70,82)/21,5-92,7	92,38±11,1(100)/41,77-100
	Hayır	75,14±13,93(79,335)/27,7-92,85	77±16,03(81,885)/30,45-100	65±17,74(70,25)/13,91-95,25	91,86±12,65(100)/29,31-100
Test değeri		-0,655	-0,247	-0,871	-0,022
p değeri		0,512	0,805	0,384	0,982

Tablo 4.6. (devamı) Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre SGRQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Dispne için inhaler ilaç kullanımı	Evet	76,8±12,75(80,17)/27,7-94,16	77,97±16,22(82,76)/30,45-100	67,45±16,06(71,08)/13,91-95,25	92,52±12,13(100)/29,31-100
	Hayır	64,79±15,06(63,91)/43,94-86,77	68,74±11,9(67,14)/49,93-90,64	51,25±21,41(50,36)/17,67-80,19	86,34±9,15(85,87)/73,3-100
Test değeri		-2,821	-2,294	-2,613	-2,597
p değeri		0,005**	0,022*	0,009**	0,009**
KOAH ile ilgili kontrollere düzenli gitme durumu	Evet ¹	79,09±11,77(82,375)/27,7-94,16	80,94±16,35(87,285)/39,98-100	69,63±15,06(73,77)/21,52-95,25	94,64±11,4(100)/29,31-100
	Hayır ²	75,21±12,16(80,73)/51,23-92,56	72,38±15,23(73,93)/44,36-98,01	67,14±15,8(72,32)/34,14-87,49	90,9±9,14(92,51)/73,3-100
	Kısmen ³	73,84±14,31(77,255)/30,52-92,78	76,38±15,8(80,49)/30,45-100	63,49±18,32(69,1)/13,91-91,64	90,59±13,13(100)/41,77-100
Test değeri		5,112	8,640	3,724	7,255
p değeri		0,078	0,013*	0,155	0,027*
Post-hoc			1>2		1>3
Hastalık süresince ihtiyaç duyduğu yardımı aileden/yakın çevreden alma durumu	Evet	75,12±13,53(78,2)/27,7-94,16	76,88±16,37(80,78)/30,45-100	65,13±17,21(69,89)/13,91-95,25	91,65±12,42(100)/29,31-100
	Hayır	84,33±4,83(86,055)/73,69-90,16	81,68±12,64(85,68)/54,23-97,55	78,24±6,48(79,075)/62,12-85,73	96,46±5,1(100)/85,87-100
Test değeri		-2,851	-0,995	-3,404	-1,165
p değeri		0,004**	0,320	0,001**	0,244
Üzülüşünde veya mutlu olduğunda destekleyen birilerinin varlığı	Evet	75,05±13,52(78,05)/27,7-94,16	76,84±16,44(81,12)/30,45-100	65±17,15(69,76)/13,91-92,7	91,68±12,45(100)/29,31-100
	Hayır	84,4±5,3(85,93)/73,69-92,85	81,77±11,89(85,68)/54,23-97,55	78,67±7,44(78,59)/62,12-95,25	95,88±5,49(100)/85,87-100
Test değeri		-2,959	-0,956	-3,516	-0,929
p değeri		0,003**	0,339	<0,0001***	0,353

Tablo 4.6. (devamı) Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre SGRQ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Alınan desteğin nasıl değerlendirildiği	Çok iyi ¹	72,16±15,21(75,78)/27,7-94,16	79,46±14,91(85,435)/44,51-100	59,43±19,21(61,61)/13,91-92,7	90,46±14,27(97,08)/29,31-100
	İyi ²	76,39±12,28(80,25)/44,16-94,12	74,72±17,65(78,85)/30,45-100	68,09±14,8(70,82)/28,42-91,64	91,84±12,21(100)/41,77-100
	Orta ³	76,59±13,19(78,83)/43,14-92,56	77,11±15,5(78,35)/46,73-100	66,98±17,35(73,77)/17,67-87,49	93,15±9,97(100)/67,17-100
	Kötü+çok kötü ⁴	84,05±5,86(85,93)/72,88-92,85	82,8±11,8(85,68)/54,23-97,55	77,71±8,28(78,4)/62,12-95,25	95,84±5,57(100)/85,87-100
Test değeri		11,087	4,125	16,817	1,544
p değeri		0,011*	0,248	0,001**	0,672
Post hoc		4>1		4>1	
Hastalığın yaşamı ne kadar olumsuz etkilediği	Düşük ve orta düzeyde	61,3±14,74(59,62)/27,7-91,98	65,72±16,55(61,55)/37,74-98,01	48,84±18,23(49,17)/13,91-85,52	80,72±16,92(80,8)/29,31-100
	Yüksek düzeyde	79,69±9,84(82,34)/43,14-94,16	80,28±14,62(83,525)/30,45-100	70,77±13,38(74,01)/28,29-95,25	94,99±8,24(100)/66,16-100
Test değeri		-6,624	-4,510	-6,230	-5,835
p değeri		<0,0001***	<0,0001***	<0,0001***	<0,0001***
Sosyal aktivitelere katılma sıklığı	Katılmıyor ¹	81,17±9,33(83,615)/43,94-94,16	80,53±15,88(85,68)/30,45-100	72,77±12,48(75,395)/17,67-92,7	96,24±7,07(100)/72,29-100
	Haftada 1,2 kez ²	62,8±13,31(63,105)/30,52-84,39	72,88±15(76,9)/37,74-92,82	47,21±16,52(48,495)/13,91-81,58	84,59±15,93(86,63)/41,77-100
	Ayda 1,2 kez ³	67,2±15,49(66,97)/27,7-88,64	69,61±16,47(67,29)/44,36-95,03	57,24±17,77(57,27)/21,52-81,27	83,31±17,06(85,87)/29,31-100
	6 ayda 1 (çok seyrek) ⁴	74,67±11,62(75,19)/51,23-92,85	75,26±13,91(76,03)/45,09-100	65,77±15,73(66,39)/35,51-95,25	89,94±9,59(86,25)/66,16-100
Test değeri		48,777	15,038	48,266	34,764
p değeri		<0,0001***	0,002**	<0,0001***	<0,0001***
Post hoc		1>2,3	1>3	1>2,3; 4>2	1>2,3; 4>2

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,0001

Bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik özellikleri ve sigara kullanımı, egzersiz yapma durumu gibi hastalık özelliklerinin SGRQ Toplam, Semptom, His ve Aktivite Alt Boyut puan ortalamaları ile karşılaştırılması Tablo 4.6’da verilmiştir.

Yaş ile SGRQ toplam, Semptom ve Aktivite alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$), His alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). 60 yaş ve altındaki bireylerin, 76 yaş ve üstündeki bireylere kıyasla SGRQ toplam, Semptom ve Aktivite alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Cinsiyet, yaşanılan yer, aile yapısı, sosyal güvence, ekonomik durum, sigara kullanımı, KOAH’tan başka kronik hastalık varlığı ve ailede KOAH varlığı ile SGRQ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Medeni durum ile SGRQ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının ve eğitim durumu ile SGRQ toplam, His ve Aktivite alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$), eğitim durumu ile Semptom alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Bekarların evlilere kıyasla SGRQ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları ve okuryazar olmayanların ilköğretim, lise ve üniversite mezunlarına kıyasla SGRQ toplam, His ve Aktivite alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Çalışma durumu ile SGRQ toplam ve His alt boyut puan ortalamalarının ve birlikte yaşanılan kişiler ile SGRQ toplam ve Semptom alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$), çalışma durumu ile Semptom ve Aktivite alt boyut puan ortalamalarının ve birlikte yaşanılan kişiler ile His ve Aktivite alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Hastalığı nedeniyle çalışmayanların hastalık dışı nedenlerden dolayı çalışmayanlara göre SGRQ toplam ve His alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek ve eşi ile yaşayanların çocukları ile yaşayanlara veya yalnız yaşayanlara göre SGRQ toplam ve Semptom alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır.

Pasif içicilik ile SGRQ toplam ve His alt boyut puan ortalamalarının ve egzersiz yapma ile SGRQ toplam ve His, Aktivite alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$), pasif içicilik ile Semptom ve Aktivite alt boyut puan ortalamalarının ve egzersiz yapma ile Semptom alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Pasif içici olanların olmayanlara göre SGRQ toplam

ve His alt boyut puan ortalamaları ve düzenli egzersiz yapanların yapmayanlara göre SGRQ toplam ve His, Aktivite alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Dispne için inhaler ilaç kullanımı ile SGRQ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının ve KOAH ile ilgili kontrollere düzenli gitme ile SGRQ Semptom ve Aktivite alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$), KOAH ile ilgili kontrollere düzenli gitme ile toplam ve His alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Dispne için inhaler ilaç kullananların kullanmayanlara göre SGRQ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları ve düzenli kontrole gidenlerin gitmeyenlere veya kısmen gidenlere göre SGRQ Semptom ve Aktivite alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Hastalık süresince ihtiyaç duyulan yardımı aileden/yakın çevreden alma durumu, üzüldüğünde veya mutlu olduğunda destekleyen birilerinin varlığı ve alınan desteğin nasıl değerlendirildiği ile SGRQ toplam ve His alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$), hastalık süresince ihtiyaç duyulan yardımı aileden/yakın çevreden alma durumu, üzüldüğünde veya mutlu olduğunda destekleyen birilerinin varlığı ve alınan desteğin nasıl değerlendirildiği ile Semptom ve Aktivite alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Hastalık süresince ihtiyaç duyulan yardımı aileden/yakın çevreden alanların almayanlara, üzüldüğünde veya mutlu olduğunda destekleyen birileri olanların olmayanlara ve aldığı desteği çok iyi değerlendirenlerin kötü ve çok kötü değerlendirenlerle kıyasla SGRQ toplam ve His alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Hastalığın yaşamı ne kadar olumsuz etkilediği ve sosyal aktivitelere katılma sıklığı ile SGRQ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Hastalıktan yüksek düzeyde olumsuz etkilenenlerin düşük ve orta düzeyde olumsuz etkilenenlere ve sosyal aktivitelere katılmayanların katılanlara göre SGRQ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.7. ÇBASDÖ, CAT, MBS, SGRQ Puanları Arasındaki İlişki

Spearman's rho korelasyon değerleri

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ÇBASDÖ	r	1,000									
	p	.									
Aile	r	,920***	1,000								
	p	<0,0001	.								
Özel Bir İnsan	r	,898***	,749***	1,000							
	p	<0,0001	<0,0001	.							
Arkadaş	r	,974***	,869***	,863***	1,000						
	p	<0,0001	<0,0001	<0,0001	.						
CAT	r	-,357***	-,386***	-,248**	-,325***	1,000					
	p	<0,0001	<0,0001	,001	<0,0001	.					
MBS	r	-,097	-,133	-,011	-,069	,607***	1,000				
	p	,194	,075	,882	,354	<0,0001	.				
SGRQ	r	-,421***	-,418***	-,331***	-,393***	,749***	,661***	1,000			
	p	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001				
Semptom skoru	r	-0,119	-,164*	-0,048	-0,084	,640***	,568***	,640***	1,000		
	p	0,111	0,027	0,517	0,260	<0,0001	<0,0001	<0,0001			
His skoru	r	-,459***	-,452***	-,371***	-,437***	,657***	,550***	,946***	,430***	1,000	
	p	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001		
Aktivite skoru	r	-,237**	-,214**	-,186*	-,216**	,601***	,610***	,750***	,425***	,626***	1,000
	p	0,001	0,004	0,012	0,003	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	

*p<0,05; **p<0,01, *** p<0,0001

Ölçeklerin puanları arasındaki ilişki Tablo 4.7’de verilmiştir. ÇBASDÖ Toplam, Aile, Özel Bir İnsan ve Arkadaş Alt Boyutları ile CAT arasında anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzey bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $r=-0,357$, $r=-0,386$, $r=-0,248$, $r=-0,325$; $p\leq 0,001$).

ÇBASDÖ Toplam, Aile, Özel Bir İnsan ve Arkadaş Alt Boyutları ile MBS arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (sırasıyla; $r=-0,097$, $r=-0,133$, $r=-0,011$, $r=-0,069$; $p>0,05$).

ÇBASDÖ Toplam ile SGRQ Semptom Alt Boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($r=-0,119$; $p>0,05$); SGRQ Toplam ve His Alt Boyutu arasında anlamlı, negatif yönlü ve orta düzey, Aktivite Alt Boyutu arasında anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzey bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $r=-0,421$, $r=-0,459$, $r=-0,237$; $p\leq 0,001$).

ÇBASDÖ Aile Alt Boyutu ile SGRQ Toplam arasında anlamlı, negatif yönlü ve orta düzey, Semptom, His ve Aktivite Alt Boyutları arasında anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzey bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $r=-0,418$, $r=-0,164$, $r=-0,452$, $r=-0,214$; $p<0,05$).

ÇBASDÖ Özel Bir İnsan Alt Boyutu ile SGRQ Semptom Alt Boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($r=-0,048$; $p>0,05$), SGRQ Toplam, His ve Aktivite Alt Boyutları arasında anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzey bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $r=-0,331$, $r=-0,371$; $p<0,0001$, $r=-0,186$; $p=0,012$).

ÇBASDÖ Arkadaş Alt Boyutu ile SGRQ Semptom Alt Boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($r=-0,084$; $p>0,05$), SGRQ Toplam, His ve Aktivite Alt Boyutları arasında anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzey bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $r=-0,393$, $r=-0,437$; $p<0,0001$, $r=-0,216$; $p=0,003$).

CAT ile MBS arasında anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,607$; $p<0,0001$).

CAT ile SGRQ Toplam arasında anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzey, Semptom, His ve Aktivite Alt Boyutları arasında pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $r=0,749$, $r=0,640$, $r=0,657$, $r=0,601$; $p<0,0001$).

MBS ile SGRQ Toplam, Semptom, His ve Aktivite Alt Boyutları arasında anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $r=0,661$, $r=0,568$, $r=0,550$, $r=0,610$; $p<0,0001$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, KOAH'lı bireylerin dispne, sosyal destek, yaşam kalitesi düzeylerini ve sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatür kapsamında tartışılmıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgular dört ana başlıkta tartışılmıştır.

1. KOAH'lı bireylerin dispne şiddetini etkileyen tanıtıcı özelliklerin tartışılması
2. KOAH'lı bireylerin algıladıkları sosyal desteği etkileyen tanıtıcı özelliklerin tartışılması
3. KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesi düzeyini etkileyen tanıtıcı özelliklerin tartışılması
4. KOAH'lı bireylerde dispne, sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin tartışılması

5.1. KOAH'lı Bireylerin Dispne Şiddetini Etkileyen Tanıtıcı Özelliklerin Tartışılması

Çalışmaya katılan KOAH'lı bireylerin, MBS puan ortalaması $7,56 \pm 2,14$ 'tür. Güneş Yapucu ve ark.'nın (2012) çalışmasında bireylerin MBS puan ortalaması $4,20 \pm 2,10$ olarak belirlenmiştir [139]. Yapılan başka bir çalışmada KOAH'lı bireylerin bir gündeki MBS puan ortalaması $3,2 \pm 2,3$ olarak bildirilmiştir [140]. Bu çalışmada bireylerin dispne şiddetinin literatürle kıyaslandığında daha yüksek ve çok ciddi şiddette olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni sosyokültürel farklılık, bireylerin tanı alma sürelerindeki farklılık, çalışmaların yapıldığı bölgelerin, iklimin farklı olması gibi birçok sosyodemografik faktör olabilir.

Bu çalışmada egzersiz yapmayanların, düzenli egzersiz yapanlara göre daha şiddetli dispne yaşadığı görülmüştür. Hülya ve ark.'nın (2020) KOAH'lı bireyleri yürüme mesafesine göre dört gruba ayırarak yaptığı çalışmada, yürüme mesafesi en uzun olan grubun dispne algısının en düşük olduğu bildirilmiştir [141]. Ünal ve ark.'nın (2018) yaptığı çalışmada bir ay boyunca sabah ve akşam 6 dakika yürüyüş yaptırılan hastalarda dispne düzeyinde azalma saptandığı bildirilmiştir [142]. Çalışma sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir. Düzenli egzersiz yapan bireylerin akciğer fonksiyonlarının iyileşeceği dispne şiddetini daha az algılayacağı düşünülmektedir.

Sharma ve ark. (2019) çalışmasında evde oksijen tedavisi alanların dispne düzeyini etkilediği bildirilmiştir [37]. Yapılan başka bir çalışmada da benzer şekilde dispne şiddeti

arttıkça evde oksijen tedavisi alma süresinin de arttığı saptanmıştır [39]. İlaç kullanımının yanı sıra, ilaçları doğru bir şekilde kullanmanın dispne şiddetini iyileştirdiği bilinmektedir [143]. Bu çalışmada dispne için inhaler ilaç kullananların, kullanmayanlara göre daha şiddetli dispne yaşadığı görülmüştür. Bu sonuç literatür ile benzerlik göstermekte olup, dispne şiddetini daha çok yaşayan bireylerin dispneyi gidermek için ilaç kullanmalarından kaynaklanmış olabilir. Dispne, bireyin kendi algıladığı bir semptom olduğu için sonuçlar arasında farklılıklar olabileceği de düşünülmekle birlikte, herhangi bir hastalıkta olduğu gibi KOAH'ta da ilaç kullanan bireylerin dispne ve semptom yükünün daha fazla olabileceği düşünülmektedir.

KOAH evresinin artması dispne şiddetinin fiziksel alt boyut puanlarını artırmaktadır [39]. Bu çalışmada hastalığın bireyin yaşamını olumsuz etkileme derecesi arttıkça dispne şiddetinin de arttığı belirlenmiştir. Yenilmez ve ark.'nın (2018) KOAH'lı bireylerle yaptığı çalışmada, dispne şiddeti arttıkça; sosyal katılım, kendine zaman ayırma, fiziksel, ev işleri ve dini aktivitelerinin etkilendiği ve anlamlı derecede azaldığı bildirilmiştir [112]. Bu çalışmanın sonucunda da sosyal aktivitelere katılmayan bireylerin katılan bireylere kıyasla dispne şiddetini daha fazla hissettiği saptanmıştır. Hastalıktan olumsuz etkilenme düzeyi artan bireylerin dispne şiddetini daha fazla hissetmesi semptom yükünün artması nedeniyle olabileceği, sosyal aktivitelere katılımın dispne şiddetinin fazla hissedilmesi sonucunda azaldığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada bireylerin CAT puan ortalaması $30,58 \pm 7,15$ olarak saptanmıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda ise CAT puan ortalaması, Kar ve Zengin [113] $26,97 \pm 5,25$, Sarioğlu ve ark. [144] $22,6 \pm 9,2$, Fazekas-Pongor ve ark. [145] $24,8 \pm 8,8$ ve Rehman ve ark. [146] tarafından $20,05 \pm 7,62$ olarak bildirilmiştir. Çalışmada bireylerin CAT puan ortalamalarının literatüre göre biraz daha yüksek olduğu görülmektedir. Bireylerin semptomları ağır/çok ağır algıladığı ve sağlık durumunun çok etkilendiği/çok fazla bozulduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamaları, cinsiyet oranları gibi demografik özelliklerin farklı olmasının CAT puan ortalamalarını etkilediği düşünülmektedir.

KOAH'ta artan yaş ile beraber kaslarda zayıflama, bireyin algısının azalması, fiziksel aktivitede azalma ve bilişsel bozukluk görülmekte, bireyin sağlık durumu olumsuz etkilenmektedir [147]. Kar ve Zengin'in (2019) çalışmasında 80 yaş ve üzerindeki bireylerin CAT puanları daha yüksektir [113]. Yapılan başka bir çalışmada bireylerin yaşının CAT puanını etkilemediği bildirilmiştir [148]. Bu çalışmada 60 yaşın altında olan

bireylerin, 60 yaş üzerinde olan bireylere göre CAT puan ortalamaları daha düşüktür. Bu farklılık çalışmalardaki diğer sosyodemografik özelliklerden kaynaklanmış olabilir. Yaşın ilerlemesi ile beraber bireylerin kendilerini daha güçsüz hissettiği, daha az hareket ettiği ve fiziksel sağlığın etkilendiği düşünülmektedir. Dolayısıyla semptom yükü daha şiddetli algılanmış olabilir.

KOAH'lı bireyler yaşanan semptomlar nedeniyle günlük yaşamlarında, fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını yerine getirirken zorluklarla karşılaşmaktadır [149]. Karşılaşılan zorluklarla baş ederken yakın akraba ve arkadaşlardan alınan desteğin KOAH'lı bireyler için değerli olduğu bilinmektedir [25]. Yapılan bir çalışmada KOAH'lı olan bekar bireylerin CAT puanlarının evli bireylerden daha yüksek olduğu görülmüştür [113]. Bu çalışmada da evlilerin bekarlara ve eşi ile yaşayanların, çocukları ile yaşayanlara göre CAT puan ortalamaları daha düşüktür. Bekar olan bireylerin semptomlar ile baş etmede zorlanabileceği, tedavi rejimlerine uyum sağlamakta güçlük yaşayabileceği ve sağlık durumun bozulacağı düşünülmektedir. Bireylerin eşlerinin yanında kendilerini daha rahat ve güvende hissettiği, eş desteğini daha önde tuttukları; sağlık durumlarını daha iyi algıladıkları ve semptom yükünün hafif hissedildiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada sigara içen ve pasif içici olan bireylerin CAT puan ortalamaları daha düşüktür. Literatür incelendiğinde sigara kullanmanın CAT puanını etkilemediğini bildiren çalışmalar mevcuttur [148, 150]. Riesco ve ark.'nın (2017) 1610 KOAH'lı birey ile yürüttüğü çalışmada ise sigara içen bireylerin CAT puanı daha düşük bulunmuştur [151]. Sigara dumanının bireylerde öksürük, balgam gibi semptomların ağırlaşmasına neden olduğu bilinmektedir [152]. Bu sonucun bireylerin sigaranın stresi azalttığını düşünmesi, sigaraya farklı anlamlar yüklemesinden etkilenmiş olabileceği, hiç sigara içmemiş ve bırakmış olanların sigara dışında başka risk faktörlerine maruziyetlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Miravitlles ve ark.'nın (2019) yürüttüğü araştırmada CAT puanı yüksek olan bireylerin 6 dakika yürüme testinden aldıkları puanın daha düşük olduğu bildirilmiştir [148]. KOAH'lı bireyler için pulmoner rehabilitasyon programlarında da egzersiz kapasitesinin artırılmasının bireyin sağlığı için önem taşıdığı literatür tarafından desteklenmektedir [153 ve 154]. Fiziksel aktivitede azalma semptomlar nedeniyle olabilirken, fiziksel aktivitenin artırılması hastalığın gidişatını olumlu etkileyebilir [32]. Bu çalışmada egzersiz yapmayan bireylerin CAT puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Egzersiz yapan bireylerin fiziksel sağlığının daha iyi durumda olacağı, kilo kontrolünün

sağlanabileceği, bireyin kendisini daha zinde hissedeceği özellikle solunum semptomlarının hafif şiddette olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada dispne için inhaler ilaç kullanan bireylerin, kullanmayan bireylere göre CAT puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada solunum yolu için kullanılan ilaç sayısının CAT puanını etkilediği, tedaviyi doğru uygulamayan ya da tedavi görmeyen bireylerin ise CAT puanlarının arttığı bildirilmiştir [155]. Yapılan başka bir çalışmada ilaçları düzenli kullanmanın CAT puanını etkilemediği ancak evde oksijen tedavisi alan bireylerin CAT puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir [113]. Bu çalışmanın sonucunda ilaç kullananların CAT puan ortalamalarının fazla olması, hastalık şiddeti daha çok olan bireylerin ilaç kullanmaya başvurmalarından kaynaklanmış olabilir.

Kontrollere düzenli giden KOAH'lı bireylerin FEV1 değeri, alevlenme sayısı daha düşük olup; kılavuza uygun inhaler tedavi aldığı ve inhaler ilaçları daha doğru kullandığı bilinmektedir [156]. Bu çalışmada kontrole düzenli giden bireylerin CAT puan ortalamaları, gitmeyen ve kısmen giden bireylere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Kontrole düzenli giden bireylerin semptomları tanıyabildiği ve daha kolay kontrol altına alabildiği, tedavilerini daha doğru uyguladıkları dolayısıyla semptom kontrolünü sağlayabildiği, sağlık durumunun daha iyi olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın sonucunda düzenli kontrole giden bireylerin CAT puan ortalamalarının fazla olması sağlık durumu daha kötü olan bireylerin daha fazla ve daha düzenli kontrole gitmesinden kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmada KOAH'lı bireylerin hastalığı süresince ihtiyaç duyduğu yardımı ailesinden/yakın çevresinden alanların almayanlara ve üzüldüğünde veya mutlu olduğunda destekleyen birileri olanların olmayanlara göre CAT puan ortalamaları daha düşüktür. Yakın çevresi tarafından desteklenen, duygu ve düşünceleri paylaşılan, çevresi ile temas halinde olan KOAH'lı bireylerin; semptomlarının daha hafif seyrettiği, sağlık durumunun daha iyi, semptomlarının daha az olduğu söylenebilir. Bu çalışmada bireylerin hastalıktan olumsuz etkilenme düzeyleri arttıkça CAT puan ortalamaları da artmıştır. KOAH'lı bireylerin dispne, göğüs ağrısı gibi semptomlar nedeniyle karşılaştığı endişe, korku, panik haline sosyalleşme yardımcı olabilir [157]. Bu çalışmada da sosyal aktivitelere katılma sıklığı arttıkça CAT puan ortalamalarının azaldığı görülmektedir. Bireylerin sosyal ortamlarda, hissettiği olumsuz düşüncelerini ve duygalarını anlatmasının kötü sağlık durumuyla mücadele etmede fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

5.2. KOAH'lı Bireylerin Algıladıkları Sosyal Desteği Etkileyen Tanıtıcı Özelliklerin Tartışılması

Çalışmaya katılan KOAH'lı bireylerin, ÇBASDÖ puan ortalamaları; toplam $50,92 \pm 18,56$ ve alt boyutları sırasıyla Aile $12,03 \pm 7,77$, Özel Bir İnsan $22,39 \pm 6,05$, Arkadaş $16,50 \pm 6,68$ 'dir. Korkmaz ve Tel'in (2010) çalışmasında ÇBASDÖ puan ortalamaları; toplam $53,26 \pm 18,62$, Aile Desteği $19,92 \pm 7,84$, Arkadaş Desteği $15,22 \pm 7,63$ ve Özel Kişi Desteği $18,05 \pm 8,69$ olarak belirlenmiştir [43]. Ünsal ve Karakurt'un (2021) çalışmasında ÇBASDÖ puan ortalamaları; toplam $54,71 \pm 16,80$, alt boyutlarından aile $20,58 \pm 6,58$, arkadaş $14,63 \pm 7,40$ ve özel bir insan $19,50 \pm 7,18$ olarak bildirilmiştir [158]. Bireylerin algıladıkları sosyal destek, literatür ile benzer nitelikte olup; algılanan aile desteğinin daha az olduğu belirlenmiştir.

Arslandaş ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada sosyal desteğin cinsiyet farklılığından etkilenmediği ancak, kadınların sosyal destek puanının erkeklerden yüksek olduğu bildirilmiştir [29]. Ünsal ve Karakurt'un (2021) çalışmasında erkeklerde arkadaş desteğinin daha yüksek olduğu bulunmuştur [158]. Bu çalışmada ise erkeklerin, kadınlara göre algıladıkları aile desteği daha yüksektir. Bu farklılığın nedeni çalışmaya katılan erkek birey sayısının daha fazla olması ile ilişkili olabileceği gibi; evli erkeklerin eş desteğine verdiği önem ile de ilişkili olabilir.

Bu çalışmada evli bireylerin algıladıkları sosyal destek bekarlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Chen ve ark.'nın (2017) çalışmasında evli olmanın sosyal desteği etkilemediği bildirilmiştir [45]. Yapılan farklı çalışmalarda ise evli olan bireylerin sosyal desteğinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir [158 ve 159]. Evli bireylerin, eş desteğine sahip olmasının önemli bir sosyal destek kaynağına da sahip olduğu ve sosyal etkileşime daha kolay geçebildiği dolayısıyla daha çok sosyal destek alabildiği düşünülmektedir.

Ünsal ve Karakurt'un çalışmasında (2021) bireylerin eğitim durumunun algılanan sosyal desteği etkilemediği bildirilmiştir [158]. Yapılan başka bir çalışmada eğitim seviyesinin aile desteğini etkilemediği ancak arkadaş desteğini etkilediği; eğitim seviyesi arttıkça algılanan arkadaş desteğinin de arttığı bildirilmiştir [42]. Bu çalışmada ise okuryazar olmayanların, ilköğretim, lise ve üniversite mezunlarına göre algıladıkları sosyal destek daha kötüdür. Eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin; özgüveni daha yüksek, iletişime daha açık ve daha geniş sosyal ağa sahip olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada KOAH nedeniyle çalışmayan bireylerin algıladıkları sosyal destek, KOAH dışındaki nedenlerden dolayı çalışmayanlara göre daha kötüdür. Yapılan bir

çalışmada, çalışma durumunun sosyal desteği etkilemediği bildirilmiştir [29]. Başka bir çalışmada KOAH'lı bireyler eskisi gibi çalışmadığını, işe giderken zorlandığını ve isteksiz olduğunu ifade etmişlerdir [160]. Tel Aydın ve ark. (2012) çalışmasında hastalığından dolayı çalışmadığını ifade eden bireylerin bu durumdan maddi ve manevi olumsuz etkilendiği belirlenmiştir [161]. KOAH nedeniyle çalışmayan bireylerin, iş kaybına uğramış olması aynı zamanda iş arkadaşları ile iletişimlerinin azalmasına ya da kopmasına neden olabileceği algılanan sosyal desteğin azalacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada yalnız yaşayan KOAH'lı bireylerin algıladıkları sosyal destek daha düşüktür. Yapılan başka bir çalışmada ise birlikte yaşanan kişilerin algılanan sosyal desteği etkilemediği belirlenmiştir [162]. Tel Aydın ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada KOAH'lı bireyler, nefes darlığı yaşadığında tek başına baş etme düşüncesinin korkutucu olduğunu ve eş desteğinin önemli olduğunu ifade etmişlerdir [161]. Shirvani ve ark.'nın (2020) İran'da yaptığı çalışmada KOAH'lı yaşlı bireylerin çoğunun eş veya çocukları ile yaşadığını ve bu durumun sosyal destek düzeyini ve aile desteğini artırdığını bildirmiştir [163]. Yalnız yaşayan bireylerin sosyal etkileşime geçtiği birey sayısının daha az olmasından kaynaklı daha düşük sosyal destek algıladıkları düşünülmektedir.

Bu çalışmada sosyal güvencesi diğer kategorisinde olan bireyler; bağkur; SSK ve emekli sandığı kategorisinde olanlara göre daha düşük düzeyde sosyal desteğe sahiptir. Ekonomik durumu kötü ve çok kötü olan bireylerin, iyi ve orta olanlara kıyasla; aile ve özel bir insan desteği daha düşük bulunmuştur. Arkadaş desteği ise ekonomik durumu çok kötü olanların, ekonomik durumu iyi ve orta olanlara göre; ekonomik durumu kötü olanların ekonomik durumu iyi olanlara göre daha düşüktür. Yapılan bir çalışmada ekonomik durumu iyi olanların, orta ve kötü olanlara göre; ÇBASDÖ puan ortalamalarının yüksek olduğu bildirilmiştir [29]. Turnier ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada gelir düzeyi daha iyi olan bireylerin sosyal desteğinin daha yüksek olduğu saptanmıştır [159]. Sosyal güvencesi bağkur; SSK ve emekli sandığı olan bireylerin, diğer kategorisindeki bireylere nazaran ekonomik durumunun daha iyi olabileceği düşünülmektedir. Bireylerin ekonomik durumunun iyi olması belirli aktivitelere ulaşımın daha kolay ve kısa sürede gerçekleştirebilir olmasına, daha fazla sosyalleşmelerine olanak sağlayabilir ve algılanan sosyal desteğin daha yüksek olmasını sağlayabilir.

Yapılan bir çalışmada sigara kullanımının algılanan sosyal desteği etkilediği ortaya çıkmıştır [158]. Bu çalışmada ise sigara kullanımı algılanan sosyal desteği etkilememiştir ancak, pasif içici olanların olmayanlara göre aile desteğinin daha yüksek olduğu

belirlenmiştir. Bireyler pasif sigara dumanına maruz kalmamak için sigara içilen ortamlardan uzak durmaya çalışırken, bu ortamlardaki arkadaş çevresinden uzaklaşmış olabilirler ancak; aile ile bu durumu sağlayamadıkları düşünülmektedir. Bu sebepten pasif içici olan bireylerin algıladıkları aile desteği daha yüksek olabilir.

Bu çalışmada düzenli egzersiz (yürüyüş) yapan bireylerin, yapmayan bireylere göre algıladıkları sosyal destek daha yüksek bulunmuştur. Yürütülen bir araştırmada sosyal destek ile fiziksel aktivitenin doğrudan ilişkili olduğu, sosyal desteğin bireylerin ağrı ve acılarını azalttığı bildirilmiş; sosyal destek ağlarının genişletilmesinin fiziksel aktiviteyi artıracak savunulmuştur [164]. Bu bulgu literatürü destekler nitelikte olup; egzersiz yapan bireylerin farklı bir sosyal etkileşim alanı oluşturabileceği, KOAH semptomlarının bireyler tarafından daha az hissedileceği ve algılanan sosyal desteğin artacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastalığı süresince ihtiyaç duyduğu yardımı ailesinden/yakın çevresinden alan bireylerin, yardım almayanlara kıyasla algıladıkları sosyal destek daha yüksektir. Ayrıca üzüldüğünde veya mutlu olduğunda destekleyen birileri olanların, olmayanlara göre algıladıkları sosyal destek daha yüksektir. Yapılan bir sistematik incelemede pulmoner rehabilitasyon sonrasında, kendi hastalık grubundaki insanlarla birlikte vakit geçirmenin dışında etrafında yardıma hazır ve istekli birilerinin olmasının, toplumda yerinin var olduğunu bilmenin ve değer gördüğünü hissetmenin KOAH'lı bireyler için önemli olduğu vurgulanmıştır [165]. Wangsom ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada bireylerin en fazla ailelerinden, sonra sağlık çalışanlarından ve yakın çevresinden destek gördüğü; ailelerinin destek vermeye istekli ve günlük yaşamda yardım etmeye çalıştığı, verilen bu desteğin bireyleri rahatlattığı bildirilmiştir [166]. Bireyin ihtiyaç duyduğunda telefonla dahi olsa ulaşabileceği birinin var olması destek algısını olumlu etkileyeceği düşünülmekle birlikte, çalışmadaki bireylerin büyük çoğunluğunun ailesi ile yaşıyor olması algılanan sosyal desteği artırmış olabilir.

Bu çalışmada aldıkları desteği kötü ve çok kötü değerlendirenlerin, çok iyi, iyi ve orta değerlendirenlere göre algıladıkları sosyal destek daha düşüktür. Ceyhan ve ark. (2022) yaptığı çalışmada KOAH'lı bireylere eş, çocuklar gibi aile üyelerinden aldıkları desteğin psikolojik olarak iyi geldiği saptanmıştır [160]. Kılınç ve ark. (2019) yaptığı çalışmada aile ve arkadaş desteği olan KOAH'lı bireylerin psikolojik dayanıklılığının daha iyi olduğu bildirilmiştir [167]. KOAH'lı bireyler ile yapılan başka bir çalışmada, sosyal destek durumuna evet/hayır cevabını veren bireyler ile algılanan sosyal destek ve arkadaş desteği arasındaki ilişki anlamlı tespit edilmiştir [158]. Bu bulgu literatürü destekler

nitelikte olup, alınan desteğin iyileşmesi, algılanan sosyal desteği daha olumlu etkilemiştir. Bireylerin aldığı desteğin niteliğinin artmasının, sosyal desteğin bireyler tarafından daha kuvvetli algılanacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada KOAH'lı bireylerden, düşük ve orta düzeyde olumsuz etkilenenlerin algıladıkları sosyal destek; yüksek düzeyde olumsuz etkilenenlere göre daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada, sağlık durumunu iyi algılayanların sosyal destek düzeyinin daha iyi olduğu bildirilmiştir [158]. Kuzulu ve ark.'nın (2017) gerçekleştirmiş olduğu çalışmada, hastalığın şiddetinin artmasıyla sosyal ilişkilerin bozulduğu görülmüştür. Bireyin tedavi ve bakım planı hazırlanırken bu faktörü unutmadan, bireyi destekleyen ve sosyal ilişkilerin de gözetilerek hazırlanması önerilmiştir [30]. Bireylerin hastalıktan olumsuz etkilenme düzeyleri arttıkça etrafındaki insanlardan kendilerini izole ettikleri ve sosyal ilişkilerinin bozulduğu, dolayısıyla algılanan sosyal desteğin azaldığı düşünülmektedir. Bu çalışmada sosyal aktivitelere katılmayanların katılanlara kıyasla algıladıkları sosyal destek daha düşük bulunmuştur. Lord ve ark.'nın (2012) yaptığı çalışmada, sosyal aktiviteye katılan KOAH'lı bireylerin, özellikle akranları ve KOAH'lı bireylerle vakit geçirmenin topluluk duygusu ve sosyal destek ifade ettiği bildirilmiştir [168]. Bu çalışmada da benzer şekilde sosyal aktivitelere katılma sıklığının artmasıyla, bireylerin algıladıkları sosyal desteğin arttığı görülmektedir. Sosyal aktivite katılımının, sosyal etkileşimi arttırdığı doğrudan sosyal desteği olumlu etkilediği düşünülmektedir.

5.3. KOAH'lı Bireylerin Yaşam Kalitesi Düzeyini Etkileyen Tanıtıcı Özelliklerin Tartışılması

Çalışmaya katılan KOAH'lı bireylerin SGRQ puan ortalamaları; toplam $75,93 \pm 13,25$ ve alt boyutları sırasıyla Semptom $77,31 \pm 16,15$, His $66,29 \pm 16,95$, Aktivite $92,07 \pm 12,02$ 'dir. Bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları literatürdeki çalışmalara [144-146, 169] göre daha yüksek; yaşam kalitesi düzeyi daha düşüktür.

Bu çalışmada KOAH'lı 60 yaş ve altında olan bireylerin, 76 yaş ve üzerinde olan bireylere kıyasla yaşam kalitesi düzeyi daha yüksektir. Yapılan başka çalışmalarda da yaşın artmasıyla birlikte yaşam kalitesinde azalma olduğu belirtilmiştir [170 ve 171]. Yaşın artması ile fizyolojik ve psikolojik değişimlerin sonucunda bireyin yaşam kalitesi etkilenebilir. KOAH olan bireylerde ise bu değişimler yıllar içerisinde semptom yükünün birikmesine bağlı yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine yol açtığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada evli bireylerin yaşam kalitesi düzeyi, bekar bireylere kıyasla daha yüksektir. Gerçekleştirilen bir çalışmada da evlilerin daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir [172]. Evli bireylerin eş desteği sayesinde hastalığa ve tedaviye adapte olma sürecinin daha kolay ve daha hızlı olduğu, yaşam kalitesinin olumlu etkilendiği düşünülmektedir.

Literatürde eğitim seviyesinin yaşam kalitesini etkilemediğini bildiren çalışmalar mevcutken [173 ve 174], eğitim seviyesinin yüksek olmasının yaşam kalitesini olumlu etkilediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur [170, 175]. Bu çalışmada okuryazar olmayanların yaşam kalitesi düzeyi, ilköğretim, lise ve üniversite mezunlarına göre daha düşüktür. Eğitim seviyesi iyi olan bireylerin, hastalık sürecinde verilen eğitimleri daha çabuk kavrayacağı ve yaşamına daha kolay adapte edebileceği düşünülmekle birlikte, hastalığı kabullenme ve baş etme stratejileri geliştirebilen bireylerin yaşam kalitelerinin olumlu etkileneceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada bireylerin çalışma durumu değerlendirildiğinde, hastalığı nedeniyle çalışmayanların, hastalığı dışındaki nedenlerden dolayı çalışmayanlara göre yaşam kalitesi düzeyi daha düşüktür. Yapılan bir çalışmada ise çalışan KOAH'lı bireylerin semptom alt boyutundan aldıkları puanın daha yüksek olduğu bildirilmiştir [169]. Başka bir çalışmada çalışan KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesi daha düşük belirlenmiştir [174]. Hastalığı nedeniyle çalışmayan bireylerin, kendilerini yetersiz hissetmesi, rol ve görevlerini yerine getirmekte zorluk yaşaması gibi faktörlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Tel ve ark.'nın (2011) 65 yaş ve üzeri 300 KOAH'lı birey ile gerçekleştirdiği çalışmada, evli olanların, çekirdek aile ile yaşayanların yaşam kalitesi yüksek belirlenmiştir [176]. Başka bir çalışmada, ailesi tarafından desteklenmeyen KOAH'lı bireylerin, psikolojik olarak olumsuz etkilendiği, bu olumsuz etkinin nefes darlığına neden olduğu ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açtığı bildirilmiştir [177]. Bu çalışmada eşi ile yaşayanların, çocukları ile yaşayanlara veya yalnız yaşayanlara göre yaşam kalitesi düzeyi daha yüksektir. Bu bulgu literatür ile paralel olarak, evli bireylerin aldıkları eş/aile desteği sayesinde yaşam kalitesi düzeyinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada pasif içici olan bireylerin, pasif içici olmayan bireylere nazaran yaşam kalitesi düzeyi daha iyidir. Gerçekleştirilen bir çalışmada pasif sigara dumanına maruz kalan bireylerin yaşam kalitesinin, kalmayan bireylere kıyasla daha iyi olduğu bildirilmiştir [41]. Bu bulgu literatür ile benzerlik göstermektedir, bireylerin sosyokültürel özelliklerin

farklılığından kaynaklı yaşam kalitesi düzeyinin daha yüksek algılanmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan bir çalışmada bireylerin yürüme mesafelerinin artması ile paralel olarak yaşam kalitesi düzeyleri de artış göstermiştir [41]. Arne ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada, fiziksel aktivite yapan bireylerin daha iyi yaşam kalitesine sahip olacağı bildirilmiştir [178]. Bu çalışmada düzenli egzersiz (yürüyüş) yapan bireylerin, yapmayan bireylere göre yaşam kalitesi düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Fiziksel olarak KOAH semptomlarından etkilenen bireyler, egzersiz yapmaktan kaçınabilir, sedanter bir yaşam biçimini özümseyebilir. Bireylerin tolere edebildikleri düzeyde egzersiz yapmasının, yaşam kalitesi açısından önem taşıdığı, fiziksel aktivitenin azalması ile KOAH semptomlarının şiddetinde artış olacağı, yaşam kalitesi düzeyinin azalacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada dispne için inhaler ilaç kullanan bireylerin, kullanmayan bireylere göre yaşam kalitesi düzeyi daha düşüktür. Yapılan bir çalışmada KOAH'lı bireylerin büyük çoğunluğunun ilaç kullandığı tespit edilmiştir [41]. İlaç kullanan bireylerin semptom yükünün daha fazla olduğu ve günlük yaşam aktivitelerinin daha olumsuz etkilendiği bunlara bağlı yaşam kalitesi düzeyinin azaldığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada düzenli kontrole giden bireylerin yaşam kalitesi düzeyi daha düşüktür. Turan ve ark.'nın (2016) çalışmasında; kontrollere düzenli gitmeyen bireylerin ortalama FEV1 değerleri daha yüksek, aldıkları tedavi rehberine göre uyumsuz ve cihaz kullanma becerilerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir [156]. Kontrollere düzenli gitmeyen bireylerin tedavilerini doğru alıp almadığı bilinmezken, sağlık durumunun bir profesyonel tarafından değerlendirilmemesi bireyi hastalığın prognozu ile ilgili belirsizliğe iteceği düşünülmekteyken sık hastane başvurusunda bulunan bireylerin kendilerini daha sağlıklı, yorgun ve bitkin hissettiği dolayısıyla yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Franssen ve ark.'nın (2018) çalışmasında KOAH'lı bireyler, kendilerine verilen desteği yeterli bulmamış ve çoğunlukla bu desteği değerlendirirken memnun olmamıştır [179]. Yapılan bir araştırmada aile, akraba desteği olan bireylerin hastalığı daha kolay kabullendiği ve yaşam kalitesinin daha iyi olduğu bildirilmiştir [170]. Bu çalışmada KOAH'lı bireylerin hastalığı süresince ihtiyaç duyduğu yardımı ailesinden/yakın çevresinden alanların almayanlara, üzüldüğünde veya mutlu olduğunda destekleyen birileri olanların olmayanlara ve aldığı desteği çok iyi değerlendirenlerin kötü ve çok kötü

değerlendirenlere göre yaşam kalitesi düzeyi daha yüksektir. Literatür ile paralel olarak ailesinden, yakın çevresinden destek alan, duygu ve düşüncelerini paylaşabilen bireylerin daha az stres yaşadığı, psikolojik iyilik halini koruyabileceği ve destek sistemini iyi algılayan bireylerin yaşam kalitesi düzeyinin daha yüksek olacağı düşünülmektedir.

KOAH olan ve olmayan bireyleri kıyaslayarak yürütülen bir çalışmada, KOAH olan bireylerin fiziksel performanslarının daha düşük olduğu, aldıkları sosyal destek, yaşam kalitesi ve hastalığa özgü sağlık durumlarını daha kötü algıladıkları bildirilmiştir [179]. Kharbanda ve Anand (2021) yaptıkları çalışmada KOAH derecesinin artmasının bireylerin yaşam kalitesini bozduğu saptanmıştır [171]. Bu çalışmada da bireylerin hastalıktan olumsuz etkilenme düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düzeyinin azaldığı görülmektedir. Bu bulgu literatür ile benzemekte olup, hastalıktan olumsuz etkilenme düzeyinin artmasının sağlığın bozulması ilişkili olabileceği dolayısıyla bireylerin yaşam kalitesi düzeyini olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir.

Yılmaz ve ark.'nın (2019) yaptığı çalışmada sosyal aktiviteye katılan bireylerin sağlıklı yaşam biçimini daha çok benimsediği bildirilmiştir [180]. Yapılan başka bir çalışmada sosyal aktivitelere katılan KOAH'lı bireylerin, sosyal ağlarının genişlediği buna bağlı yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir [181]. Bu çalışmanın sonucu literatürü destekler nitelikte, sosyal aktivitelere katılan KOAH'lı bireylerin, katılmayan bireylere göre yaşam kalitesi düzeyinin daha iyi durumda olduğu belirlenmiştir.

5.4. KOAH'lı Bireylerde Dispne, Sosyal Destek ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Dispne, bireylerin sosyal yaşamlarını ve aktivitelere katılımlarını olumsuz etkiler; sosyal etkileşim alanı kısıtlanır. Klinikte sosyal destek değerlendirilmemekte, göz ardı edildiği için algılanan sosyal destek tespit edilememektedir [182]. Bu çalışmada algılanan sosyal destek ile dispne şiddeti arasında ilişki bulunmamıştır. Bu durum çalışmadaki bireylerin dispne ve hastalık şiddetinin fazla olmasından kaynaklı, algılanan sosyal desteğin arka planda tutulmasına bağlanabilir. Literatür incelendiğinde dispne şiddeti ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Literatürde hissedilen dispne arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirtilmektedir [38, 41, 172, 183, 184]. Bu çalışmada dispne şiddeti ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Bu sonuç literatür ile paralellik göstermektedir. Bireylerin yaşadığı

dispne, yaşamın her alanını, belirli derecelerde etkileyerek yaşam kalitesi düzeyinin etkilenmesine yol açacağı düşünülmektedir.

Dispne bireylerin fiziksel, emosyonel, psikososyal sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir [112-116]; bu yüzden dispne şiddeti değerlendirilirken sağlık durumu, semptomların etkisi de değerlendirilmelidir [4]. Aldan'ın (2019) yaptığı çalışmada da dispne şiddetinin artmasıyla sağlık durumunun bozulduğu bildirilmiştir [185]. Bu çalışmada CAT ile MBS arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. Dispne şiddeti ile semptom yükü arasında iki yönlü ilişki olduğu, öksürük, balgam gibi özellikle solunum semptomlarının artışı göstermesi ile dispne şiddetinin de artacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada algılanan sosyal destek ile CAT arasında negatif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir. Turnier ve ark.'nın (2021) yaptığı çalışmada sosyal desteği yüksek olan bireylerin CAT puanı daha düşük bildirilmiştir [159]. Bu sonuç literatür ile paralellik göstermekte olup, sosyal desteği yeterli olan bireylerin ruhen ve bedenlen kendilerini daha iyi, daha güçlü hissedeceği; semptomların daha az algılanacağı böylece sağlık durumunun daha iyi olacağı düşünülmektedir.

Sosyal desteğin güçlendirilmesi, KOAH olan bireylerde yaşam kalitesini korumak ya da iyileştirmek için önem taşımaktadır. Yüksek düzeyde sosyal destek, daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkilidir [178]. Yeterli sosyal desteğe sahip olmayan bireyler, bedenlen ve ruhen sağlıksız olmaya, depresyona daha eğilimlidir. Fizyolojik ve psikolojik iyilik halinin sağlanamaması bireyleri bağımlı hale getirirken, yaşam kalitesinin azalmasına yol açar [186]. Turnier ve ark.'nın (2021) gerçekleştirdiği çalışmada sosyal desteği yüksek olan bireylerin SGRQ genel puanı daha düşük belirlenmiştir [159]. Bu çalışmada ÇBASDÖ toplam ile SGRQ toplam ve His, Aktivite alt boyutları arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur. Bu sonuç literatürü destekler niteliktedir.

Bu çalışmada algılanan aile desteği ile SGRQ toplam ve tüm alt boyutları arasında; Arkadaş ve Özel Bir İnsan desteği ile SGRQ toplam, His ve Aktivite arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Gerçekleştirilen bir çalışmada, algılanan aile desteği ile SGRQ toplam, etki (his) ve semptom alt boyutlarında negatif yönlü ilişki bulunmuştur. Ayrıca algılanan arkadaş ve özel bir insan desteği ile SGRQ toplam ve alt boyutları arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir [187]. Çalışma sonucu literatürü destekler niteliktedir. Sosyal desteği iyi olan bireylerin hastalıkla mücadele ederken daha güçlü olacağı yaşam kalitesi düzeyinin daha az olumsuz etkileneceği düşünülmektedir.

Yorgancıoğlu ve ark.'nın (2012) çalışmasında CAT ile SGRQ arasında pozitif yönlü ilişki olduğu bildirilmiştir [132]. Chuang ve ark.'nın (2016) yaptığı çalışmada SGRQ toplam puanı ile CAT arasında pozitif yönlü ilişki olduğu bildirilmiştir [127]. Gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise SGRQ toplam ve tüm alt boyut puanları ile CAT arasında anlamlı korelasyon olduğu sonucuna varılmıştır [188]. Bu çalışmada CAT ile SGRQ toplam, His, Aktivite puan ortalamaları arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. Bu sonuç literatür ile benzerlik göstermektedir. Sağlık durumunun bozulmasının, semptomların kötüleşmesinin bireyleri günlük yaşam aktivitelerini getiremeyecek duruma sürükleyerek yaşam kalitesi düzeyinin de azalmasına yol açacağı düşünülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

KOAH'lı bireylerin dispne, sosyal destek, yaşam kalitesi düzeylerini ve sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

KOAH'lı bireylerin yaş ortalaması $67,86 \pm 9,14$ 'tür (Tablo 4.1). Yaşı 60'ın üzerinde olan bireylerin semptom yükünün daha fazla, sağlık durumunun daha kötü olduğu (Tablo 4.4), 60 yaş ve altında olan bireylerin yaşam kalitesi düzeyi, 76 yaş ve üstü bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6).

KOAH'lı bireylerin %82,9'unun erkek olduğu (Tablo 4.1), erkeklerin algıladıkları aile desteğinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

KOAH'lı bireylerin %69,1'inin evli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Bekar bireylerin evli bireylere göre semptom yükünün daha fazla (Tablo 4.4), algıladıkları sosyal destek (Tablo 4.5) ve yaşam kalitesi (Tablo 4.6) düzeyi daha düşük saptanmıştır.

KOAH'lı bireylerin %64,6'sının ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Eğitim seviyesi az olan bireylerin algıladıkları sosyal destek (Tablo 4.5) ve yaşam kalitesi düzeyi (Tablo 4.6) daha düşük bulunmuştur.

KOAH'lı bireylerin %21,5'inin hastalığı nedeniyle çalışmadığı, %61,3'ünün hastalığı dışındaki nedenlerden dolayı çalışmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1). Hastalığı nedeniyle çalışmayanların, hastalığı dışındaki nedenlerden dolayı çalışmayanlara göre algıladıkları sosyal destek (Tablo 4.5) ve yaşam kalitesi düzeyi (Tablo 4.6) daha düşük belirlenmiştir.

KOAH'lı bireylerin %42,5'inin ekonomik durumunun orta olduğu (Tablo 4.1), ekonomik durum iyileştikçe algılanan sosyal desteğin arttığı saptanmıştır (Tablo 4.5).

KOAH'lı bireylerin %24,9'unun pasif içici olduğu (Tablo 4.2), pasif içici olanların olmayanlara göre CAT puan ortalamalarının daha düşük (Tablo 4.4), algıladıkları aile desteğinin (Tablo 4.5) ve yaşam kalitesi düzeyinin (Tablo 4.6) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

KOAH'lı bireylerin %25,4'ünün düzenli olarak egzersiz (yürüyüş) yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Düzenli egzersiz yapanların yapmayanlara göre, dispne şiddetinin ve semptom yükünün daha az (Tablo 4.4); algıladıkları sosyal desteğin (Tablo 4.5) ve yaşam kalitesi düzeyinin (Tablo 4.6) daha fazla olduğu saptanmıştır.

KOAH'lı bireylerin %92,8'inin dispne için inhaler ilaç kullandığı (Tablo 4.2), dispne için inhaler ilaç kullananların kullanmayanlara göre; dispne şiddetinin, semptom yükünün daha fazla (Tablo 4.4) ve yaşam kalitesi düzeyinin (Tablo 4.6) daha düşük olduğu saptanmıştır.

KOAH'lı bireylerin, %91,2'sinin hastalığı süresince ailesinden/yakın çevresinden yardım aldığı ve %90,6'sının üzüldüğünde veya mutlu olduğunda kendisini destekleyen birileri olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Hastalığı süresince ihtiyaç duyduğu yardımı ailesinden/yakın çevresinden alanların almayanlara ve üzüldüğünde veya mutlu olduğunda destekleyen birileri olanların olmayanlara göre; CAT puan ortalamalarının daha düşük (Tablo 4.4), algıladıkları sosyal desteğin (Tablo 4.5) ve yaşam kalitesi düzeyinin (Tablo 4.6) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

KOAH'lı bireylerin, %79,6'sının hastalıktan dolayı yaşamının yüksek düzeyde olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 4.2). Bireylerin hastalıktan olumsuz etkilenme düzeyi arttıkça; dispne şiddetinin ve CAT puan ortalamalarının arttığı (Tablo 4.4), algılanan sosyal desteğin (Tablo 4.5) ve yaşam kalitesi düzeyinin (Tablo 4.6) azaldığı saptanmıştır.

KOAH'lı bireylerin %60,8'inin sosyal aktivitelere katılmadığı (Tablo 4.2), sosyal aktivitelere katılmayanların katılanlara göre; dispne şiddeti, CAT puan ortalamalarının daha fazla (Tablo 4.4), algıladıkları sosyal desteğin (Tablo 4.5) ve yaşam kalitesi düzeyinin (Tablo 4.6) daha düşük olduğu saptanmıştır.

KOAH'lı bireylerin MBS puan ortalaması $7,56 \pm 2,14$; CAT puan ortalaması $30,58 \pm 7,15$; ÇBASDÖ puan ortalamaları; toplam $50,92 \pm 18,56$ ve alt boyutları sırasıyla, Aile $12,03 \pm 7,77$, Özel Bir İnsan $22,39 \pm 6,05$, Arkadaş $16,50 \pm 6,68$ 'dir. SGRQ puan ortalamaları; toplam $75,93 \pm 13,25$ ve alt boyutları sırasıyla, Semptom $77,31 \pm 16,10$, His $66,29 \pm 16,95$, Aktivite $92,07 \pm 12,02$ 'dir (Tablo 4.3).

MBS ve CAT ile SGRQ toplam ve tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü ilişki, ÇBASDÖ toplam ve tüm alt boyutları ile CAT arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. ÇBASDÖ toplam, Özel Bir İnsan ve Arkadaş alt boyutları ile SGRQ toplam, His ve Aktivite alt boyutları arasında ve ÇBASDÖ Aile alt boyutu ile SGRQ toplam ve tüm alt boyutları arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır (Tablo 4.7).

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

KOAH'lı bireylerin dispne, sosyal destek ve yaşam kalitesi açısından belirli aralıklarla sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmesi, gerekli eğitimlerin, uygulamaların düzenlenmesi,

KOAH'lı bireylerin yaşam alanlarını günlük aktivitelerini kendileri yapabilecekleri şekilde düzenlenmeler yapılması, sosyal aktivitelere katılımının sağlanması, kliniklerde sosyalleşebilecekleri uygun mekan tasarımının yapılması,

Kliniklerde görev alan sağlık profesyonellerinin yaşam kalitesi ve sosyal destek hakkında bilgilendirilmesi,

KOAH'lı bireylerle farklı bölgelerde, yaş ve cinsiyet oranlarının daha birbirine yakın olduğu gruplarla, daha kapsamlı, niceliksel ve niteliksel çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Rose, S., Paul, C., Boyes, A., Kelly, B. and Roach, D. (2017). Stigma-Related Experiences in Non-Communicable Respiratory Diseases: A Systematic Review. *Chronic Respiratory Disease*, 14(3), 199-216.
2. Goldbeck, L., Fidika, A., Herle, M. and Quittner, A. L. (2014). Psychological Interventions for Individuals With Cystic Fibrosis and Their Families. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
3. Blakemore, A., Dickens, C., Chew-Graham, C. A., Afzal, C. W., Tomenson, B., Coventry, P. A. and Guthrie, E. (2019). Depression Predicts Emergency Care Use in People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Large Cohort Study in Primary Care. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 14, 1343-1353.
4. Hanania, N. A. and O'Donnell, D. E. (2019). Activity-Related Dyspnea in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Physical and Psychological Consequences, Unmet Needs, and Future Directions. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 14, 1127-1138.
5. Doward, L., Svedsater, H., Whalley, D., Crawford, R., Leather, D., Lay-Flurrie, J. and Bosanquet, N. (2017). Salford Lung Study in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (SLS COPD): Follow-Up Interviews on Patient-Centred Outcomes. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 27(1), 66.
6. Seiler, A., Jenewein, J., Martin-Soelch, C., Goetzmann, L., Inci, I., Weder, W., Schuurmans, M. M., Benden, C., Brucher, A. and Klaghofer, R. (2015). Post-Transplant Outcome-Clusters of Psychological Distress and Health-Related Quality of Life in Lung Transplant Recipients. *Swiss Medical Weekly*, 145, w14236.
7. Maselli, D. J., Bhatt, S. P., Anzueto, A., Bowler, R. P., DeMeo, D. L., Diaz, A. A., Dransfield, M. T., Fawzy, A., Foreman, M. G., Hanania, N. A., Hersh, C. P., Kim, V., Kinney, G. L., Putcha, N., Wan, E. S., Wells, J. M., Westney, G. E., Young, K. A., Silverman, E. K., Han, M. K., ... Make, B. J. (2019). Clinical Epidemiology of COPD: Insights From 10 Years of the COPD Gene Study. *Chest*, 156(2), 228-238.
8. Ovayolu, N. ve Ovayolu, Ö. (2017). Solunum sistemi hastalıkları ve hemşirelik yönetimi. N. Ovayolu ve Ö. Ovayolu (ed.), *Temel iç hastalıkları hemşireliği* (ss. 103-106) içinde. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
9. İnternet: Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2018-2023), 2018. URL: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kronik_havayolu/kitap_ve_makaleler/Turkiye_Kronik_Hava_Yolu_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi_2018-2023.pdf. Son Erişim Tarihi:10.02.2022.

10. İnternet: WHO, 2020. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Son Erişim Tarihi: 03.03.2022.
11. İnternet: WHO, 2022a. URL: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)) Son Erişim Tarihi: 30.10.2022.
12. İnternet: Avrupa'da Akciğer Sağlığı, 2013. URL: <https://toraks.org.tr/site/community/library/1844> Son Erişim Tarihi: 01.03.2022.
13. Soriano, J. B., Polverino, F. and Cosio, B. G. (2018). What is Early COPD and Why is it Important?. *The European Respiratory Journal*, 52(6), 1801448.
14. İnternet: WHO, 2019. URL: <https://www.who.int/news/item/29-05-2019-who-highlights-huge-scale-of-tobacco-related-lung-disease-deaths>. Son Erişim Tarihi: 03.03.2022.
15. Safitri, W., Martini, S., Artanti, K. D. and Li, C. Y. (2021). Smoking from a Younger Age Is the Dominant Factor in the Incidence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Case-Control Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6047.
16. Bai, J. W., Chen, X. X., Liu, S., Yu, L. and Xu, J. F. (2017). Smoking Cessation Affects the Natural History of COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12, 3323-3328.
17. Postma, D. S., Bush, A. and van den Berge, M. (2015). Risk Factors and Early Origins of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Lancet (London, England)*, 385(9971), 899-909.
18. López-Campos, J. L., Tan, W. and Soriano, J. B. (2016). Global Burden of COPD. *Respirology (Carlton, Vic.)*, 21(1), 14-23.
19. Silverman, E. K. (2020). Genetics of COPD. *Annual Review of Physiology*, 82, 413-431.
20. Monteagudo, M., Rodríguez-Blanco, T., Llagostera, M., Valero, C., Bayona, X., Ferrer, M. and Miravittles, M. (2013). Factors Associated with Changes in Quality of Life of COPD Patients: A Prospective Study in Primary Care. *Respiratory Medicine*, 107(10), 1589-1597.
21. 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. and Ribera, A. (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), 122.
22. Ding, B., DiBonaventura, M., Karlsson, N., Bergström, G. and Holmgren, U. (2017). A Cross-Sectional Assessment of the Burden of COPD Symptoms in the US and

- Europe Using the National Health and Wellness Survey. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12, 529-539.
23. Miravittles, M. and Ribera, A. (2017). Understanding the Impact of Symptoms on the Burden of COPD. *Respiratory Research*, 18(1), 67.
 24. Vogelmeier, C. F., Román-Rodríguez, M., Singh, D., Han, M. K., Rodríguez-Roisin, R. and Ferguson, G. T. (2020). Goals of COPD Treatment: Focus on Symptoms and Exacerbations. *Respiratory Medicine*, 166, 105938.
 25. Sigurgeirsdottir, J., Halldorsdottir, S., Arnardottir, R. H., Gudmundsson, G. and Bjornsson, E. H. (2019). COPD Patients' Experiences, Self-Reported Needs, and Needs-Driven Strategies to Cope with Self-Management. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 14, 1033-1043.
 26. Blakemore, A., Dickens, C., Guthrie, E., Bower, P., Kontopantelis, E., Afzal, C. and Coventry, P. A. (2014). Depression and Anxiety Predict Health-Related Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9, 501-512.
 27. Gregersen, T. L., Green, A., Frausing, E., Ringbæk, T., Brøndum, E. and Suppli Ulrik, C. (2016). Do Telemedical Interventions Improve Quality of Life in Patients with COPD? A Systematic Review. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11, 809-822.
 28. Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 68-75.
 29. Arslantaş, H., Adana, F., Kaya, F. ve Turan, D. (2010). Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 18(2), 87-97.
 30. Kuzulu, A., Bilgin, G., Arslan, İ., Öznur, H., Kızıldaş, Ö., Tekin, O., Demir, N. ve Albayrak, Z. (2017). KOAH Hastalarında Sosyal İlişkilerin Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 17(4), 204-215.
 31. Houben-Wilke, S., Augustin, I. M., Vercoulen, J. H., van Ranst, D., Bij de Vaate, E., Wempe, J. B., Spruit, M. A., Wouters, E. and Franssen, F. (2018). COPD Stands for Complex Obstructive Pulmonary Disease. *European Respiratory Review: An Official Journal of the European Respiratory Society*, 27(148), 180027.
 32. Jones, P. W., Watz, H., Wouters, E. F. and Cazzola, M. (2016). COPD: The Patient Perspective. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11 Spec Iss(Spec Iss), 13-20.
 33. Bal Özkaptan, B. ve Kapucu, S. (2015). KOAH'lı Bireylerde Öz-Etkililiğin Geliştirilmesinde Evde Bakımın Önemi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 74-80.

34. Williams, M. T., Effing, T. W., Paquet, C., Gibbs, C. A., Lewthwaite, H., Li, L., Phillips, A. C. and Johnston, K. N. (2017). Counseling for Health Behavior Change in People with COPD: Systematic Review. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12, 2165-2178.
35. Franssen, F. M., Alter, P., Bar, N., Benedikter, B. J., Iurato, S., Maier, D., Maxheim, M., Roessler, F. K., Spruit, M. A., Vogelmeier, C. F., Wouters, E. F. and Schmeck, B. (2019). Personalized Medicine for Patients with COPD: Where are We?. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 14, 1465-1484.
36. Williams, M. T., John, D. and Frith, P. (2017). Comparison of the Dyspnoea-12 and Multidimensional Dyspnoea Profile in people with COPD. *The European Respiratory Journal*, 49(3), 1600773.
37. Sharma, S. and Sharma, P. (2019). Prevalence of Dyspnea and its Associated Factors in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Indian Journal of Respiratory Care*, 8(1), 36.
38. Gökçek, Ö., Doğru Hüzmeli, E. ve Katayıfçı, N. (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Dispnenin Yaşam Kalitesi ve Depresyona Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1):84-88.
39. Helvacı, A., İzgü, N. ve Özdemir, L. (2020). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Dispne Şiddeti ve Etkileyen Faktörler. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 318-324.
40. Kütmeç Yılmaz, C. (2020). Hastanede Yatan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Dispne Şiddeti ve Genel Konfor Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(4), 222-230.
41. Arslan, C. ve Ünsar, S. (2021). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Dispne Algısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 42-50.
42. Aras, A. ve Tel, H. (2009). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi*, 10(2), 63-68.
43. Korkmaz, T. ve Tel, H. (2010). KOAH'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 79-86.
44. Tel, H. (2010). KOAH'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2): 38-45.
45. Chen, Z., Fan, V. S., Belza, B., Pike, K. and Nguyen, H. Q. (2017). Association between Social Support and Self-Care Behaviors in Adults with Chronic Obstructive

Pulmonary Disease. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(9), 1419-1427.

46. Weldam, S. W., Lammers, J. W. J., Decates, R. L. and Schuurmans, M. J. (2013). Daily Activities and Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Psychological Determinants: A Cross-Sectional Study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 1-8.
47. Schure, M. B., Borson, S., Nguyen, H. Q., Trittschuh, E. H., Thielke, S. M., Pike, K. C., Adams, S. G. and Fan, V. S. (2016). Associations of Cognition with Physical Functioning and Health-Related Quality of Life Among COPD Patients. *Respiratory Medicine*, 114, 46-52.
48. Slok, A. H., Kotz, D., van Breukelen, G., Chavannes, N. H., Rutten-van Mölken, M. P., Kerstjens, H. A., van der Molen, T., Asijee, G. M., Dekhuijzen, P. N., Holverda, S., Salomé, P. L., Goossens, L. M., Twellaar, M., In 't Veen, J. C. and van Schayck, O. C. (2016). Effectiveness of the Assessment of Burden of COPD (ABC) Tool on Health-Related Quality of Life in Patients with COPD: A Cluster Randomised Controlled Trial in Primary and Hospital Care. *BMJ Open*, 6(7), e011519.
49. Tupper, O. D., Gregersen, T. L., Ringbaek, T., Brøndum, E., Frausing, E., Green, A. and Ulrik, C. S. (2018). Effect of Tele-Health Care on Quality of Life in Patients with Severe COPD: A Randomized Clinical Trial. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13, 2657-2662.
50. Birol, L. ve Sütçü, H. (2020). Bronş-akciğer hastalıkları ve hemşirelik bakımı. N. Akdemir. (ed.), *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı* (ss. 463-466) içinde. Ankara: Yenişehir.
51. İnternet: GOLD, 2022. URL: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2021/12/GOLD-REPORT-2022-v1.1-22Nov2021_WMV.pdf Son Erişim Tarihi: 20.02.2022.
52. Smith, L. E., Moore, E., Ali, I., Smeeth, L., Stone, P. and Quint, J. K. (2017). Prognostic Variables and Scores Identifying the End of Life in COPD: A Systematic Review. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12, 2239-2256.
53. Hurst, J. R., Siddiqui, M. K., Singh, B., Varghese, P., Holmgren, U. and de Nigris, E. (2021). A Systematic Literature Review of the Humanistic Burden of COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 16, 1303-1314.
54. 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., Jensen, R. L., Marks, G. B., Gulsvik, A., Nizankowska-Mogilnicka, E. and BOLD Collaborative Research Group. (2007). International Variation in the Prevalence of COPD (the BOLD Study): A Population-Based Prevalence Study. *Lancet (London, England)*, 370(9589), 741-750.
55. Raheerison, C. and Girodet, P. O. (2009). Epidemiology of COPD. *European*

- Respiratory Review: An Official Journal of the European Respiratory Society*, 18(114), 213-221.
56. Menezes, A. M., Perez-Padilla, R., Jardim, J. R., Muiño, A., Lopez, M. V., Valdivia, G., Montes de Oca, M., Talamo, C., Hallal, P. C., Victora, C. G. and PLATINO Team. (2005). Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Five Latin American Cities (the PLATINO Study): A Prevalence Study. *Lancet (London, England)*, 366(9500), 1875-1881.
 57. GBD 2017 Causes of Death Collaborators. (2018). Global, Regional, and National Age-Sex-Specific Mortality For 282 Causes of Death in 195 Countries and Territories, 1980-2017: A Systematic Analysis for The Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet (London, England)*, 392(10159), 1736-1788.
 58. Foreman, K. J., Marquez, N., Dolgert, A., Fukutaki, K., Fullman, N., McGaughey, M., Pletcher, M. A., Smith, A. E., Tang, K., Yuan, C. W., Brown, J. C., Friedman, J., He, J., Heuton, K. R., Holmberg, M., Patel, D. J., Reidy, P., Carter, A., Cercy, K., Chapin, A., Schultz, D. D., Frank, T., Goettsch, F., Liu, P. Y., Nandakumar, V., Reistma, M. B., Reuter, V., Sadat, N., Sorensen, R. J. D., Srinivasan, V., Updike, R. L., York, H., Lopez, A. D., Lozano, R., Lim, S. S., Mokdad, A. H., Vollset, S. E. and Murray, C. (2018). Forecasting Life Expectancy, Years of Life Lost, and All-Cause and Cause-Specific Mortality for 250 Causes of Death: Reference and Alternative Scenarios for 2016-40 for 195 Countries and Territories. *Lancet (London, England)*, 392(10159), 2052-2090.
 59. Özdemir, T., Yılmaz Demirci, N., Kiliç, H., Koç, O., Kaya, A. ve Öztürk, C. (2020). An Epidemiologic Study of Physician-Diagnosed Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the Turkish Population: COPDTURKEY-1. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 50(1), 132-140.
 60. İnternet: TÜİK, 2019. URL: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>. Son Erişim Tarihi:01.03.2022.
 61. Hersh, C. P., Hokanson, J. E., Lynch, D. A., Washko, G. R., Make, B. J., Crapo, J. D., Silverman, E. K. and COPDGene Investigators. (2011). Family History is a Risk Factor for COPD. *Chest*, 140(2), 343-350.
 62. Huang, X., Mu, X., Deng, L., Fu, A., Pu, E., Tang, T. and Kong, X. (2019). The Etiologic Origins for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 14, 1139-1158.
 63. Hooper, R., Burney, P., Vollmer, W. M., McBurnie, M. A., Gislason, T., Tan, W. C., Jithoo, A., Kocabas, A., Welte, T. and Buist, A. S. (2012). Risk Factors for COPD Spirometrically Defined from the Lower Limit of Normal in the BOLD Project. *The European Respiratory Journal*, 39(6), 1343-1353.
 64. Joos, L., He, J. Q., Shepherdson, M. B., Connett, J. E., Anthonisen, N. R., Paré, P. D. and Sandford, A. J. (2002). The Role of Matrix Metalloproteinase Polymorphisms in the Rate of Decline in Lung Function. *Human Molecular Genetics*, 11(5), 569-576.

65. Thomsen, M., Nordestgaard, B. G., Vestbo, J. and Lange, P. (2013). Characteristics and Outcomes of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Never Smokers In Denmark: A Prospective Population Study. *The Lancet. Respiratory Medicine*, 1(7), 543-550.
66. Lamprecht, B., McBurnie, M. A., Vollmer, W. M., Gudmundsson, G., Welte, T., Nizankowska-Mogilnicka, E., Studnicka, M., Bateman, E., Anto, J. M., Burney, P., Mannino, D. M., Buist, S. A. and BOLD Collaborative Research Group. (2011). COPD in Never Smokers: Results from the Population-Based Burden of Obstructive Lung Disease Study. *Chest*, 139(4), 752-763.
67. Kocabaş, A. (2010). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri. *Türk Toraks Dergisi Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(2), 105-113.
68. Ntritsos, G., Franek, J., Belbasis, L., Christou, M. A., Markozannes, G., Altman, P., Fogel, R., Sayre, T., Ntzani, E. E. and Evangelou, E. (2018). Gender-Specific Estimates of COPD Prevalence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13, 1507-1514.
69. Grabicki, M., Kuźnar-Kamińska, B., Rubinsztajn, R., Brajer-Luftmann, B., Kosacka, M., Nowicka, A., Piorunek, T., Kostrzewska, M., Chazan, R. and Batura-Gabryel, H. (2019). COPD Course and Comorbidities: Are There Gender Differences?. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1113, 43-51.
70. Kukrety, S. P., Parekh, J. D. and Bailey, K. L. (2018). Chronic Obstructive Pulmonary Disease and the Hallmarks of Aging. *Lung India: Official Organ of Indian Chest Society*, 35(4), 321-327.
71. Arslan, S. (2020). Yaşlılarda KOAH ve Beslenme Yaklaşımları. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 5(1), 78-90.
72. Lomas, D. A. (2006). Parker B. Francis Lectureship. Antitrypsin Deficiency, the Serpinopathies, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 3(6), 499-501.
73. Peng, C., Yan, Y., Li, Z., Jiang, Y. and Cai, Y. (2020). Chronic Obstructive Pulmonary Disease Caused by Inhalation of Dust: A Meta-Analysis. *Medicine*, 99(34), e21908.
74. De Matteis, S., Jarvis, D., Darnton, A., Hutchings, S., Sadhra, S., Fishwick, D., Rushton, L. and Cullinan, P. (2019). The Occupations at Increased Risk of COPD: Analysis of Lifetime Job-Histories in the Population-Based UK Biobank Cohort. *The European Respiratory Journal*, 54(1), 1900186.
75. İnternet: WHO, 2022b. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health>. Son Erişim Tarihi: 30.10.2022.
76. İnternet: Türkiye’de Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Yönetimi: Korunma, Tanı ve Tedavi Standartları Kılavuzu, 2021. Türkiye’de Kronik Obstrüktif Akciğer

Hastalığının Yönetimi: Korunma, Tanı ve Tedavi Standartları Kılavuzu. Satman İ, Erkan F (Editörler). Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü Yayın No: 48569, İstanbul 2021 URL: https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/yayinlar/makaleler/pdf/08_11_2021__61892ce08b83e__tuhke_koah_klavuzu_2021.pdf Son Erişim Tarihi: 01.03.2022.

77. Kocabaş, A., Atış, S., Çöplü, L., Erdinç, E., Ergan, B., Gürgün, A., Köktürk, N., Polatlı, M., Şen, E. ve Yıldırım, N. (2014). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu 2014. *Official Journal of the Turkish Thoracic Society*, 15.
78. Eisner, M. D., Anthonisen, N., Coultas, D., Kuenzli, N., Perez-Padilla, R., Postma, D., Romieu, I., Silverman, E. K., Balmes, J. R. and Committee on Nonsmoking COPD, Environmental and Occupational Health Assembly. (2010). An Official American Thoracic Society Public Policy Statement: Novel Risk Factors and the Global Burden of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 182(5), 693-718.
79. Akın, B., Tülek, B., Arslan, U., Sütçü, L., Fındık, D. ve Süerdem, M. (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Alevlenmelerinde Balgamda Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae ve Moraxella catarrhalis'in Gerçek Zamanlı Polimeraz Zincir Reaksiyonu Tekniği ile Kantitatif Olarak Saptanması. *Solunum*, 13(1), 32-40.
80. Morris, A., Sciurba, F. C., Lebedeva, I. P., Githaiga, A., Elliott, W. M., Hogg, J. C., Huang, L. and Norris, K. A. (2004). Association of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Severity and Pneumocystis Colonization. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 170(4), 408-413.
81. Sethi, S. (2010). Infection as a Comorbidity of COPD. *The European Respiratory Journal*, 35(6), 1209-1215.
82. Laloo, U. G., Pillay, S., Mngqibisa, R., Abdool-Gaffar, S. and Ambaram, A. (2016). HIV and COPD: a Conspiracy of Risk Factors. *Respirology (Carlton, Vic.)*, 21(7), 1166-1172.
83. Sarkar, M., Srinivasa, Madabhavi, I. and Kumar, K. (2017). Tuberculosis Associated Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *The Clinical Respiratory Journal*, 11(3), 285-295.
84. Allwood, B. W., Byrne, A., Meghji, J., Rachow, A., van der Zalm, M. M. and Schoch, O. D. (2021). Post-Tuberculosis Lung Disease: Clinical Review of an Under-Recognised Global Challenge. *Respiration; International Review of Thoracic Diseases*, 100(8), 751-763.
85. Grigsby, M., Siddharthan, T., Chowdhury, M. A., Siddiquee, A., Rubinstein, A., Sobrino, E., Miranda, J. J., Bernabe-Ortiz, A., Alam, D. and Checkley, W. (2016). Socioeconomic Status and COPD Among Low- and Middle-Income Countries. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11, 2497-2507.

86. Başıyigit, İ. (2010). KOAH Patogenezi ve Fizyopatolojisi. *Türk Toraks Derneği Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(2), 114-8.
87. Parshall, M. B., Schwartzstein, R. M., Adams, L., Banzett, R. B., Manning, H. L., Bourbeau, J., Calverley, P. M., Gift, A. G., Harver, A., Lareau, S. C., Mahler, D. A., Meek, P. M., O'Donnell, D. E. and American Thoracic Society Committee on Dyspnea. (2012). An official American Thoracic Society Statement: Update on the Mechanisms, Assessment, and Management of Dyspnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 185(4), 435-452.
88. Afşar, B. B., Yalçınsoy, M., Yakar, H. İ., Bilgin, S. ve Akkaya, E. (2012). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Medical Journal (CMJ)*, 34(3), 260-267.
89. Partridge, M. R., Karlsson, N. and Small, I. R. (2009). Patient Insight into the Impact of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the Morning: An Internet Survey. *Current Medical Research and Opinion*, 25(8), 2043-2048.
90. Çalık Kütükcü, E., Arıkan, H., Sağlam, M., Vardar Yağlı, N., İnal İnce, D., Öksüz, Ç., Savcı, S., Düger, T. ve Çöplü, L. (2016). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Çok Boyutlu Hastalık Şiddeti ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 2(2), 53-60.
91. Ebadi, Z., Goërtz, Y., Van Herck, M., Janssen, D., Spruit, M. A., Burtin, C., Thong, M., Muris, J., Otter, J., Looijmans, M., Vlasblom, C., Bastiaansen, J., Prins, J., Wouters, E., Vercoulen, J. H. and Peters, J. B. (2021). The Prevalence and Related Factors of Fatigue in Patients with COPD: A Systematic Review. *European Respiratory Review: An Official Journal of the European Respiratory Society*, 30(160), 200298.
92. Puhan, M. A., Gimeno-Santos, E., Cates, C. J. and Troosters, T. (2016). Pulmonary Rehabilitation Following Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12).
93. Kim, V. and Aaron, S. D. (2018). What is a COPD exacerbation? Current Definitions, Pitfalls, Challenges and Opportunities for Improvement. *The European Respiratory Journal*, 52(5), 1801261.
94. İnternet: Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu, 2010. URL: <https://www.toraks.org.tr/site/community/downloads/1114>. Son Erişim Tarihi: 10.02.2022.
95. Sezgi, C. ve Şenyigit, A. (2011). KOAH'da Yeni Tedavi Seçeneği: Fosfodiesteraz-4 İnhibitörleri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 59(3): 285-290.
96. Froes, F., Roche, N. and Blasi, F. (2017). Pneumococcal Vaccination and Chronic Respiratory Diseases. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12, 3457-3468.

97. Öcal, S. ve Topeli, A. (2014). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Güncel Bilgiler. *İç Hastalıkları Dergisi*, 21, 97-109.
98. Bali, E. B., Türkmen, L., Bakır, B. ve Cihan, P. (2018). Sigara Bağımlısı Kişilerde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Farkındalığının Değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 47-54.
99. Mulhall, P. and Criner, G. (2016). Non-pharmacological Treatments for COPD. *Respirology (Carlton, Vic.)*, 21(5), 791-809.
100. Alkan, H., Sarsan, A., Topuz, O., Özkurt, S., Moral, A. ve Ateşçi, F. (2006). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Ev Rehabilitasyon Programının Etkinliği. *Türkiye Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 52(2), 51-4.
101. Ergan, B. and Nava, S. (2017). Long-Term Oxygen Therapy in COPD Patients Who Do Not Meet the Actual Recommendations. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 14(3), 351-366.
102. Taşçı, C., Arık, D., Uçar, E., Özkan, M., Tozkoparan, E. ve Bilgiç, H. (2011). Yatarak Tedavi Gören KOAH'lı Hastaların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi (Bir Yıllık İzlem). *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 2(2), 4-6.
103. Komiyama, M., Takahashi, Y., Tateno, H., Mori, M., Nagayoshi, N., Yonehara, H., Nakasa, N., Haruki, Y. and Hasegawa, K. (2019). Support for Patients Who Have Difficulty Quitting Smoking: A Review. *Internal Medicine (Tokyo, Japan)*, 58(3), 317-320.
104. 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., Pitta, F., Sewell, L., Raskin, J., Bourbeau, J., Crouch, R., Franssen, F. M., Casaburi, R., Vercoulen, J. H., Vogiatzis, I., Gosselink, R., Clini, E. M., Effing, T. W., Maltais, F., van der Palen, J., Troosters, T., Janssen, D. J. A., Collins, E., Garcia-Aymerich, J., Brooks, D., Fahy, B. F., Puhan, M. A., Hoogendoorn, M., Garrod, R., Schols, A. M. V. J., Carlin, B., Benzo, R., Meek, P., Morgan, M., Rutten-van Mölken, M. P. M. H., Ries, A. L., Make, B., Goldstein, R. S., Dowson, C. A., Brozek, J. L., Donner, C. F., Wouters, E. F. M. and ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation. (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.
105. Spruit, M. A. (2014). Pulmonary Rehabilitation. *European Respiratory Review: An Official Journal of the European Respiratory Society*, 23(131), 55-63.
106. Gloeckl, R., Schneeberger, T., Jarosch, I. and Kenn, K. (2018). Pulmonary Rehabilitation and Exercise Training in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Deutsches Arzteblatt International*, 115(8), 117-123.
107. Mineshita, M. and Slebos, D. J. (2014). Bronchoscopic Interventions for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respirology (Carlton, Vic.)*, 19(8), 1126-1137.

108. van Geffen, W. H., Kerstjens, H. and Slebos, D. J. (2017). Emerging Bronchoscopic Treatments for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Pharmacology & Therapeutics*, 179, 96-101.
109. Ferrera, M. C., Labaki, W. W. and Han, M. K. (2021). Advances in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Annual Review of Medicine*, 72, 119-134.
110. Almagro, P. and Castro, A. (2013). Helping COPD Patients Change Health Behavior in Order to Improve Their Quality of Life. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 8, 335-345.
111. Post, M. W. (2014). Definitions of Quality of Life: What has Happened and how to Move on. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 20(3), 167-180.
112. Yenilmez, Ö., Gürsoy, S., Evyapan, F. ve Kitiş, A. (2018). KOAH'lı Bireylerde Aktivite Katılımı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 11(2), 30-36.
113. Kar, S. ve Zengin, N. (2019). KOAH'lı Hastalarda Sağlık Durumunun Sosyodemografik ve Hastalık ile İlgili Özelliklere Göre İncelenmesi. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 1(1), 1-7.
114. Hayen, A., Herigstad, M. and Pattinson, K. T. (2013). Understanding Dyspnea as a Complex Individual Experience. *Maturitas*, 76(1), 45-50.
115. Thomas, M., Decramer, M. and O'Donnell, D. E. (2013). No Room to Breathe: The Importance of Lung Hyperinflation in COPD. *Primary Care Respiratory Journal: Journal of the General Practice Airways Group*, 22(1), 101-111.
116. O'Donnell, D. E., Milne, K. M., James, M. D., de Torres, J. P. and Neder, J. A. (2020). Dyspnea in COPD: New Mechanistic Insights and Management Implications. *Advances in Therapy*, 37(1), 41-60.
117. Türk, G. ve Üstün, R. (2018). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerin Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(1), 19-25.
118. Barton, C., Effing, T. W. and Cafarella, P. (2015). Social Support and Social Networks in COPD: A Scoping Review. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary*, 12(6), 690-702.
119. Yeşil Bayülgen, M., Gün, M. ve Erdoğan, S. (2021). Kronik Obsrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Öz Bakım Yönetimleri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 106-112.
120. Gardener, A. C., Ewing, G., Kuhn, I. and Farquhar, M. (2018). Support Needs of Patients with COPD: A Systematic Literature Search and Narrative Review. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13, 1021-1035.

121. Gagné, M., Lauzier, S., Babineau-Therrien, J., Hamel, C., Penney, S. E., Bourbeau, J., Moisan, J. and Boulet, L. P. (2020). COPD-Specific Self-Management Support Provided by Trained Educators in Everyday Practice is Associated with Improved Quality of Life, Health-Directed Behaviors, and Skill and Technique Acquisition: A Convergent Embedded Mixed-Methods Study. *The Patient*, 13(1), 103-119.
122. van der Molen, T., Miravittles, M. and Kocks, J. W. (2013). COPD Management: Role of Symptom Assessment in Routine Clinical Practice. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 8, 461-471.
123. Bektaş Akpınar, N. ve Aşkın Ceran, M. (2019). Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 140-152.
124. Karakoç Kumsar, A. ve Taşkın Yılmaz, F. (2014). Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 62-70.
125. Usta, Y. Y. (2012). Importance of Social Support in Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 13(8), 3569-3572.
126. Yılmazel, G. (2013). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek ve Sağlıkla İlişkili Davranışlar. *New Symposium Journal*, 51(3), 151-157.
127. Chuang, M. L., Lin, I. F. and Lee, C. Y. (2016). Clinical Assessment Tests in Evaluating Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Cross-Sectional Study. *Medicine*, 95(47).
128. Varol, F. (2016). *KOAH Fenotiplerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
129. Çelik, S. (2018). *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında (KOAH) Psikososyal Uyum Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
130. Takmak, Ş. (2019). *KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)'ta Akılcı İlaç Kullanımı ve Semptom Kontrolü Eğitiminin Öz Etkililik, Emosyonel Durum ve Klinik Parametrelere Etkisi*, Doktora Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
131. Jones, P. W., Harding, G., Berry, P., Wiklund, I., Chen, W. H. and Kline Leidy, N. (2009). Development and First Validation of the COPD Assessment Test. *The European Respiratory Journal*, 34(3), 648-654.
132. Yorgancıoğlu, A., Polatlı, M., Aydemir, Ö., Yılmaz Demirci, N., Kırkıl, G., Naycı Atış, S., Köktürk, N., Uysal, A., Akdemir, S. E., Özgür, E. S. ve Günakan, G. (2012). KOAH Değerlendirme Testinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 60(4), 314-320.

133. Borg, G. A. (1982). Psychophysical Bases of Perceived Exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14(5), 377-381.
134. Burdon, J. G., Juniper, E. F., Killian, K. J., Hargreave, F. E. and Campbell, E. J. (1982). The Perception of Breathlessness in Asthma. *The American Review of Respiratory Disease*, 126(5), 825-828.
135. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. and Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.
136. Eker, D. ve Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 45-55.
137. Eker, D., Arkar, H. ve Yaldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
138. Polatlı, M., Yorgancıoğlu, A., Aydemir, Ö., Yılmaz Demirci, N., Kırkıl, G., Atış Naycı, S., Köktürk, N., Uysal, A., Akdemir, S. E., Özgür, E. S. ve Günakan, G. (2013). St. George Solunum Anketinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 61(2), 81-87.
139. Güneş Yapucu, Ü., Kara, D. ve Erbağcı, A. (2012). Dispne Yakınması Olan Hastalarda Farklı Dispne Ölçeklerinin Karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(2): 65-71.
140. Weingaertner, V., Scheve, C., Gerdes, V., Schwarz-Eywill, M., Prenzel, R., Bausewein, C., Higginson, I. J., Voltz, R., Herich, L., Simon, S. T., PAALiativ Project and PAALiativ Project. (2014). Breathlessness, Functional Status, Distress, and Palliative Care Needs Over Time in Patients with Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease or Lung Cancer: A Cohort Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(4), 569-81.
141. Hulya, S., Ilknur, N. and Gulru, P. (2020). Effect of Exercise Capacity on Perception of Dyspnea, Psychological Symptoms and Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 49(6), 753-757.
142. Ünal, K., Tar, E., Kant, E. ve Çetinkaya, F. (2018). KOAH Tanısı Alan Bireylerde Yürüme Egzersizinin Oksijen Saturasyonu, Dispne ve Mutluluk Düzeyine Etkisi. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8(1), 95-110.
143. Ozoglu Aytac, S., Kilic, S. P. and Ovayolu, N. (2020). Effect of Inhaler Drug Education on Fatigue, Dyspnea Severity, and Respiratory Function Tests in Patients with COPD. *Patient Education and Counseling*, 103(4), 709-716.
144. Sarioglu, N., Hismiogullari, A. A., Bilen, C. and Erel, F. (2016). Is the COPD Assessment Test (CAT) Effective in Demonstrating the Systemic Inflammation and

- Other Components in COPD?. *Revista Portuguesa de Pneumologia (English Edition)*, 22(1), 11-17.
145. Fazekas-Pongor, V., Fekete, M., Balazs, P., Árva, D., Péntzes, M., Tarantini, S., Urbán, R. and Varga, J. T. (2021). Health-Related Quality of Life of COPD Patients Aged Over 40 Years. *Physiology International*, 108(2), 261-273.
 146. Rehman, A. U., Shah, S., Abbas, G., Harun, S. N., Shakeel, S., Hussain, R., Hassali, M. and Rasool, M. F. (2021). Assessment of Risk Factors Responsible for Rapid Deterioration of Lung Function Over a Period of One Year in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Scientific Reports*, 11(1), 13578.
 147. Tudorache, E., Fildan, A. P., Frandes, M., Dantes, E. and Tofolean, D. E. (2017). Aging and Extrapulmonary Effects of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 1281-1287.
 148. Miravittles, M., Koblizek, V., Esquinas, C., Milenkovic, B., Barczyk, A., Tkacova, R., Somfay, A., Zykov, K., Tudoric, N., Kostov, K., Zbozinkova, Z., Svoboda, M., Sorli, J., Krams, A. and Valipour, A. (2019). Determinants of CAT (COPD Assessment Test) Scores in a Population of Patients with COPD in Central and Eastern Europe: The POPE Study. *Respiratory Medicine*, 150, 141-148.
 149. Johansson, H., Berterö, C., Berg, K. and Jonasson, L. L. (2019). To Live a Life with COPD-the Consequences Of Symptom Burden. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 14, 905-909.
 150. Kelly, J. L., Bamsey, O., Smith, C., Lord, V. M., Shrikrishna, D., Jones, P. W., Polkey, M. I. and Hopkinson, N. S. (2012). Health Status Assessment in Routine Clinical Practice: The Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test Score in Outpatients. *Respiration; International Review of Thoracic Diseases*, 84(3), 193-199.
 151. Riesco, J. A., Alcázar, B., Trigueros, J. A., Campuzano, A., Pérez, J. and Lorenzo, J. L. (2017). Active Smoking and COPD Phenotype: Distribution and Impact on Prognostic Factors. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12, 1989-1999.
 152. O'Donnell, D. E., Neder, J. A. and Elbehairy, A. F. (2016). Physiological Impairment in Mild COPD. *Respirology (Carlton, Vic.)*, 21(2), 211-223.
 153. Blondeel, A., Demeyer, H., Janssens, W. and Troosters, T. (2018). The Role of Physical Activity in the Context of Pulmonary Rehabilitation. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 15(6), 632-639.
 154. Camillo, C. A., Osadnik, C. R., Burtin, C., Everaerts, S., Hornikx, M., Demeyer, H., Loeckx, M., Rodrigues, F. M., Maes, K., Gayan-Ramirez, G., Janssens, W. and Troosters, T. (2020). Effects of Downhill Walking in Pulmonary Rehabilitation for Patients with COPD: A Randomised Controlled Trial. *The European Respiratory Journal*, 56(3), 2000639.

155. Dal Negro, R. W., Bonadiman, L. and Turco, P. (2014). Sensitivity of the COPD Assessment Test (CAT questionnaire) Investigated in a Population of 681 Consecutive Patients Referring to a Lung Clinic: The First Italian Specific Study. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 9(1), 15.
156. Turan, M. O., Turan, P. A. ve Mirici, A. (2016). Göğüs Hastalıkları Uzmanlarına Düzenli Kontrole Gitmeyen KOAH Hastalarının Değerlendirilmesi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 30(3), 149-155.
157. von Leupoldt, A. and Janssens, T. (2016). Could Targeting Disease Specific Fear and Anxiety Improve COPD Outcomes?. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 10(8), 835-837.
158. Ünsal, A. and Karakurt, P. (2021). Moral and Social Support Statuses and Depressive Symptoms of Patients Aged 65 and Over Who Have Chronic Obstructive Lung Disease. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 6(3), 355-368.
159. Turnier, L., Eakin, M., Woo, H., Dransfield, M., Parekh, T., Krishnan, J. A., Kanner, R., Cooper, C. B., Woodruff, P. G., Wise, R., Han, M. K., Romero, K., Paulin, L. M., Peters, S., Drummond, B., Bleecker, E. R., Bowler, R., Comellas, A. P., Couper, D., Paine, R., ... Hansel, N. N. (2021). The Influence of Social Support on COPD Outcomes Mediated by Depression. *Plos One*, 16(3), e0245478.
160. Ceyhan, Y., Zorlu, D. ve Ertürk, A. (2022). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığındaki Semptomlar ve Çözüm Yollarının İncelenmesi. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 112-121.
161. Tel Aydın, H., Tok Yıldız, F., Karagözoğlu, Ş. ve Özden, D. (2012). Hastaların Bakış Açısıyla Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ile Yaşamak: Fenomenolojik Çalışma. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(3), 177-183.
162. Parlar Kılıç, S., Kılıç, N. and Demirel, C. (2021). The Correlation Between Social Support and Self-Care Agency in Elderly Patients with Hypertension. *Journal of Education and Research in Nursing*, 18(2):240-247.
163. Shirvani, N. J., Ghaffari, F., Fotokian, Z. and Monadi, M. (2020). Association Between Perceived Family Social Support and Self-Care Behaviors in Elders with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): A Medical Center-Based Study from Iran. *The Open Nursing Journal*, 14(1).
164. Stevens, M., Cruwys, T. and Murray, K. (2020). Social Support Facilitates Physical Activity by Reducing Pain. *British Journal of Health Psychology*, 25(3), 576-595.
165. Robinson, H., Williams, V., Curtis, F., Bridle, C. and Jones, A. W. (2018). Facilitators and Barriers to Physical Activity Following Pulmonary Rehabilitation in COPD: A Systematic Review of Qualitative Studies. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 28(1), 19.

166. Wangsom, A., Othaganont, P. and Ladores, S. (2020). The Factors Predicting the Health-Related Quality of Life Among Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Public Health Region 4, Thailand: A Mixed-Methods Study. *The Open Public Health Journal*, 13, 105-113.
167. Kılınç, G., Yıldız, E. ve Kavak, F. (2019). KOAH'lı Hastalarda Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Journal of Psychiatric Nursing*, 10(2), 111-116.
168. Lord, V. M., Hume, V. J., Kelly, J. L., Cave, P., Silver, J., Waldman, M., White, C., Smith, C., Tanner, R., Sanchez, M., Man, W. D., Polkey, M. I. and Hopkinson, N. S. (2012). Singing Classes for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Controlled Trial. *BMC Pulmonary Medicine*, 12, 69.
169. Balcells, E., Gea, J., Ferrer, J., Serra, I., Orozco-Levi, M., de Batlle, J., Rodriguez, E., Benet, M., Donaire-González, D., Antó, J. M., Garcia-Aymerich, J. and PAC-COPD Study Group. (2010). Factors Affecting the Relationship Between Psychological Status and Quality of Life in COPD Patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 108.
170. Rosińczuk, J., Przyszlak, M. and Uchmanowicz, I. (2018). Sociodemographic and Clinical Factors Affecting the Quality of Life of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13, 2869-2882.
171. Kharbanda, S. and Anand, R. (2021). Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Hospital-Based Study. *The Indian Journal of Medical Research*, 153(4), 459-464.
172. Han, K. T., Park, E. C., Kim, J. H., Kim, S. J. and Park, S. (2014). Is Marital Status Associated with Quality of Life?. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 109.
173. Ahmed, M. S., Neyaz, A. and Aslami, A. N. (2016). Health-Related Quality of Life of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: Results from a Community Based Cross-Sectional Study in Aligarh, Uttar Pradesh, India. *Lung India: Official Organ of Indian Chest Society*, 33(2), 148-153.
174. Assaf, E. A., Badarneh, A., Saifan, A. and Al-Yateem, N. (2022). Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients' Quality of Life and its Related Factors: A Cross-Sectional Study of the Jordanian Population. *F1000Research*, 11, 581.
175. Lutter, J. I., Jörres, R. A., Welte, T., Watz, H., Waschki, B., Alter, P., Trudzinski, F. C., Ohlander, J., Behr, J., Bals, R., Studnicka, M., Holle, R., Vogelmeier, C. F. and Kahnert, K. (2020). Impact of Education on COPD Severity and All-Cause Mortality in Lifetime Never-Smokers and Longtime Ex-Smokers: Results of the COSYCONET Cohort. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 15, 2787-2798.

176. Tel, H., Güler, N. ve Tel, H. (2011). Yaşlıların Evde Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Durumu ve Yaşam Kaliteleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 13(2), 59-67.
177. Holm, K. E., Bowler, R. P., Make, B. J. and Wamboldt, F. S. (2009). Family Relationship Quality is Associated with Psychological Distress, Dyspnea, and Quality of Life in COPD. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 6(5), 359-368.
178. Arne, M., Lundin, F., Boman, G., Janson, C., Janson, S. and Emtner, M. (2011). Factors Associated with Good Self-Rated Health and Quality of Life in Subjects with Self-Reported COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 6, 511-519.
179. Franssen, F., Smid, D. E., Deeg, D., Huisman, M., Poppelaars, J., Wouters, E. and Spruit, M. A. (2018). The Physical, Mental, and Social Impact of COPD in a Population-Based Sample: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 28(1), 30.
180. Yılmaz, M., Yelten, G., Böckün, E., Tokem, Y. ve Tekin, N. (2019). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Erişkinlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. *Türk Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Dergisi*, 13(3), 248-257.
181. Welch, L., Orlando, R., Lin, S. X., Vassilev, I. and Rogers, A. (2020). Findings from a Pilot Randomised Trial of a Social Network Self-Management Intervention in COPD. *BMC Pulmonary Medicine*, 20(1), 162.
182. Lovell, N., Etkind, S. N., Bajwah, S., Maddocks, M. and Higginson, I. J. (2019). Control and Context Are Central for People With Advanced Illness Experiencing Breathlessness: A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(1), 140-155.
183. Burgel, P. R., Escamilla, R., Perez, T., Carré, P., Caillaud, D., Chanez, P., Pinet, C., Jebrak, G., Brinchault, G., Court-Fortune, I., Paillasseur, J. L., Roche, N. and INITIATIVES BPCO Scientific Committee. (2013). Impact of Comorbidities on COPD-Specific Health-Related Quality of Life. *Respiratory Medicine*, 107(2), 233-241.
184. Sundh, J., Montgomery, S., Hasselgren, M., Kämpe, M., Janson, C., Ställberg, B. and Lisspers, K. (2016). Change in Health Status in COPD: A Seven-Year Follow-up Cohort Study. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 26, 16073.
185. Aldan, G. (2019). *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Dispne, Sağlık Durumu ve Yaşam Kalitesi İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
186. Arabyat, R. M. and Raisch, D. W. (2019). Relationships Between Social/Emotional Support and Quality of Life, Depression and Disability in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Analysis Based on Propensity Score Matching.

Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine, 53(10), 918-927.

187. Şahin, M. H. (2021). *KOAH Hastalarının Algıladıkları Sosyal Destek ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki*, Uzmanlık Tezi, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Hatay.
188. Miyazaki, M., Nakamura, H., Chubachi, S., Sasaki, M., Haraguchi, M., Yoshida, S., Tsuduki, K., Shirahata, T., Takahashi, S., Minematsu, N., Koh, H., Nakamura, M., Sakamaki, F., Terashima, T., Sayama, K., Jones, P. W., Asano, K., Betsuyaku, T. and Keio COPD Comorbidity Research (K-CCR) Group. (2014). Analysis of Comorbid Factors that Increase the COPD Assessment Test Scores. *Respiratory Research*, 15(1), 13.





EKLER

EK-1. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 17.03.2021-9551



T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı :E-15386878-044-9551

Konu :Etik Kurul Onayı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN
Öğretim Üyesi

İlgi : 26.02.2021 tarihli ve E.7123 sayılı dilekçeniz.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde öğrenim gören ve Samsun Ayvacık İlçe Devlet Hastanesi'nde görev yapan Hemşire Büşra ALTUNİŞİK ile işbirliğinizde yürütülen "KOAH'lı Bireylerde Dispne, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi" konulu araştırma çalışması, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiştir.

Söz konusu çalışmanın yürütülmesinin ve uygulanmasının etik olarak uygun olduğu kanaatine varılmış olup, Kurul Kararının bir örneği ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Recep KÜRKÇÜ
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek:Kurul Kararı_1 (1 sayfa)

EK-2. Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SAMSUN İDARI
HİZMETLER BİRİMİ
31/05/2021 11:14 - E-26521195 - 604.02 - 1016



Sayı : E-26521195-604.02
Konu : Büşra ALTUNIŞIK'ın Tez Çalışması
Onayı

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 09/04/2021 tarihli ve 61646299-12438 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazıya istinaden; Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Büşra ALTUNIŞIK'ın Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN danışmanlığında yürüteceği **“KOAH'lı Bireylerde Dispne, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi”** konulu tez çalışmasını yapması Müdürlüğümüz "Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu" tarafından uygun görülmüştür.

Müdürlüğümüz ile imzalanan "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Muhammet Ali ORUÇ
İl Sağlık Müdürü

Ek: Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü

EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

KOAH'LI BİREYLERDE DİSPNE, SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Proje Yürütücüsü: Dr. Öğr. Üyesi Nurhan DOĞAN

Araştırmanın Amacı:

KOAH'lı bireylerin dispne, sosyal destek, yaşam kalitesi düzeylerini ve sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte gerçekleştirilecektir.

Araştırmada İzlenecek Yöntem:

Araştırma 31.05.2021-15.03.2022 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dr. Kamil Furtun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Yerleşkesi'ne başvuran KOAH'lı bireylerle gerçekleştirilecektir. Araştırmada veriler, bireylerin Hasta Tanıtım Formu ve KOAH Değerlendirme Testi (CAT), Modifiye Borg Skalası, St. George Solunum Anketi ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşülerek toplanacaktır.

Bu araştırmanın protokolü, Amasya Üniversitesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler:

Tüm dünyayı olduğu gibi ülkemizi de etkileyen COVID-19 pandemisi nedeniyle göğüs hastalıkları servisleri risk oluşturmaktadır. Ancak yardımcı araştırmacının zaten klinikte hemşire olarak aktif çalışması ve gerekli önlemleri alması dışında alınması gerekli herhangi bir güvenlik önlemi yoktur.

Pandemi dolayısıyla, ülkemizde vaka sayılarında bir artış görülmeye başlanacak olursa, gelişebilecek enfeksiyon riskine karşı anket ve ölçekler çıktı yerine dijital form halinde araştırmacı tarafından yüz yüze veya hastaların iletişim bilgileri alınıp telefon görüşmesi ile de veriler toplanabilecektir.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı/Soyadı/Telefonu:

Büşra ALTUNIŞIK

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi proje yürütücüsü olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim/araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

EK-3. (devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı/Soyadı/İmzası/Tarih**Açıklamaları Yapan Kişinin Adı/Soyadı/İmzası/Tarih**

Büşra ALTUNIŞIK

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı/Soyadı/İmzası/Tarih**Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı/Soyadı/İmzası/Tarih**

EK-4. Ölçek Kullanım İzinleri

EK-4. (devam) Ölçek Kullanım İzinleri

EK-4. (devam) Ölçek Kullanım İzinleri

EK-5. Hasta Tanıtım Formu

Anket No:

Tarih:

1. Yaşınız?

.....

2. Cinsiyetiniz nedir?

a. Kadın b. Erkek

3. Medeni Durumuz:

a. Evli b. Bekar

4. Eğitim durumunuz nedir?

a. Okur-yazar değil b. Okur-yazar c. İlköğretim d. Lise e. Üniversite f. Diğer

5. Çalışıyor musunuz?a. Evet
b. Hastalığım nedeniyle çalışmıyorum
c. Hastalığım dışındaki nedenlerden dolayı çalışmıyorum**6. Mesleğiniz:**

a. Memur b. Emekli c. İşçi d. Serbest Meslek e. Ev Hanımı f. Çiftçi g. Diğer

7. Yaşadığınız yer nerede?

a. İl b. İlçe c. Köy

8. Aile Yapısı:

a. Çekirdek aile b. Geniş aile

9. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?a. Yalnız yaşıyorum
b. Eşim ile birlikte
c. Çocuklarım ile birlikte
d. Eşim ve çocuklarım ile birlikte
e. Eş, çocuklar, torunlar hep bir arada kalabalık bir aile ile birlikte**10. Sosyal Güvenceniz:**

a. Bağ-kur b. SSK c. Emekli Sandığı d. Diğer

11. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

a. Çok iyi b. İyi c. Orta d. Kötü e. Çok kötü

12. Sigara kullanıyor musunuz?a. Hiç içmedim.
b. İçiyorum. -Kaç yıldır sigara içiyorsunuz: -Günde kaç paket içiyorsunuz:
c. Bıraktım. -Kaç yıldır içmiyorsunuz:**13. Pasif içici misiniz? (Çevrenizde kapalı ortamlarda yanınızda tütün kullanan var mı?)**

a. Evet b. Hayır

14. Evinizin ısınma şekli nedir?

a. Soba b. Kalorifer c. Elektrikli soba d. Diğer

15. Egzersiz yapıyor musunuz?a. Düzenli olarak yapıyorum (.....gün/haftadakika/gün)
Egzersiz tipi: 1. Yürüyüş 2. Diğer:
b. Yapmıyorum

EK-5. (devam) Hasta Tanıtım Formu**16. KOAH tanısını kaç yıl önce aldınız?**

.....

17. KOAH'tan başka herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

a. Hayır b. Evet (ise aşağıda size uygun olan seçenekleri işaretleyiniz)

Diyabet	Osteoporoz	Kalp hastalığı	Hipertansiyon	Kanser	Depresyon
Tüberküloz	Pnömoni	Demans	Böbrek hastalığı	Ülser	Gece horlaması veya uyku apne sendromu

Diğer:

18. Ailenizde KOAH hastası var mı?

a. Evet b. Hayır

19. Son 1 yıl içinde kaç kere KOAH nedeniyle hastanede yattınız?

.....

20. Son 1 yıl içinde kaç kere KOAH nedeniyle acile başvurduunuz?

.....

21. Son 1 yıl içinde kaç kere KOAH nedeniyle göğüs polikliniğine başvurduunuz?

.....

22. Son 1 Yıldaki KOAH Alevlenme Sayısı:

.....

23. Dispne için inhaler bir ilaç kullanıyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

24. Hastalığınız ile ilgili evde kullanmakta olduğunuz bir cihazınız var mı?a. Nebulizatör b. Oksijen tüpü c. Oksijen konsantretörü
d. Bipap cihazı e. Mekanik ventilatör**25. KOAH ile ilgili kontrollere düzenli olarak gidiyor musunuz?**

a. Evet b. Hayır c. Kısmen

26. Hastalığınız süresince ihtiyaç duyduğunuz yardımı ailenizden/yakın çevrenizden alıyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

27. Etrafınızda üzüldüğünüzde veya mutlu olduğunuzda sizi destekleyen birileri var mı?

a. Evet b. Hayır

28. Bu kişilerin desteğini nasıl değerlendirirsiniz?

a. Çok iyi b. İyi c. Orta d. Kötü e. Çok kötü

29. Hastalık yaşamınızı ne kadar olumsuz etkiliyor?

a. Etkilemiyor b. Düşük düzeyde c. Orta düzeyde d. Yüksek düzeyde

30. Ne sıklıkla sosyal aktivitelere katılırsınız?

a. Katılmıyorum b. Haftada 1,2 kez c. Ayda 1,2 kez d. 6 ayda 1 (çok seyrek)

EK-6. KOAH Değerlendirme Testi (CAT)

Bu anket, KOAH'ın sağlığınıza ve günlük yaşamınıza olan etkisinin değerlendirilmesinde size ve sağlık çalışanına yardımcı olacaktır. Cevaplarınız ve test puanınız, siz ve sağlık çalışanınız tarafından hastalığınızın tedavisinde gelişme sağlamak ve bundan en fazla faydayı elde etmeniz için kullanılabilir. Aşağıdaki her madde için, şu andaki durumunuzu en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyun. Her soru için sadece bir cevap seçtiğinizden emin olun.

Örnek:

Çok mutluyum	0	1	X	3	4	5	Çok kederliyim
--------------	---	---	----------	---	---	---	----------------

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

EK-7. Modifiye Borg Skalası (MBS)

Aşağıdaki tabloda, nefes darlığının şiddeti 1’den 10’ a kadar numaralandırılmış ve ne anlama geldiği karşısına yazılmıştır. Lütfen size uygun olanı işaretleyiniz.

0	Yok
0.5	Zorlukla fark edilir düzeyde
1	Çok hafif
2	Hafif
3	Orta
4	Biraz ciddi
5	Ciddi
6	5 ile 7 arasında
7	Çok ciddi
8	7 ile 9 arasında
9	Çok çok ciddi
10	En şiddetli

EK-8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

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

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK-9. Saint George Solunum Anketi (SGRQ)

Birinci Kısım

1. Son bir sene içindeki öksürme sıklığınız:

- a. Haftanın hemen hemen her günü
- b. Haftanın çoğu günü
- c. Haftada birkaç gün
- d. Sadece üşüttüğüm zaman
- e. Hiç

2. Son bir sene içindeki balgam çıkarma sıklığınız:

- a. Haftanın hemen hemen her günü
- b. Haftanın çoğu günü
- c. Haftada birkaç gün
- d. Sadece üşüttüğüm zaman
- e. Hiç

3. Son bir sene içerisindeki nefes darlığı durumum:

- a. Haftanın hemen hemen her günü
- b. Haftanın çoğu günü
- c. Haftada birkaç gün
- d. Sadece üşüttüğüm zaman
- e. Hiç

4. Son bir sene içinde göğsümde hissettiğim hırıltı-hışıltı sıklığı:

- a. Haftanın hemen hemen her günü
- b. Haftanın çoğu günü
- c. Haftada birkaç gün
- d. Sadece üşüttüğüm zaman
- e. Hiç

5. Son bir sene içinde kaç defa çok ciddi veya sizde sıkıntı yaratan göğüs hastalığı geçirdiniz? (Atak sayısı)

- a. 3 defadan fazla
- b. 3 defa
- c. 2 defa
- d. 1 defa
- e. Hiç

6. En uzun atağınız ne kadar sürdü? Eğer ciddi bir atak geçirmediyseniz 7. soruya geçiniz.

- a. 1 hafta veya daha uzun
- b. 3 gün veya daha uzun
- c. 1-2 gün
- d. 1 günden az

7. Son bir senede, haftada ortalama kaç gün göğüs hastalığınız ile ilgili hiçbir problem olmadan rahat gün geçirdiniz?

- a. 0 gün (haftanın her günü rahatsızım)
- b. 1 veya 2 günü rahat geçirdim
- c. 3 veya 4 günü rahat geçirdim
- d. Hemen hemen her günü rahat geçirdim
- e. Her gün rahattım

8. Göğsümde hırıltı-hışıltı varsa bu daha ziyade sabahları oluyor.

- a. Evet
- b. Hayır

EK-9. (devam) Saint George Solunum Anketi (SGRQ)

İkinci Kısım

Bölüm 1

1. Akciğer hastalığınız ile ilgili durumu nasıl değerlendiriyorsunuz? Lütfen uygun olan kutuyu işaretleyiniz.

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

2. Eğer bir işte çalışıyorsanız aşağıdakilerden birini işaretleyiniz.

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

Bölüm 2

Bugünlerde sizde nefes darlığı yapan hareketlerle ilgili sorulardır. Her madde için size uygun olan “Doğru” veya “Yanlış” kutusunu işaretleyiniz.

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

Bölüm 3

Bugünlerde olan öksürük ve nefes darlığınızla ilgili soruları içermektedir.

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

Bölüm 4

Bugünlerde akciğer hastalığınızın sizin üzerinizdeki etkileri ile ilgili sorulardır.

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

EK-9. (devam) Saint George Solunum Anketi (SGRQ)**Bölüm 5**

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

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

Bölüm 6

Bu bölüm; nefes darlığınız nedeni ile hareketlerinizin ne şekilde kısıtlandığını konusundaki soruları içermektedir. Her bir soruda sizin için geçerli olan kutuyu işaretleyiniz.

	Doğru	Yanlış
Yıkanmak veya giyinmek uzun zaman alıyor		
Banyo yapamıyorum veya duş alamıyorum, ya da bunlar uzun zaman alıyor		
Diğer insanlardan daha yavaş yürüyorum veya dinlenmek için durmak zorunda kalıyorum		
Ev işi gibi faaliyetler uzun zamanımı alıyor, veya dinlenmek için durmak zorunda kalıyorum		
Bir kat merdiven çıkarken yavaş çıkmak veya dinlenmek zorunda kalıyorum		
Eğer acele edersem veya hızlı yürürsem durup dinlenmek veya yavaşlamak zorunda kalıyorum		
Nefes darlığım nedeni ile yokuş yukarı çıkarken, merdiven yukarı yük taşırken, çiçek ekmek gibi kolay bahçe işleriyle uğraşırken, dans ederken, veya golf oynarken zorlanıyorum		
Nefes darlığım nedeni ile ağır yük taşırken, bahçe kazırken, saatte 5-6 km hızla yürürken, yavaş tempoda koşarken, tenis oynarken veya yüzerken zorlanıyorum		
Nefes darlığım nedeni ile ağır işler yaparken, koşarken, bisiklete binerken, hızlı yüzerken veya spor yaparken zorlanıyorum		

Bölüm 7

Akciğer hastalığınızın günlük yaşamınız üzerine nasıl etki yaptığını öğrenmek istiyoruz. “Doğru” veya “Yanlış” kutusunu işaretleyiniz. “Doğru” yanıtını verdiğiniz durumların, nefes darlığınız nedeni ile sizi etkileyen faaliyetler olduğunu unutmayınız.

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

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

Hastalığıma rağmen yapmak istediğim her şeyi yapabiliyorum	
Hastalığım nedeni ile yapmak istediğim bir iki şeyi yapamıyorum	
Hastalığım nedeni ile yapmak istediklerimin çoğunu yapamıyorum	
Hastalığım nedeni ile yapmak istediğim hiçbir şeyi yapamıyorum	

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Büşra ALTUNIŞIK

Doğum Yeri:

Doğum Tarihi:

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi: Amasya Üniversitesi (2014-218)

Yüksek Lisans Öğrenimi: Amasya Üniversitesi (2020-2023)

BİLİMSEL FAALİYETLERİ

VI. Uluslararası Hemşirelik ve İnovasyon Kongresi Sözlü Bildiri, KOAH'lı Bireylerde Dispne, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi, 22-23 Ekim 2022, İstanbul Online, Türkiye.

İŞ DENEYİMİ

Çalıştığı Kurum ve Yıl: Samsun Ayvacık Devlet Hastanesi/2020-Halen Devam Ediyor

İLETİŞİM

E-posta Adresi: