



T.C.

**ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
HES-YL-2015-0002**

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAH)
OLAN BİREYLERİN BAKIM BAĞIMLILIĞININ
BELİRLENMESİ**

Rabia ÜSTÜN

DANIŞMAN

Doç. Dr. Gülelgün TÜRK

AYDIN-2015

T. C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
HES-YL-2015-0002

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAH)
OLAN BİREYLERİN BAKIM BAĞIMLILIĞININ
BELİRLENMESİ

Rabia ÜSTÜN

DANIŞMAN

Doç. Dr. Güलगün TÜRK

AYDIN-2015

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Rabia ÜSTÜN** tarafından hazırlanan “**Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi**” başlıklı tez, 01/12/2014 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı ve Soyadı :

Üniversitesi :

İmzası:

1- Doç. Dr. Güलगün TÜRK

Adnan Menderes Üniversitesi



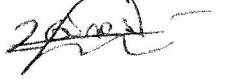
2- Prof. Dr. Nevin KUZU KURBAN

Pamukkale Üniversitesi



3- Doç. Dr. Zeynep GÜNEŞ

Adnan Menderes Üniversitesi



Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans Tezi Enstitü Yönetim Kurulunun..... Sayılı kararıylatarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Günümüzde tıp ve teknoloji­deki hızlı gelişmelere paralel olarak, insanın beklenen yaşam süresinde artış olmuş, yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalık insidansı da artmıştır. Solunum sisteminin kronik hastalıkları, kişilerde ciddi şekilde yetersizlik ve sınırlılık yaşatan, mortalite artışına sebep olan önemli hastalıklar olarak kabul edilmektedir.

Kronik obsrük­tif akciğer hastalığı (KOA­H) dünya genelinde artış gösteren, geri dönüşsüz bir hastalıktır. KOA­H'ta ortaya çıkan fizyopatolojik süreçler sonunda solunum aktivitesi önemli derecede bozulmakta, dispne, yorgunluk, uykusuzluk nedeni ile bireyler günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken ciddi sınırlılıklar yaşamaktadır. İlerleyen yaş ve semptomlardaki artış ile birlikte hastalarda bakım bağımlılık düzeyi artmaktadır.

Bu araştırma göğüs hastalıkları kliniğinde yatan kronik obsrük­tif akciğer hastalığı (KOA­H) olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bireylerin bakım gereksinimlerinin ve bağımsızlık durumlarının belirlenmesi, bireye özgü hemşirelik bakımını planlamada hemşireye temel bilgi sağlayarak, hastaya verilen hemşirelik bakımının kalitesinin artacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri kapsamında ASYO-13006 proje kodu ile desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ	vii
EKLER DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ.....	1
1.2. GENEL BİLGİLER.....	4
1.2.1. FİZYOPATOLOJİ.....	9
1.2.2. BELİRTİLER.....	10
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
2.1. Araştırmanın Şekli.....	15
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	15
2.3. Araştırmanın Zamanı.....	15
2.4. Araştırmanın Evreni.....	15
2.5. Araştırmanın Örneklemi.....	15
2.6. Araştırmaya Dahil Etme ve Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	16
2.7. Veri Toplama Araçları.....	16
2.8. Ön Uygulama.....	18
2.9. Verilerin Toplanması.....	18
2.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	19
2.11. Değişkenler.....	19
2.12. Araştırmanın sınırlılıkları.....	20
2.13. Araştırmanın Etik Yönü.....	20
3. BULGULAR.....	21
3.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri ve KOAH ile ilgili bulgular.....	21
3.1.1. Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özellikleri.....	21
3.1.2. Tablo 2. Hastaların KOAH ile ilgili klinik özellikleri.....	23

3.1.3. Tablo 3. Hastaların bazal durum dispne ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	24
3.2. Hastaların bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular.....	26
3.2.1. Tablo 4. Hastaların bakım bağımlılığı ölçek alt maddelerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	26
3.2.2. Tablo 5. Hastaların bakım bağımlılığı ve bazal durum dispne ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	28
3.3. Bakım bağımlılığını etkileyebilecek değişkenlere ilişkin bulgular	29
3.3.1. Tablo 6. Hastaların yaş gruplarına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	29
3.3.2. Tablo 7. Hastaların cinsiyetine göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	29
3.3.3. Tablo 8. Hastaların eğitim durumuna göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	30
3.3.4. Tablo 9. Hastaların mesleğine göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	30
3.3.5. Tablo 10. Hastaların KOAH'ın tanılanma zamanına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	31
3.3.6. Tablo 11. Hastaların KOAH'ın evresine göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	32
3.3.7. Tablo 12. Hastaların KOAH'a ek kronik hastalık varlığına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	32
4. TARTIŞMA.....	33
4.1. Hastaların KOAH ile ilgili tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların incelenmesi	33
4.2. Hastaların bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bulguların incelenmesi	33
4.3. Bakım bağımlılığını etkileyebilecek değişkenlere ilişkin bulguların incelenmesi	39
4.3.1. Hastaların yaş gruplarına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulguların incelenmesi	39
4.3.2. Hastaların cinsiyetine göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulguların incelenmesi	40
4.3.3. Hastaların eğitim durumuna göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulguların incelenmesi	40

4.3.4. Hastaların meslek grubuna göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulguların incelenmesi	40
4.3.5. Hastaların KOAH'ın tanılanma zamanına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulguların incelenmesi	41
4.3.6. Hastaların KOAH'ın evresine göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulguların incelenmesi	41
4.3.7. Hastaların KOAH'a ek kronik hastalık varlığına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulguların incelenmesi	41
4.4. Bakım bağımlılığı ve bazal durum dispne ölçek puanına ilişkin bulguların incelenmesi	43
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	44
ÖZET	46
SUMMARY	47
KAYNAKLAR	48
ÖZGEÇMİŞ	55

SİMGELER VE KISALTMALAR

BBÖ	: Bakım Bağımlılığı Ölçeği
BDDÖ	: Bazal Durum Dispne Ölçeği
DM	: Diabetes Mellitus
FEV ₁	: 1.saniye zorlu ekspiratuar volüm
FVC	: Zorlu vital kapasite
GOLD	: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
GYA	: Günlük yaşam aktivitesi
HT	: Hipertansiyon
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
kPa	: Kilopascal
RV	: Rezidüel volüm
FRC	: Fonksiyonel rezidüel kapasite
SO ₂	: Kükürt dioksit
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLÖLAR

Sayfa

Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özellikleri	21
Tablo 2. Hastaların KOAH ile ilgili klinik özellikleri.....	23
Tablo 3. Hastaların bakım bağımlılığı ölçek alt maddelerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	24
Tablo 4. Hastaların bazal durum dispne ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	26
Tablo 5. Hastaların yaş gruplarına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	28
Tablo 6. Hastaların cinsiyetine göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	29
Tablo 7. Hastaların eğitim durumuna göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	29
Tablo 8. Hastaların mesleğine göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	30
Tablo 9. Hastaların KOAH'ın tanılanma zamanına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	30
Tablo 10. Hastaların KOAH'ın evresine göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	31
Tablo 11. Hastaların KOAH'a ek kronik hastalık varlığına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	32
Tablo 12. Hastaların bakım bağımlılığı ve bazal durum dispne ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	32

EKLER

Sayfa

Ek 1. Hasta tanıtım formu	57
Ek 2. Bakım bağımlılığı ölçeği	58
Ek 3. Bazal durum dispne ölçeği	59
Ek 4. Araştırma izin yazısı	61
Ek 5. Etik kurul karar formu	62
Ek 6. Gönüllü olur belgesi	63

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve önemi:

Yaşam süresindeki artış, ölüm ve doğum oranlarındaki düşüş gelişmiş ülkelerde nüfus piramidini ters yönde etkilemektedir. Diğer bir deyişle, tahminler nüfusun yaş ortalamasının arttığına işaret etmektedir (Abad-Corpa ve ark 2012). Yaş ortalamasının artmasıyla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı, mortalite ve morbiditenin artışı da kaçınılmazdır.

Kronik hastalıklar tam olarak iyileşmeyen, sürekli ilerleyen, çoğu zaman kalıcı sakatlıklar ve yetmezliklere yol açan, sürekli bakım ve kontrol gerektiren hastalıklar olması açısından önem taşımaktadır. Kronik hastalık kişinin dengesini sarsmakta, yeni bir uyum gerektirmektedir. Bu durum kişinin gelecek planlarına, günlük yaşamının akışına ne kadar engel oluyorsa, o kadar ağır sorunlara neden olur. Kronik hastalıklara yeterince uyum sağlanmadığında fizyolojik, sosyal ve psikolojik sorunlar katlanarak artış gösterir ve günlük yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenir. Hastalığın süresi, hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim durumu, medeni durumu, fiziksel çevresi, sosyal hizmet olanakları, ekonomik durumu ve alabileceği resmi ya da kurumsal destek hizmetleri, aile, komşu, akraba, arkadaş gibi sosyal destek sistemleri, kronik hastalığa uyum sürecinde ve kronik hastalığın yarattığı sonuçlarda önemli etkileri olan faktörlerdir. Kronik hastalık bireylerin yaşamına doğrudan etkisinin yanı sıra yol açtığı iş gücü kaybı, getirdiği sosyal ve ekonomik sorunlar nedeniyle toplumu da doğrudan ilgilendirmektedir (Elbi Mete 2008).

Kronik hastalıklar içerisinde sık karşılaşılan hastalıklardan biri de kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) dır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı; tam olarak geri dönüşümlü olmayan, ilerleyici hava akımı kısıtlanması ile karakterize bir hastalıktır. KOAH, zararlı gaz ve partiküllere özellikle sigara dumanına karşı oluşan enflamatuvar bir süreç sonucu gelişir. Enflamasyon yalnızca akciğerlerle sınırlı olmayıp, sistemik özellikler de göstermektedir. Önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olan KOAH, şiddeti ve sıklığı artan alevlenmelerle seyreder. Eşlik eden hastalıklar (komorbiditeler), hastalığın doğal gidişini etkiler (TTD 2010).

KOAH en önemli ölüm ve sağlık yoksunluğu yaratan sebeplerden biridir. Hastalık başladıktan sonra tedavisi zor ve mali yükü oldukça ağırdır. KOAH dünya çapında 200

milyondan fazla kişiyi etkileyen, geri dönüşümü olmayan hava akımı sınırlılığı ile karakterize majör bir akciğer hastalığıdır (Shaykhiev ve Crystal 2013).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, KOAH tüm dünyada yaklaşık 50 milyon insanı etkilemekte ve her yıl 3 milyon kişi bu hastalık nedeni ile ölmektedir. Yine dünya sağlık örgütü 2030' da KOAH'ın tüm dünyada en önemli ölüm nedenleri arasında 3. sırada olacağını öngörmektedir. Son çalışmalar dünyada KOAH'lı hastaların ancak %25-50'sinin tanı aldığını göstermiştir. Türkiye verilerine göre ülkemizdeki en önemli ölüm nedenleri arasında 3. sırada olan KOAH'ın görülme sıklığı 40 yaş üstü yetişkinlerde %20'dir. Bir diğer deyişle toplumumuzda 40 yaş üstü her 5 kişiden birinde KOAH vardır. Oysa 10 KOAH hastasının sadece biri doktora başvurmuş ve doğru tanı alabilmiştir. Bu durumda, ülkemizde bulunan 3-5 milyona yakın KOAH'lı hastanın sadece 300-500 bini kendisinde hastalık olduğunu bilmektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı 2014).

KOAH hastaları hem fizyolojik hem psikolojik olarak etkiler. KOAH'ın erken döneminde öksürük yorgunluk nefes darlığı gibi belirtiler görülürken ilerleyen dönemde günlük yaşam aktivitelerinde büyük ölçüde kısıtlanma, dispneye bağlı aktivite ve hareket kısıtlılığı, beslenme bozuklukları, sosyal izolasyon, aile içi rollerde değişim gibi olumsuzluklar yaşanmaktadır. Hastalar KOAH' ın erken döneminde semptomların ciddiyetinden habersiz iken; öksürük yorgunluk ve nefes darlığı gibi belirtileri yaşlanma ve kilo alımına bağlamaktadır. Bu durumda hastalarının sağlık kurumuna başvurması gecikmekte ve hastalığın prognozu ilerlemektedir. Prognozun ilerlemesiyle birlikte semptomların şiddeti de artmaktadır (Reardon 2007). Ayrıca, komorbid hastalıklar KOAH'ın şiddetini ve prognozunu olumsuz yönde etkilemektedir. Komorbiditelerin hastaneye yatış sıklığını, sağlık harcamalarını ve mortaliteyi arttırdığı bilinmektedir (TTD 2010).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında kişiyi en çok sarsan durumlardan biri de yorgunluktur. Kişi solunum sıkıntısı ve yorgunluğu en aza indirmek için gün içinde harcadığı eforu minimum düzeye indirmektedir. Bu durumda da günlük yaşam aktiviteleri sınırlanmakta hatta çoğu zaman kişi bir başkasına bağımlı duruma gelmektedir. Hastalık ve yorgunluk durumunda önlem olarak uyku ve dinlenme tercih edilirken KOAH hastaları için bu durum geçerli olmayabilir. KOAH hastaları uykuya dalmakta güçlük çektikleri ve solunum sıkıntısı yaşadıkları için durum daha da zorlaşmaktadır.

KOAH olan hastaların günlük yaşam aktivitelerinin (GYA) değerlendirildiği bir çalışmada (Ünsal ve Yetkin 2005) bireylerin hepsi (% 100) KOAH'ın GYA'ni etkilendiğini (% 36,8'i az, % 63,2'si çok) belirtmişlerdir. Bu çalışmada, "KOAH'lı bireylerin en çok etkilenen GYA sırasıyla; solunum (%100), güvenli çevrenin sürdürülmesi (%96,4), beden ısısının kontrolü (%96.0), çalışma ve uğraş (%95.6), hareket (%95.2) ve uyku aktivitesi (%80,4)" olduğu belirtilmiştir. KOAH hastalarda fiziksel kısıtlamaların dışında sosyal ve psikolojik yönden de olumsuz etkiler yaratmaktadır. Aras ve Tel (2008), "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi" adlı çalışmasında KOAH olan hastaların sosyal ağ büyüklüklerinin ortalama 10 kişiden oluştuğu, sosyal ağın aile bireyleri ve yakın akrabalarından oluştuğu, aile bireylerinden alınan desteğin arkadaş çevresinden alınan desteğe göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Günlük aktivite; hastalığın direkt etkisi, hastanın hastalığı ile ilgili geçmişteki deneyimleri ya da iyilik halinin algılanmasındaki değişiklikler nedeniyle azalabilmektedir. Bu nedenle günlük aktiviteyi artırarak yaşam kalitesi yükseltilmelidir. Böylece hastalara sadece medikal tedavi değil, aynı zamanda pulmoner rehabilitasyon programlarının uygulanmasının gerekliliği de ortaya çıkar. Hastaların düzenli rehabilitasyon programına alınması, hastaneye başvuru sayısını azaltacağı gibi, gereksiz ilaç tüketimini de engelleyerek ekonomik kaybı azaltacaktır. Fizyoterapi uygulamaları akciğer rehabilitasyonunun vazgeçilmez elemanlarından. Solunum egzersizleri, gevşeme egzersizleri, kontrollü solunum gibi yöntemler hastaya ve ailesine öğretilmelidir (Ovayolu ve ark 2008).

KOAH'lı hastaların bütünlük içinde değerlendirilmesi, tedavi ve bakımın bütüncül yaklaşımla yürütülmesi gerekmektedir (Korkmaz Tel 2010). Bu nedenle KOAH' olan bireyler nitelikli bir hemşirelik bakımına sürekli gereksinim duyarlar. KOAH olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin (GYA) etkilenme derecesi ve bunu etkileyen faktörlerin bilinmesi, bu hastalara verilen bakımın planlanmasında yol gösterici olabilir, bakımın kalitesini yükseltebilir, hastanın bakım verenlere bağımlılığını azaltabilir (Ünsal ve Yetkin 2005).

Hemşirelik bakımı; hastanın hastaneye yatışından itibaren başlayıp hastanın hastanede kalış sürecinde ve taburculuk sonrası hastanın bağımsızlığının en üst düzeyde tutacak şekilde planlanmalıdır.

Evde bakım hemşireleri tarafından solunum sistemi hastalarının sağlık öyküsü ve fiziksel değerlendirilmesini yapma, sigarayı bırakma, gaz değişimini düzeltme, hava yolu temizliğini sağlama ve sürdürme, solunumu rahatlatma, aktivite toleransını ve baş etme yeteneğini arttırma gibi evde bakım girişimleri ile hastanın maksimum düzeyde kendi kendini yönetmesi ve yaşam kalitesinin arttırılması gerçekleştirilebilir. Evde bakım yönetimi sayesinde solunum sistemi hastalıklarının maliyeti azalır. Ayrıca hastaların profesyonel hemşireler tarafından düzenli olarak izlenmesi mortalite, morbidite ve maliyet açısından oldukça önemlidir (Aksu ve Fadıloğlu 2010).

İnsanın yaşamı idame ettirebilmesi için temel insan gereksinimlerinin karşılanması gereklidir. Bu nedenle hastanede yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenerek buna yönelik bakımın planlanması, verilecek olan hemşirelik bakımının kalitesini arttıracaağı düşünülmektedir.

1.2. Genel Bilgiler

Günümüzde tıp ve teknolojiadaki hızlı gelişmelere paralel olarak, insanın beklenen yaşam süresinde artış olmuş, yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalık insidansı da artmıştır. Bu nedenle, kronik hastalıklarda ortaya çıkan semptomların kontrol altına alınması ve bireyin hastalığı ile birlikte yaşamdan doyum sağlaması amacına yönelik olarak yaşam kalitesi kavramı tartışılmaya başlanmıştır (Yurtsever 2000). Yaşam kalitesi kavramı içinde, bağımsızlık düzeyi, fiziksel sağlık, ruh sağlığı, sosyal ilişkiler, çevresel etkenler, aktiviteler, kişisel inançlar, yaşama ve sağlığa bakış açısı, beklentiler, alışkanlıklar yer almaktadır (Jones 1991).

Kronik hastalıklar yaşam kalitesini olumsuz etkileyen nedenlerin başında gelmektedir. Solunum sisteminin kronik hastalıkları, kişilerde ciddi şekilde yetersizlik ve sınırlılık yaşatan, mortalite artışına sebep olan önemli hastalıklar olarak kabul edilmektedir. Bu hastalıklardan en yaygın olanı Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'dır. Bakım ve tedavi harcamaları ile mortalite ve morbiditenin yüksek olmasından dolayı KOAH lkemiz ve pek çok ülke için önemli bir hastalıktır. KOAH, dünya çapında giderek artan bir sorun haline gelmektedir (McKay ve ark 2012).

KOAH, tam olarak geri dönüşümlü olmayan hava akımı sınırlanması ile karakterize bir hastalık olup, hava akımı sınırlanması genellikle ilerleyicidir ve zararlı partikül ile gazlara karşı akciğerlerde oluşan anormal inflamatuvar yanıt ile ilişkilidir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tek bir hastalık olmayıp akciğer hava akımı sınırlamaları neden olan kronik akciğer hastalıklarını tanımlamak için kullanılan bir terimdir” şeklinde belirtmiştir (WHO 2014).

Türk Toraks Derneği KOAH’ı şöyle tanımlamıştır: kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH); tam olarak geri dönüşümlü olmayan, ilerleyici hava akımı kısıtlanması ile karakterize bir hastalıktır. Bu hastalık, zararlı gaz ve partiküllere özellikle sigara dumanına karşı oluşan enflamatuvar bir süreç sonucu gelişir. Enflamasyon yalnızca akciğerlerle sınırlı olmayıp, sistemik özellikler de göstermektedir. Önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olan KOAH, şiddeti ve sıklığı artan alevlenmelerle seyreder (TTD 2010).

KOAH’ın günümüzde en yaygın kullanılan tanımı GOLD “KOAH’a küresel yaklaşım” oluşumu tarafından önerilen tanımlamadır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, yaygın görülen önlenebilir ve tedavi edilebilir, kalıcı ve ilerleyici hava akımı kısıtlaması ile karakterize, akciğerler ile hava yollarında zararlı partikül ve gazlara karşı kronik inflamatuvar yanıt ile görülen bir hastalıktır. KOAH sıklıkla üretken dönemi kapsayan ve 45 yaş üstü erkeklerde rastlanan bir hastalıktır. DSÖ verilerine göre yılda yaklaşık olarak üç milyon insan KOAH nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Dünya çapında mortalite ve morbiditenin önde gelen sebeplerinden, önemli ölçüde ekonomik, sosyal yükü olan ve gittikçe artan bir hastalıktır (TTD 2010).

DSÖ tahminlerine göre, 65 milyon kişi şiddetli KOAH hastası ve 2005 yılında 3 milyondan fazla kişi KOAH nedeniyle ölmüştür (WHO 2014). The Global Burden of Disease proje çalışmasında KOAH’ın 1990 yılında meydana gelen ölümlerin altıncı nedeni iken; 2020 yılında ölümlerin üçüncü, 2030 yılında dördüncü sırada yer alacağı tahmin edilmektedir (GOLD 2013).

Dünya genelinde en sık karşılaştığımız risk faktörü sigara kullanımıdır. Erkeklerde sigara kullanımının kadınlara göre daha yaygın olduğu bilinmektedir. Demirci Üçsular ve ark (2004) KOAH’lı hastaların sigara içme özelliklerini inceledikleri çalışmada, erkeklerin sigara kullanımı kadınlardan anlamlı derecede daha fazla ve başlama yaşının daha erken olduğunu belirtmişlerdir.

KOAH ile sosyoekonomik statü arasında ters orantı olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte hava kirliliği, kalabalık ortam, kötü beslenme ve enfeksiyon diğer faktörler

arasında yer almaktadır (GOLD 2013). Ülkemizde, Malatya’da yapılan KOAH sıklığının araştırıldığı bir çalışmada; sigara kullanımının çok yüksek olduğu ifade edilmiştir (Günen ve ark 2008). Sigara kullanımı KOAH’ın önde gelen nedeni olarak tanımlanmış ve KOAH vakalarının yaklaşık % 85-90’ından sorumlu tutulmuştur. Sigara kullanımından dolayı 2030 yılına kadar her yıl 8 milyon insanın hayatını kaybedeceği ve bu ölümlerin düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geleceği tahmin edilmektedir (Jarab ve ark 2012).

Sigara başta olmak üzere risk faktörleri arasında:

- Alfa-1 Antitripsin eksikliği ve genler
- Hava kirliliği,
- Cinsiyet,
- Yaş,
- Sosyoekonomik Durum,
- Mesleki maruziyet,
- Enfeksiyon
- Alerjiler ve
- Beslenme gelmektedir.

Sigara kullanımı:

KOAH %80-90 oranında sigara kullanımına bağlıdır. Sigara içme, KOAH için yüksek bir risk faktörü olsa da, yegane faktör değildir ve epidemiyolojik çalışmalarda sigara içmeyen kişilerde de kronik hava akımı obstrüksiyonu gelişebileceğini gösteren kanıtlar, tutarlı bir biçimde artmaktadır (Özlü ve ark 2008). Bugün sigara bıraktırma stratejilerinin uzun sürede başarıları oldukça sınırlıdır (Tatlıcıoğlu 2007). Sigaranın bırakılması hastalığın ilerlemesini azaltan ve akciğer fonksiyon düşüş oranını düşüren kanıtlanmış tek ve etkin yöntem olarak gösterilmektedir (Alşan 2009). Sağlık Bakanlığının yetişkin tütün araştırma raporuna göre; Türkiye 15 yaşından büyük yetişkinlerin üçte biri yani yaklaşık 16 milyon kişi halen sigara kullanmaktadır. Erkekler (%47,9) kadınlardan (%15,2) daha fazla ve yaklaşık 12 milyon erkek, 4 milyon kadın halen sigara kullanmaktadır (The Ministry of Health of Turkey, 2010)

Alfa-1 Antitripsin eksikliği ve genler:

Amfizem gelişiminde etkilidir. ABD’de KOAH olgularının %1’inden daha küçük bir bölümünde neden Alfa-1 Antitripsin eksikliğidir. Alfa-1 Antitripsin eksikliği olan

kişilerde erken yaşlarda sirozla beraber KOAH gelişmektedir. KOAH' la ilişkili risk faktörlerinin önemi daha iyi anlaşıldıkça, bütün KOAH risklerinin aslında gen-çevre etkileşiminden kaynaklandığı anlayışı da giderek önem kazanmaya başlamıştır. En iyi belgelenmiş genetik risk faktörü, dolaşımdaki başlıca serin proteaz inhibitörü olan Alfa-1 Antitripsinin şiddetli kalıtsal eksikliğidir. Seyrek görülen bu resesif özellik en sık Kuzey Avrupa kökenli kişilerde saptanmaktadır (Özlü ve ark 2008). Alfa-1 antitripsin eksikliğinin genel popülasyonda ve KOAH'lı hastalarda görülme sıklığı, ırktan ırka ve bölgeden bölgeye değişiklik göstermektedir. Dünya nüfusunun 1/1000 ile 1/10000 arası sıklıkta genetik mutasyonlara sahip olduğu tahmin edilmektedir. Alfa-1 antitripsin dışında; matriks metalloproteinler (MMPs), tümör nekroz faktör-alfa (TNF- α), anti-oksidan enzimler (GST, SOD, HEMOX, mHPEX) üzerinde etkili genler, transforming growth faktör-beta1 ve interlökin salınımını düzenleyici genler ile histon deasetilaz aktivitesini baskılayan gen bozuklukları ve özellikle 2, 12 ve 22 numaralı kromozom anomalilerinin de KOAH gelişiminde etkili olabileceği düşünülmektedir (TTD 2010).

İç ve Dış Ortam Hava Kirliliği:

Isınmak veya yemek pişirmek amacıyla iyi havalanmamış evlerde odun, tezek, kurutulmuş bitki atıkları ve kömürün açık ateş şeklinde veya iyi çalışmayan sobalarda kullanılması çok yüksek düzeylerde iç ortam kirliliğine neden olabilir. İç ortam hava kirliliğinin özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki kadınlarda KOAH için önemli bir risk faktörü olduğuna dair kanıtlar giderek artmaktadır. Tüm dünyada yaklaşık 3 milyar kişi evlerinde biomass (talaş, çalı, çırpı) yakıt ve kömür kullanmaktadır. Bu toplumlarda iç ortam hava kirliliği, kalabalık şehirlerde araba egzozlarından salınan partikül ve SO₂'e göre KOAH gelişimi için daha büyük risk oluşturur. Ortadoğu, Afrika ve Asya'da sigara içmeyen kadınlarda gözlenen yüksek KOAH prevalansından yemek pişirme amacıyla kadınlar tarafından kullanılan biomass yakıtlar sorumludur. Odun ve diğer biomass yakıtların kullanımına bağlı oluşan iç ortam hava kirliliğinin her yıl 2 milyon kadın ve çocuğun ölümünden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir. Buna karşın kentlerdeki yüksek düzeydeki dış ortam hava kirliliği kalp-akciğer hastalığına sahip kişiler için zararlı olmakla birlikte, dış ortam hava kirliliğinin KOAH gelişimindeki rolü belirgin değildir (Kocabaş 2010).

Cinsiyet :

Kadınlarda sigara içiminin gelişmiş ülkelere oranla daha az olması KOAH nedenleri arasında sigara dışında başka faktörlerin araştırılmasına neden olmuştur. Çeşitli amaçlarla biomass kullanan toplumlarda KOAH, kadınlarda erkekler kadar veya onlardan biraz daha fazla oranda görülmektedir. Özellikle ülkemizin kırsal bölgelerinde tezek, odun, bitki artıkları gibi maddelerin yakacak madde olarak sürekli kullanılmasının kronik obstrüktif akciğer hastalıklarına neden olduğu bilinmektedir (Yakışan ve ark 2006). Yakışan ve ark (2006), yaptıkları çalışmada; KOAH olan bayan hastalarda; eğitim düzeyinin düşük ve yaşadığı bölgenin kırsal bölge olmasının, yemek yaparken kullandığı yakıt türünün, evde ekmek pişirilmesi ve süresinin KOAH oluşumuna anlamlı olarak katkıda bulunduğunu bildirmişlerdir. Deveci ve ark (2011)'nin Elazığ'da KOAH sıklığını araştırdıkları çalışmalarında erkeklerde KOAH riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yaş:

KOAH için ileri yaş yüksek bir risk faktörüdür. Yaşlı kişilerde KOAH'ın tanımlanması adlı çalışmada KOAH'ın yaygın görülen hastalıklar arasında sıralandığı belirlenmiştir (Vaz Fragaso ve ark 2009). Deveci ve ark (2011)'nin Elazığ'da yaptıkları KOAH prevelansının araştırıldığı çalışmada, risk faktörleri arasında erkeklerde ">45 yaş, sigara kullanımı, düşük gelir düzeyi ve kırsal bölgede yaşamak" olduğu belirlenmiştir.

Mesleki tozlar ve kimyasallar:

KOAH gelişiminde temel risk faktörü sigara içimi olmakla birlikte, sigara içicilerindeki KOAH'ın %15-19'u mesleki maruziyete bağlanabilir. Yaşam boyu sigara içmeyenlerde bu oran %30'lara yükselmektedir. Genellikle toz veya dumana maruziyetin bulunduğu birçok iş kolunun (kömür tozu, silika, kadmiyum, hayvan yemi ve toz, duman veya eriticilere maruziyetin bulunduğu diğer meslekler) KOAH gelişimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Kocabaş 2010).

Beslenme:

Beslenmenin KOAH gelişimindeki rolü konusunda çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. Buna karşın malnutrisyon ve kilo kaybının solunum kas kitlesinde ve gücünde azalmaya yol açtığı gösterilmiştir. Deney hayvanlarında yapılan çalışmalar açlığın ve anabolik/katabolik durumun amfizem gelişimi ile ilişkili olduğu raporlanmıştır (Kocabaş 2010).

1.2.1. Fizyopatoloji:

KOAH'da saptanan temel fizyopatolojik değişiklik, ekspiratuvar hava akımı hızlarında azalma, yani obstrüksiyondur. Bunun nedeni akciğer parankim hasarı ve küçük hava yolları değişiklikleridir. Amfizem ve küçük hava yolları hastalığı hem hava yolu direncinde artmaya, hem de maksimum ekspiratuvar hava akım hızında azalmaya neden olur. Hava yolu obstrüksiyonu ventilasyon dağılımı ve gaz değişiminde bozulmaya ve de akciğerlerde aşırı havalanmaya neden olur. Kronik hava yolu obstrüksiyonunun en önemli sonuçlarından biri, akciğerlerde aşırı hava birikimidir. Bu durum RV ve FRC'de artışa neden olur. Akciğerlerin aşırı havalanması, inspiratuvar kasların istirahattaki uzunluğunu kısaltır ve sonuçta bu kasların kontraksiyonda oluşturacakları kuvvetin azalmasına yol açar. İlerlemiş KOAH'ta periferik havayolu obstrüksiyonu, parankimal yıkım ve pulmoner damar anormallikleri akciğerin gaz değişim kapasitesini azaltır, hipoksemiye daha sonra da hiperkapniye yol açar. KOAH'ın geğ dönemlerinde gelişen pulmoner hipertansiyon KOAH'ın en önemli kardiyovasküler komplikasyonudur ve kor pulmonale gelişimi ve kötü prognoz ile ilişkilidir. KOAH'ta kor pulmonalenin prevalansı ve doğal seyri henüz bilinmemektedir (Erginel 2006).

KOAH, GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease)' a göre 4 evrede sınıflandırılmıştır:

Evre 1 (hafif) KOAH:

$FEV_1/FVC < 0.70$ olduğu hastalarda, FEV_1 beklenenin $\geq \%80$ 'i ise evre 1 kabul edilir (GOLD 2014). Hafif hava akımı kısıtlanmasıyla karakterizedir. Kronik öksürük ve balgam çıkarma semptomları olabilir, ama her zaman yoktur. Bu evrede, kişi genellikle akciğer fonksiyonunun anormal olduğunun farkında değildir (Özlü ve ark 2008).

Evre 2 (orta şiddette) KOAH:

$FEV_1/FVC < 0.70$ olduğu hastalarda, FEV_1 beklenenin $\geq \%50$ 'si ile $< \%80$ 'i ise evre 2 kabul edilir (GOLD 2014). Hava akımı kısıtlanmasındaki artışla karakterizedir. Tipik olarak efora bağlı nefes darlığı ile karakterizedir. Zaman zaman öksürük ve balgam çıkarma bu tabloya eklenebilir. Hastalar genellikle bu evrede, kronik solunum semptomları ya da hastalıklarının alevlenmesi nedeniyle hekime başvurmaktadır (Özlü ve ark 2008).

Evre 3 (ağır) KOAH:

FEV₁/FVC<0.70 olduğu hastalarda, FEV₁ beklenenin $\geq$ %30'u ile < %50'si ise evre 3 kabul edilir (GOLD 2014). Hava akımı kısıtlanmasında ağırlaşma, nefes darlığında artış, egzersiz kapasitesinde azalma, halsizlik ve hemen her zaman hastanın yaşam kalitesi üzerinde etki yapan yineleyen alevlenmelerle karakterizedir (Özlü ve ark 2008).

Evre 4 (çok ağır) KOAH:

FEV₁/FVC<0.70 olduğu hastalarda, FEV₁ beklenenin < %30'u ise evre 4 kabul edilir (GOLD 2014). Şiddetli hava akımı kısıtlanmasıyla karakterizedir. Solunum yetersizliği deniz seviyesinde solunan havada parsiyel arteriyel O₂ basıncının 8.0 kPa' nın (60mmHg) altında olması $\pm$ parsiyel arteriyel CO₂ basıncının 6.7 kPa' nın (50mmHg) üzerinde olması şeklinde tanımlanmıştır. Solunum yetersizliği kalpte kor-pulmonale gibi etkilere de yol açabilir. Kor-pulmonale klinik bulguları arasında juguler venöz basınç artışı ve ayak bileklerinde gode bırakan ödem bulunur. Bu komplikasyonların bulunduğu bütün hastalar, FEV₁ %30' un üzerinde olsa bile evre 4 KOAH sayılabilir. Bu evrede yaşam kalitesi bozulmuştur ve alevlenmeler yaşamı tehdit edici nitelikte olabilir (Özlü ve ark 2008).

KOAH gelişimi için risk oluşturduğu kabul edilerek "The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)" rehberinde evre 0 KOAH (risk grubu) olarak ele alınmaktaydı. Ancak güncellenen son rehberde bu evre, evrelemeden çıkarılmıştır (Kömüs ve ark 2008).

1.2.2. KOAH' ta belirtiler

KOAH'ta görülen en önemli semptomlar öksürük, balgam çıkarma ve nefes darlığıdır. Hastalığın erken semptomlarından olan öksürük ve balgam çıkarma, çoğunluğu sigara içicisi olan bu hastalarda "sigara öksürüğü" olarak algılanır ve hekime başvuru genellikle akciğer fonksiyonlarının yarı yarıya kaybedildiği ve nefes darlığının geliştiği ileri evrelerde gerçekleşir. Semptomların şiddeti ile solunum fonksiyonlarının kaybı arasında korelasyon bulunmaması ve bazı hastaların ileri dönemlerde bile yakınmasız olabilmesi nedeniyle çoğu hastaya erken dönemde tanı konamamaktadır. Semptomların kronik ilerleyici seyri ve ataklarla semptom şiddetinde artış meydana gelmesi KOAH için tipiktir. Zamanla fiziksel aktivitede kısıtlanma, yaşam kalitesinde azalma ve mortalitede artış meydana gelir (Başyigit 2010).

1.2.2.1. Öksürük

Öksürük önemli bir defans mekanizması olmakla beraber, infeksiyonların yayılışında ciddi bir faktör ve bazı hastalıklarda da en sık rastlanan semptom olabilmektedir (Kartaloğlu ve ark 2001). Öksürük hastalarda gelişen ilk semptomdur fakat genellikle önemsenmez. Kronik ve çoğunlukla produktif öksürük şeklindedir, sabahları artış gösterir. Sabah öksürüğü gece boyunca hava yollarında biriken mukusu temizlemeye yöneliktir. Başlangıçta aralıklı ve sabahları olan öksürük, zamanla her gün olmaya başlar ve gün boyu devam eder. Nadiren bazı hastalarda öksürük olmadan da belirgin hava yolu obstrüksiyonu bulguları olabilir (Başyigit 2010).

1.2.2.2. Balgam çıkarma

Balgam çoğunlukla az miktarda ve yapışkandır fakat özellikle bronşektazi gibi ek hastalığı olan bazı hastalarda fazla miktarda da olabilir. Ataklar dışında beyaz ve mukoid karakterde olan balgamın renginin sarı-yeşile dönmesi ve miktarının artması atak bulgusu olarak kabul edilir. Bununla birlikte balgamın yeşil renkli olmasının her zaman enfeksiyonu göstermediği, eozinofil miktarındaki artış ve miyeloperoksidaz enziminin etkisi ile renk değişikliği olabileceği akılda tutulmalıdır. Başta kadınlar olmak üzere balgam çıkarmakta güçlük çeken hastalarda renk ve miktar değerlendirilmesi zor olabilir (Başyigit 2010).

1.2.2.3. Nefes darlığı

Subjektif bir yakınma olan nefes darlığı, kişinin nefes alıp verdiğinin farkında olması olarak tanımlanabilir. KOAH'ta hastanın hekime başvurmasının ve hastalıkla ilgili sakatlık ve anksiyetenin en önemli nedenidir. Hastalar dispneyi “nefes alma güçlüğü”, “hava açlığı” veya “iç çekme” şeklinde tanımlayabilirler. Başlangıçta ağır eforla ortaya çıkarken, zamanla progresyon göstererek hafif olağan eforla dahi meydana gelebilir ve hastanın günlük yaşam aktivitelerini kısıtlar. Hastalar nefes darlığı nedeniyle hekime başvurdıklarında FEV1 değerleri genellikle 1,5 litrenin altına inmiştir, istirahat dispnesi ise FEV1'in %30'un dahi altına indiğini düşündürür. Subjektif bir yakınma olmasına karşın dispne klinik olarak çeşitli skalalar aracılığı ile değerlendirilebilir (Başyigit 2010). Dispneyi kontrol altına almak amacıyla hastalara solunum ve diyafragmatik solunum gibi nefes alıp verme yöntemlerinin öğretilmesi gerekmektedir (Çil ve Olgun 2005).

KOAH' ta görülen nefes darlığının, çoğu hastalıktan daha fazla yetersizlik hissi yarattığı ve yaşam kalitesini önemli derecede bozduğu, günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Hastalarda egzersiz kapasitesi sınırlı veya bozulmuştur. Dispneye bağlı olarak hastaların banyo, alışveriş, ev işleri gibi günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme becerisinde azalma meydana gelmiştir (Downs 2011). KOAH'ın erken döneminde hasta belirtilerin farkında değil iken, hastalığın seyri ilerledikçe öksürük, dispne, nefes darlığı, yorgunluk ve kilo kaybı gibi semptomlar KOAH tablosunu ağırlaştırır. Fonksiyonel performansta azalma ve hastalığın sinsice ilerlemesi sonucu hastalar yaşam tarzı, iş, sosyal ve aile hayatında önemli değişiklikler yapmak durumunda kalırlar. KOAH sıklıkla kişinin kendisi ve başkaları tarafından geri dönüşü olmayan tedavinin boşuna olduğu algısı yaratan bir hastalıktır. Gelir kaybı, evlilik ile ilgili endişeler, rol değişimi ve de yaklaşan ölüm duygusu ağır psikososyal stres arasında yer almaktadır. Hastaların bu stresöre uyumu yaşam kalitesini belirler (Reardon 2007).

Yaşam kalitesinin iyileştirilmesinin, yaşam süresini uzatmaktan daha önemli olduğu bilinmektedir. Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi KOAH'da yol açtığı organda işlev bozukluğu yanında, sürekli ilaç kullanımı, hastaneye bağımlılık gibi faktörler sebebiyle geleceğe dair endişeleri arttırır, ümitsizlik ve kaygıya yol açar. Kronik solunum sistemi hastalıklarında kaygı ve depresyon en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi hastalığa eşlik eden depresyonla daha da bozulur. Kronik hastalığın yarattığı fiziksel semptomlar ve sosyal izolasyon, depresif duygulanıma yol açarken, depresyonda hastalıkla mücadele etme gücünü azaltır ve hastalığa toleransı zorlaştırır (Çevirme 2008).

Düzenli takip, tedavi ve bakımın sürdürülemediği durumlarda KOAH semptomları şiddetlenmekte, yaşamı tehdit eden ciddi komplikasyonlar, fonksiyonel kayıplarla birlikte hastalık kalp yetmezliğine doğru ilerlemektedir. En önemli komplikasyonlar önlenabilir enfeksiyonlardır. Sıklıkla tekrarlayan enfeksiyonlar hastaneye yatışları arttırmaktadır.

KOAH sadece hastaları değil, hastaların ailesini ve bakım verenleri de sosyal ekonomik psikolojik yönden etkileyen kronik bir hastalıktır. Tel ve ark (2012) "KOAH olan hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi" adlı çalışmalarında bakım vericilerin yaş, medeni durum, aile tipi, ekonomik durum değişkenleri ile bakım güçlüğü ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu belirtmişlerdir. Fonksiyonel kayıplar hastayı fiziksel olduğu kadar ruhsal, sosyal ve

ekonomik açıdan da ciddi şekilde etkilemektedir. Hastalık sürecinin ilerlemesiyle bağımlılığın artması, sosyal aktivitelerin kısıtlanması hastaların aile ve toplum içinde beklenen rollerini yerine getirmekte zorlanmalarına, anksiyete, depresyon görülme sıklığının ve sosyal destek gereksinimlerinin artmasına neden olmaktadır (Aras ve Tel 2008).

KOAH'lı hastalar aktivite ne kadar az çaba gerektirirse gerektirsin, solunum güçlüğünden sakınmak için bazı aktiviteler gerçekleştirmede yeteneklerine ilişkin güven eksikliği duyarlar. Bu güven eksikliği düşük öz-etkililik olarak ifade edilir. KOAH'lı hastalar aktiviteyi gerçekleştirmek için fiziksel olarak yeterli olsalar bile, düşük öz-etkililiğin sonucu olarak günlük yaşamın rutin aktivitelerinden sakınırlar (Kara ve Mirici 2002).

Bu durumda hastalar günlük aktivitelerini gerçekleştirirken bağımlı hale gelmektedirler. *Bağımlılık*, fiziksel, mental, emosyonel, bilişsel, sosyal, ekonomik ve çevresel olarak birçok şekilde olabilmektedir. Bakım bağımlılığı, hastanın profesyonel desteğe ihtiyaç duyması, öz bakım gereksinimlerini karşılayabilme düzeyinde azalma ve bağımlılık durumuna göre belli bir düzeyde bakım talep etmesi olarak tanımlanmaktadır (Dijkstra ve ark 2005). Kronik hastalıklar, yaşlılık, duysal kayıplar, fiziksel ve psikolojik durumda meydana gelen değişiklikler bireyin gereksinimlerini karşılamada bağımlılığının artmasına neden olabilmektedir.

Dijkstra tarafından hemşirelik için teorik olarak bakım bağımlılığı, öz bakım yeteneği azalan, bakım gereksinimlerini karşılamada başkasına bağımlı olan bir hastanın profesyonel olarak desteklendiği bir süreç olarak tanımlanmıştır. Bu süreçte amaç, hastanın öz bakım gereksinimlerini karşılamada bağımsız olmasını sağlamaktır. Bakım bağımlılığı hastalık ve sakatlık nedeniyle herkeste görülebilecek bir durumdur (Lohrmann ve ark 2003).

İnsanın fizyolojik olarak yaşamının devamlılığını sürdürebilmesi için temel insan gereksinimlerinin karşılanması esastır (Akça 2011). Bu noktada hastalar için profesyonel hemşirelik bakımı büyük önem taşımaktadır.

Hemşireliğin temel ilgi alanı ve amacı insana yardım etmek, hastalık nedeniyle bireyin kendi ihtiyaçlarını karşılayamadığı durumlarda birey adına bu sorumluluğu üstlenmektir (Akça 2011).

Yeterli ve profesyonel hemşirelik bakımı, hemşirelik sürecinin başlangıcında hastanın doğru bir şekilde değerlendirilmesini gerektirmektedir (Lohrmann ve ark 2003). KOAH hastaları hemşirelik bakımına ve öz bakımı içeren bir eğitime ihtiyaç duyarlar. Bu öğelerin fiziksel ve psiko-duygusal sağlık üzerinde olumlu etkileri vardır. Hemşirelik bakımı; hastaların yaşam tarzlarını değiştirmek için motivasyonu, yaşamlarına adaptasyon için yardım ve KOAH hakkında eğitimi içerir (Zakrisson ve Hägglund 2010). KOAH'ın artışıyla beraber hasta ve ailelerinin uzun, kapsamlı, karmaşık artan sağlık ihtiyaçları ile birlikte, hemşireler bakım uygulamalarını yeniden yapılandırmak durumundadırlar (Jónsdóttir 2008).

Hemşireler; bakım ve tedavi sürecinde çağdaş hemşirelik rollerini yerine getirerek hastalara yardımcı olmalıdır. Hemşirelik bakımı sırasında; hastanın sağlığına ilişkin konulardaki bilgi eksikliklerini saptayarak, danışmanlık ve eğitici rolleriyle onlara yol göstermelidir. Hastanede yatış süresi boyunca, kontrol duygusunu geliştirme hedefine yönelik hazırlanacak bakım planı hakkında hastaları bilgilendirmeli ve onları planlamaya katmalıdır. Bilgilendirilme sırasında, hastaların hazır oluşluğu ve istekliliğini göz önüne almalı, onların bireysel farklılıklarını dikkate almalıdır (Kocaçal Güler ve Eşer 2008).

KOAH'lı hastalara bakım veren hemşirelerin; hastaların sosyal destek durumlarını değerlendirerek ve sosyal destek algısı ile ilişkili olan sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri dikkate alarak bakımı planlamaları, aile ve arkadaş desteğinin artırılması için hastayı ailesi ve yakın çevresi ile birlikte ele alarak bakım sunmaları gerekmektedir. Bununla birlikte sağlık profesyonellerinin KOAH olan hastalara bir sosyal destek faktörü olarak katkı sağlayacak nitelikte bakım hizmetleri sunmanın önemi hakkında bilgilendirilmeleri ve desteklenmeleri de önemli bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir (Aras ve Tel 2008).

Sonuç olarak, bireylerin bakım gereksinimlerinin ve bağımsızlık durumlarının belirlenmesi, bireye özgü hemşirelik bakımını planlamada hemşireye temel bilgi sağlayarak, hastaya verilen hemşirelik bakımının kalitesinin artmasını sağlamaktadır (Kissel ve ark 2010).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, üçüncü ve dördüncü evre KOAH hastalarının bakım bağımlılığını belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma T.C. Pamukkale Üniversitesi (PAÜ) Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde gerçekleştirilmiştir.

Pamukkale Üniversitesi Hastanesi klinik yatak sayısı 600, yoğun bakım yatak sayısı 90 olmak üzere toplam 690 yatak ve 541 hemşire ile hizmet vermektedir. Göğüs hastalıkları kliniği ise 29 yatak kapasitesine sahip, klinikte 8 hemşire çalışmaktadır. Hemşirelerin çalışma saatleri ise 08⁰⁰-16⁰⁰ ve 16⁰⁰-08⁰⁰ şeklindedir.

2.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma Aralık 2012 / Haziran 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

2.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Aralık 2012 / Haziran 2013 tarihleri arasında T.C. Pamukkale Üniversitesi (PAÜ) Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde yatan üçüncü ve dördüncü evre KOAH hastaları oluşturmuştur. Araştırma öncesi yapılan ön çalışmada bir ay içerisinde klinikte üçüncü ve dördüncü evre ortalama 120 hastanın yattığı tespit edilmiştir.

2.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi, araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında T.C. Pamukkale Üniversitesi (PAÜ) Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde yatan üçüncü ve dördüncü evre KOAH tanısı almış araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 110 hasta oluşturmuştur.

2.6. Araştırmaya Dahil Etme ve Araştırmadan Dışlama Kriterleri

Araştırmaya; GOLD kriterlerine göre üçüncü ve dördüncü evre KOAH tanısı almış, bilinci açık, iletişim, görme ve işitme sorunu olmayan 18 yaşın üstündeki hastalar dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılmayı reddeden, işbirliği sağlanamayan ve iletişim problemi olan hastalar araştırmaya alınmamıştır.

GOLD kriterlerine göre KOAH'ın evreleri;

FEV1/FVC<0.70 olduğu hastalarda	
Evre 1 (hafif) KOAH	$FEV_1 \geq \%80$
Evre 2 (orta şiddette) KOAH	$\%50 \leq FEV_1 < \%80$
Evre 3 (ağır) KOAH	$\%30 \leq FEV_1 < \%50$
Evre 4 (çok ağır) KOAH	$FEV_1 < \%30$

(GOLD 2014)

2.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; “Hasta Tanıtım Formu” (Ek 1), “Bakım Bağımlılığı Ölçeği” (Ek 2) ve “Bazal Durum Dispne Ölçeği” (Ek 3) kullanılarak toplanmıştır.

Hasta tanıtım formu (Ek 1):

Bu form araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanmış olup hastalara ait demografik bilgileri içermektedir. Tanıtım formu hastaların; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, aylık gelir düzeyi, KOAH'ın tanılanma zamanı, evresi, sigara kullanma durumu/miktarı ve süresine ilişkin 11 sorudan oluşmaktadır.

Bakım bağımlılığı ölçeği (Ek 2):

Araştırmada, hastaların bakım bağımlılığını belirlemek amacıyla bu ölçek kullanılmıştır. Bakım Bağımlılığı Ölçeği, Dijkstra tarafından Hollanda'da 1998 yılında geliştirilen, Virginia Henderson'ın insan gereksinimlerine göre temellendirilmiş ve hastaların bakım bağımlılık durumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Bakım Bağımlılığı Ölçeği çeşitli fiziksel ve psikolojik yönleri içermekte ve kapsamlı bir şekilde hastanın bakım bağımlılığının değerlendirilmesini sağlamaktadır (Akın Korhan ve

ark 2013). Bakım Bağımlılığı Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması Hakverdioğlu Yönt ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında test-retest güvenirlik (kappa) değeri 0.53–1.00 arasında bulunmuştur. Ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.91 olarak saptanmıştır. Ölçeğe uygulanan faktör analizi sonucunda özdeğer %7.293 olarak bulunmuştur (Hakverdioğlu Yönt ve ark 2010).

Bu ölçek 15 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler; A- Yeme ve içme, B- Kontinans, C- Vücut Postürü, D- Mobilite, E- Gündüz/ gece örüntüsü, F- Giyinme ve soyunma, G- Vücut ısısı, H- Hijyen, I- Tehlikelerden kaçınma, J- İletişim, K- Diğerleri ile bağlantı, L- Değerler ve kuralların anlamı, M- Günlük aktiviteler, N- Rekreasyon aktiviteleri, O- Öğrenme kabiliyeti'dir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması sonucu ölçeğe iki madde daha eklenerek toplam 17 madde olmuştur. "Bakım Bağımlılığı Ölçeği" maddeleri 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmiştir (Hakverdioğlu Yönt ve ark 2010).

Derecelendirme:

- 1 = tamamen bağımlıyım,
- 2 = oldukça bağımlıyım,
- 3 = kısmen bağımlıyım,
- 4 = çok az bağımlıyım,
- 5 = bağımlı değilim

şeklindedir.

Ölçekten alınan en düşük puan 17 ve en yüksek puan 85' tir. Ölçek puanının yüksek olması, bireyin bakım gereksinimlerini karşılamada bağımsız olduğunu gösterirken, ölçek puanının düşük olması bireyin bakım gereksinimlerini karşılamada bağımlı olduğunu göstermektedir.

Bazal durum dispne ölçeği (Ek 3):

Mahler ve ark. tarafından 1984 yılında geliştirilmiştir (Mahler ve ark 1984). Bazal Dispne Ölçeği'nin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirliği farklı araştırmacılar tarafından yapılmış olup ölçek, aktivite nedeniyle oluşan dispneyi değerlendirmekte; *fonksiyonel durum* (günlük yaşam aktivitelerini yapma düzeyi), *efor kapasitesi* (aktiviteleri gerçekleştirmeyi sağlayan zorlu eforlar) ve *iş kapasitesi* olmak üzere üç farklı alanda ölçüm yapmaktadır.

Her başlık kendi içinde sıfırdan başlayarak dörde kadar derecelendirilmiştir.

- ✓ “0. derece çok ciddi bozukluk”,
- ✓ “1. derece ciddi bozukluk”,
- ✓ “2. derece orta dereceli bozukluk”,
- ✓ “3. derece hafif bozukluk” ve
- ✓ “4. derece bozukluk yok”

Her alana:

- ✓ çok şiddetli bozukluk olması = 0 puan
- ✓ ciddi bozukluk olması = 1 puan
- ✓ orta dereceli bozukluk olması = 2 puan
- ✓ hafif bozukluk olması = 3 puan
- ✓ hiç bozukluk olmaması = 4 puan

şeklinde puan verilmekte; değerlendirme tek puan ile yapılmaktadır. Total ölçek puanı 0 ile 12 puan arasında değişmekte, alınan puan azaldıkça dispne şiddeti artmaktadır (Mahler ve Wells 1988).

2.8. Ön Uygulama

Anket formlarındaki soruların anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini geliştirmek amacıyla araştırma öncesinde T.C. Pamukkale Üniversitesi (PAÜ) Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi; Göğüs Hastalıkları Kliniğinde 10 hasta ile yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından ön uygulama yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda anket formunda değişikliğe gerek olmadığı görülmüştür.

2.9. Verilerin Toplanması

Veri toplama aşamasında öncelikle, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara gerekli bilgiler verilmiş, yazılı izinleri alınmıştır (Ek 6).

Hasta tanıtım formu (Ek 1) ile hastalara ait demografik bilgiler klinikte yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Bu formun uygulanması her bir hasta için yaklaşık beş dakika sürmüştür.

Bakım bağımlılığı ölçeği (Ek 2) ile hastaların; beslenme, kontinans, beden duruşu, hareketlilik, gece/gündüz döngüsü, giyinme/soyunma, vücut sıcaklığı, vücut temizliği, tehlikelerden kaçınma, iletişim, başkaları ile iletişim kurma, ibadet yapma, kurallara uyma,

günlük aktiviteler, eğlence aktiviteleri, bellek/hafıza, öğrenme yeteneği alanlarındaki bağımlılık durumlarına bakılmış ve 1’den 5’e kadar puanlama yapılmıştır. Veriler klinikte hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

Bazal durum dispne ölçeği (Ek 3) ile hastaların aktivite nedeniyle oluşan dispne düzeylerine bakılmıştır. Veriler, klinikte hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış, 0’dan 4’e kadar puanlama yapılmıştır.

2.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 18 paket programıyla analiz edildi. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma ve kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak verildi. Bağımsız grup karşılaştırmalarında Varyans Analizi kullanıldı.

Yaş, eğitim, KOAH’ın tanılanma zamanı ile bakım bağımlılığı ölçeği arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Kruskal Wallis Varyans Analizi,

Cinsiyet, KOAH’ın evresi, KOAH’a ek kronik hastalık varlığı ile bakım bağımlılığı ölçeği arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Mann Whitney U testi kullanıldı.

Aynı zamanda kategorik değişkenlerin karşılaştırılması için Ki-kare testi, bakım bağımlılığı ve bazal durum dispne ölçekleri arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman Korelasyon Katsayısı kullanıldı. Sonuçlar için $p < 0,005$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

2.11. Değişkenler

Araştırmanın *bağımlı değişkenleri*; bakım bağımlılığı ve bazal durum dispne ölçek puanıdır.

Araştırmanın *bağımsız değişkenleri* ise; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, aylık gelir düzeyi, KOAH’ın evresi, KOAH’a ek kronik hastalık varlığı, KOAH’ın tanılanma zamanı, sigara kullanma durumu, sigara kullanma süresi ve miktarıdır.

2.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına alınan hastalarda yaşanılan KOAH ataklarına bağlı hastaların göğüs hastalıkları kliniğine tekrarlayan yatışlarının olması daha fazla örneklem grubuna ulaşılabilmesi açısından sınırlılık yaratmıştır.

2.13. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın, T.C. Pamukkale Üniversitesi (PAÜ) Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde yapılabilmesi için 14/11/2012 tarihinde yazılı izin alınmıştır (Ek 4). Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 29/11/2012 tarihinde etik izin verilmiştir (Ek 5). Araştırma kapsamına alınan hastalara gerekli bilgi verilmiş, gönüllü olur formu ile yazılı izinleri alınmıştır (Ek 6).

3. BULGULAR

T.C. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde yatan üçüncü ve dördüncü evre KOAH tanısı almış hastaların bakım bağımlılıklarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları üç ana bölümde incelenmiştir;

1. Hastaların tanıtıcı özellikleri ve KOAH ile ilgili bulgular
2. Hastaların bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular
3. Bakım bağımlılığını etkileyebilecek değişkenlere ilişkin bulgular

3.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve KOAH ile İlgili Bulgular

3.1.1. Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş		
46-54 yaş	20	18,2
55-64 yaş	55	50,0
65 yaş ve üzeri	35	31,8
Cinsiyet		
Kadın	14	12,7
Erkek	96	87,3
Medeni durum		
Evli	83	75,5
Bekâr	27	24,5
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	42	38,2
İlköğretim	45	40,9
Lise	19	17,3
Üniversite	4	3,6

Tablo 1'in devamı Hastaların tanıtıcı özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Meslek		
Emekli	23	20,9
Çiftçi	33	30,0
İşçi	20	18,2
Ev hanımı	10	9,1
Memur	12	10,9
Esnaf	12	10,9
Sigara kullanma durumu		
Evet	94	85,5
Hayır	16	14,5
Toplam	110	100

Hastaların tanıtıcı özellikleri sayı ve yüzde olarak tablo 1'de yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %18,2'sinin 46-54 yaş grubu, %50,0'sinin 55-64 yaş grubu ve %31,8'inin 65 yaş ve üstünde olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %12,7'si kadın iken %87,3'ü erkek, %75,5'i evli ve %24,5'i bekârdır. Hastaların %38,2'si okuryazar değil, %40,9'u ilköğretim, %17,3'ü lise ve %3,6'sı üniversite mezunudur. Araştırmaya dâhil olan hastaların %20,9'unun emekli, %30,0'unun çiftçi, %18,2'sinin işçi, %9,1'inin ev hanımı, %10,9'unun memur ve %10,9'unun da esnaf olduğu saptanmıştır. Sigara kullanımına bakıldığında hastaların %85,5'i sigara kullanmakta, %14,5'i ise sigara kullanmamaktadır.

3.1.2. Tablo 2. Hastaların KOAH ile ilgili klinik özellikleri

KOAH'ın evresi	n	%
3. evre	61	55,5
4. evre	49	44,5
KOAH'ın tanılanma zamanı		
0-11 ay	17	15,5
1-5 yıl	33	30,0
6-10 yıl	37	33,6
11-15 yıl	23	20,9
KOAH'a ek kronik hastalık varlığı		
Var	52	47,2
Yok	58	52,8
Toplam	110	100
Var olan kronik hastalıkları		
Kalp hastalığı	3	2,7
Diabetes Mellitus (DM)	10	9,1
Hipertansiyon (HT)	16	14,5
DM+HT	12	10,9
Kalp hastalığı+HT	6	5,5
Kalp hastalığı+DM+HT	5	4,5
Toplam	52	47,2

Tablo 2’de hastaların KOAH ile ilgili klinik özelliklerine ilişkin bilgiler verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %55,5’inin üçüncü evre, %44,5’inin dördüncü evre KOAH tanısı aldığı belirlenmiştir. Hastaların %15,5’inin 0-11 ay arasında, %30,0’unun 1-

5 yıl, %33,6'sının 6-10 yıl ve %20,9'unun 11-15 yıl öncesinde, KOAH tanısı aldığı saptanmıştır. Hastaların KOAH'a ilave herhangi bir kronik hastalık durumu incelenmiş; %47,2'sinin ilave bir hastalığının bulunduğu, %52,8'inin herhangi bir hastalığı olmadığı saptanmıştır. Hastalarda; %2,7'sinin kalp hastalığı, %9,1'inin diyabet, %14,5'inin hipertansiyon, %10,9'unun diyabet ve hipertansiyon, %5,5'inin kalp hastalığı ve hipertansiyon, %4,5'inin de kalp hastalığı+hipertansiyon+diyabet bulunduğu görülmüştür.

3.1.3. Tablo 3. Hastaların bazal durum dispne ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

Bazal Durum Dispne Ölçeği	n	%	Bazal durum dispne ölçeği puan ortalaması (X± SD)
1. Fonksiyonel bozukluk			
0. derece	43	39,1	1,03±0,95
1.derece	26	23,7	
2. derece	36	32,7	
3.derece	5	4,5	
2. İşin büyüklüğü			
0.derece	41	37,3	1,2±1,11
1.derece	23	20,9	
2.derece	29	26,3	
3.derece	17	15,5	
3. Eforun büyüklüğü			
0.derece	43	39,1	1,04±0,97
1.derece	26	23,6	
2.derece	35	31,8	
3.derece	6	5,5	
Toplam	110	100	3,26±2,95

Tablo 3'te hastaların bazal durum dispne ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bilgiler yer almaktadır. Bazal durum dispne ölçeği; fonksiyonel bozukluk, işin büyüklüğü ve eforun büyüklüğü olmak üzere üç ana bölümden oluşmakta, her bölümde 0,1,2,3 ve 4 olmak üzere beş derece bulunmaktadır.

Fonksiyonel bozukluk bölümünde, hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken etkilenme düzeylerine bakılmış %39,1'inin çok ciddi, %23,7'sinin ciddi, %32,7'sinin orta dereceli bozukluk ve %4,5'inin hafif derece bozukluk yaşadığı belirlenmiştir.

İşin büyüklüğü bölümünde hastaların yürüme, merdiven çıkma, banyo yapma gibi aktiviteler sırasında etkilenme durumları incelenmiş ve hastaların %37,3'ünün çok ciddi, %20,9'unun ciddi, %26,3'ünün orta dereceli ve %15,5'inin hafif derece bozukluk yaşadığı belirlenmiştir.

Eforun büyüklüğü bölümünde ise hastaların %39,1'i çok ciddi, %23,6'sı ciddi, %31,8'i orta dereceli bozukluk ve %5,5'i hafif derece bozukluk yaşamaktadır.

Hastaların; fonksiyonel bozukluk bölümünden aldıkları ortalama puan $1,03 \pm 0,95$; işin büyüklüğü bölümünden $1,2 \pm 1,11$; eforun büyüklüğü bölümünden ise $1,04 \pm 0,97$ 'dir. Hastaların bazal durum dispne ölçeği total ortalama puanı ise $3,26 \pm 2,95$ 'tir.

3.2. Hastaların Bakım Bağımlılığı Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

3.2.1. Tablo 4. Hastaların bakım bağımlılığı ölçek alt maddelerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

Bakım bağımlılığı ölçeği	Tamamen bağımlıyım		Oldukça bağımlıyım		Kısmen bağımlıyım		Çok az bağımlıyım		Bağımlı değilim				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Toplam		Puan ortalaması
											n	%	
Beslenme	0	0	11	10,0	51	46,4	24	21,8	24	21,8	110	100,0	3,55±0,9
Kontinans	0	0	12	10,9	37	33,6	23	20,9	38	34,5	110	100,0	3,79±1,0
Beden duruşu	1	0,9	51	46,4	55	50,0	3	2,7	0	0	110	100,0	2,54±0,5
Hareketlilik	27	24,5	59	53,6	24	21,8	0	0	0	0	110	100,0	1,97±0,6
Gece/gündüz döngüsü	5	4,5	72	65,5	31	28,2	1	0,9	1	0,9	110	100,0	2,28±0,6
Giyinme ve soyunma	4	3,6	21	19,1	48	43,6	11	10,0	26	23,6	110	100,0	3,30±1,1
Vücut sıcaklığı	0	0	35	31,8	63	57,3	9	8,2	3	2,7	110	100,0	2,81±0,6
Vücut temizliği	10	9,1	40	36,4	37	33,6	17	15,5	6	5,5	110	100,0	2,71±1,0
Tehlikelerden kaçınma	7	6,4	42	38,2	56	50,9	5	4,5	0	0	110	100,0	2,53±0,6
İletişim	0	0	34	30,9	49	44,5	21	19,1	6	5,5	110	100,0	2,99±0,8
Başkaları ile iletişim kurma	0	0	34	30,9	52	47,3	19	17,3	5	4,5	110	100,0	2,95±0,8
İbadet yapma	6	5,5	28	25,5	55	50,0	15	13,6	6	5,5	110	100,0	2,88±0,9
Kurallara uyma	0	0	37	33,6	63	57,3	8	7,3	2	1,8	110	100,0	2,77±0,6
Günlük aktiviteler	2	1,8	56	50,9	50	45,5	1	0,9	1	0,9	110	100,0	2,48±0,6
Eğlence aktiviteleri	29	26,4	58	52,7	21	19,1	2	1,8	0	0	110	100,0	1,96±0,7
Bellek/hafıza	0	0	12	10,9	47	42,7	21	19,1	30	27,3	110	100,0	3,62±1,0
Öğrenme yeteneği	0	0	13	11,8	47	42,7	20	18,2	30	27,3	110	100,0	3,60±1,0
Toplam ölçek puan ortalaması													48,80±9,48

Tablo 3'te araştırma kapsamına alınan hastaların ölçek maddelerine göre bağımlılık düzeyleri gösterilmiştir.

Hastaların bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları ortalama puan $48,80 \pm 9,48$ 'dir. *Beslenme* alanında hastaların %10'u oldukça bağımlı, %46,4'ü kısmen bağımlı, %21,8'i çok az bağımlı ve %21,8'i bağımlı değildir. Aldıkları ortalama puan ise $3,55 \pm 0,9$ 'dur.

Kontinans alanında hastaların %10,9'u oldukça, %33,6'sı kısmen, %20,9'u çok az bağımlı ve %34,5'i ise bağımlı değildir. Aldıkları ortalama puan $3,79 \pm 1,0$ 'dir.

Hastaların *beden duruşu* alanında %0,9'u tamamen, %46,4'ü oldukça, %50'si kısmen ve %2,7'si çok az bağımlıdır. Aldıkları ortalama puan $2,54 \pm 0,5$ 'tir.

Hareketlilik alanında hastaların %24,5'i tamamen bağımlı, %53,6'sı oldukça bağımlı, %21,8'i kısmen bağımlıdır. Aldıkları ortalama puan $1,97 \pm 0,6$ 'dır.

Ölçeğin *gece/gündüz döngüsü* alt maddesinde hastaların %4,5'i tamamen, %65,5'i oldukça, %28,2'si kısmen, %0,9'u çok az bağımlı ve %0,9'u bağımlı değildir. Aldıkları ortalama puan ise $2,28 \pm 0,6$ 'dır.

Giyinme/soyunma alt maddesinde hastaların %3,6'sı tamamen, %19,1'i oldukça, %43,6'sı kısmen, %10'u çok az bağımlı ve %23,6'sı bağımlı değildir. Bu maddeden aldıkları ortalama puan $3,30 \pm 1,1$ 'dir.

Hastaların *vücut sıcaklığı* alt maddesinde %31,8'i oldukça, %57,3'ü kısmen, %8,2'si çok az bağımlı ve %2,7'si bağımlı değildir. Aldıkları ortalama puan $2,81 \pm 0,6$ 'dır.

Vücut temizliği alanında hastaların %9,1'i tamamen, %36,4'ü oldukça, %33,6'sı kısmen, %15,5'i çok az bağımlı ve %5,5'i ise bağımlı değildir. Aldıkları ortalama puan $2,71 \pm 1,0$ 'dir.

Hastaların *tehlikelerden kaçınma* alanında %6,4'ü tamamen, %38,2'si oldukça, %50,9'u kısmen ve %4,5'i çok az bağımlıdır. Aldıkları ortalama puan $2,53 \pm 0,6$ 'dır.

İletişim alanında hastaların %30,9'u oldukça bağımlı, %44,5'i kısmen, %19,1'i çok az bağımlı ve %5,5'i bağımlı değildir. Aldıkları ortalama puan $2,99 \pm 0,8$ 'dir.

Başkaları ile iletişim kurma alanında hastaların %30,9'u oldukça, %47,3'ü kısmen, %17,3'ü çok az bağımlı ve %4,5'i bağımlı değildir. Aldıkları ortalama puan $2,95 \pm 0,8$ 'dir.

Hastaların *ibadet yapma* alanında %5,5'i tamamen, %25,5'i oldukça, %50,0'ı kısmen, %13,6'sı çok az bağımlı olup %5,5'i bağımlı değildir. Aldıkları ortalama puan ise $2,88 \pm 0,9$ 'dur.

Kurallara uyma alanında hastaların %33,6'sı oldukça, %57,3'ü kısmen %37,3'ü çok az bağımlı iken %1,8'i bağımlı değildir. Aldıkları ortalama puan ise $2,77 \pm 0,6$ 'dır.

Günlük aktiviteler alanında hastaların %1,8'i tamamen, %50,9'u oldukça, %45,5'i kısmen, %0,9'u çok az bağımlı ve %0,9'u bağımlı değildir. Aldıkları ortalama puan $2,48 \pm 0,6$.

Eğlence aktiviteleri alanında ise hastaların %26,4'ü tamamen, %52,7'si oldukça, %19,1'i kısmen ve %1,8'i çok az bağımlıdır. Aldıkları ortalama puan ise $1,96 \pm 0,7$ 'dir.

Hastaların *bellek/hafıza* alanında ise %10,9'u oldukça, %42,7'si kısmen, %19,1'i çok az bağımlı ve %27,3'ü bağımlı değildir. Aldıkları ortalama puan $3,62 \pm 1,0$ 'dir.

Öğrenme yeteneği alanında ise hastaların %11,8'i oldukça, %42,7'si kısmen, %18,2'si çok az bağımlı iken %27,3'ü bağımlı değildir. Aldıkları ortalama puan ise $3,60 \pm 1,0$ 'dir.

3.2.2. Tablo 5. Hastaların bakım bağımlılığı ve bazal durum dispne ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçek	Hastaların aldıkları ortalama puan ($X \pm SD$)
Bakım bağımlılığı ölçeği	$48,80 \pm 9,48$
Bazal durum dispne ölçeği	$3,26 \pm 2,95$
r/p	0,9* / 0,001

* Spearman Korelasyon Analizi

Tablo 5'te hastaların bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ile bazal durum dispne ölçeğinden aldıkları puan arasındaki ilişki incelenmiştir. Her iki ölçek puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.

3.3. Bakım Bağımlılığını Etkileyebilecek Değişkenlere İlişkin Bulgular

3.3.1. Tablo 6. Hastaların yaş gruplarına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

Yaş grubu	n	%	Bakım bağımlılığı ölçek puan ortalaması (X± SD)
46-54 yaş	20	%18,2	58,70±6,74
55-64 yaş	55	%50,0	50,20±8,32
65 yaş üstü	35	%31,8	40,97±5,37
Toplam	110	100,0	48,80±9,48
p=0,002*			

* Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 6’da yaş gruplarına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden alınan puanlar incelenmiştir. Hastaların; %18,2’si 46-54 yaş aralığında, %50,0’si 55-64 yaş aralığında ve %31,8’i 65 yaş ve üzerindedir. 46-54 yaş aralığında olan hastaların aldıkları ortalama puan 58,70±6,74, 55-64 yaş aralığında olanların 50,20±8,32 ve 65 yaş üzeri olan hastaların aldıkları ortalama puan ise 40,97±5,37’dir. Bakım bağımlılığı ölçeği toplam ortalama puanı 48,80±9,48 olup, yaş grupları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0,002).

3.3.2. Tablo 7. Hastaların cinsiyetine göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

Cinsiyet	n	Bakım bağımlılığı ölçek puanı ortalaması (X± SD)
Kadın	14	56,35±7,98
Erkek	96	47,70±9,21
Toplam	110	p=0,002*

* Mann Whitney U testi

Cinsiyete göre bakım bağımlılığı ölçeğinden alınan puanlara ilişkin bilgiler tablo 7’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan 14 kadın hastanın bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları ortalama puan 56,35±7,98; 96 erkek hastanın aldıkları ortalama puan ise

47,70±9,21'dir. Elde edilen verilere göre cinsiyet ile bakım bağımlılığı ortalama ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,002).

3.3.3. Tablo 8. Hastaların eğitim durumuna göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

Eğitim durumu	n	Bakım bağımlılığı ölçek puanı ortalaması (X± SD)
Okur-yazar değil	42	46,76±9,01
İlköğretim	45	47,24±8,77
Lise	19	56,52±9,16
Üniversite	4	51,25±6,70
Toplam	110	p=0,002*

* Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 8'de hastaların eğitim durumuna göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bilgiler verilmiştir. Araştırma kapsamındaki okuryazar olmayan hastaların aldıkları ortalama puan 46,76±9,01, ilköğretim mezunu hastaların 47,24±8,77, lise mezunu hastaların 56,52±9,16 ve üniversite mezunu olan hastaların aldıkları ortalama puan 51,25±6,70'tir. Buna göre araştırmaya katılan hastaların aldıkları bakım bağımlılığı ölçek ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p=0,002).

3.3.4. Tablo 9. Hastaların mesleğine göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

Meslek	n	Bakım bağımlılığı ölçek puanı ortalaması (X± SD)
Emekli	23	48,78±9,12
Çiftçi	33	43,87±7,44
İşçi	20	48,25±8,87
Ev hanımı	10	53,90±7,86
Memur	12	59,66±5,51
Esnaf	12	48,25±10,98
Toplam	110	p=0,001*

* Tek Yönlü Varyans Analizi

Hastaların mesleğine göre bakım bağımlılığı ölçeğinden alınan puanlar tablo 9’da gösterilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastalardan emekli olanların bakım bağımlılığı ölçeği ortalama puanı $48,78 \pm 9,12$; çiftçi olanların $43,87 \pm 7,44$, işçi olanların $48,25 \pm 8,87$, ev hanımı olanların $53,90 \pm 7,86$, memur olanların $59,66 \pm 5,51$ ve esnaf olanların $48,25 \pm 10,98$ ’dir. Hastaların aldıkları bakım bağımlılığı ölçek ortalama puanı ile meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0,001$).

3.3.5. Tablo 10. Hastaların KOAH’ın tanılanma zamanına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

KOAH’ın tanılanma zamanı	n	Bakım bağımlılığı ölçek puanı ortalaması ($X \pm SD$)
0-11 ay	17	$59,11 \pm 6,93$
1 -5 yıl	33	$52,45 \pm 8,82$
6 - 10 yıl	37	$44,45 \pm 7,13$
11 - 15 yıl	23	$42,95 \pm 6,65$
Toplam	110	$p=0,0001^*$

* Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 10’da hastaların KOAH’ın tanılanma zamanına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puanlar gösterilmiştir. Araştırmaya katılan 110 hastanın; 17’si 0-11 ay arasında, 33’ü 1-5 yıl, 37’si 6-10 yıl ve 23’ü 11-15 yıl öncesinde KOAH tanısı almıştır. 0-12 ay arasında tanı alan hastaların aldığı ortalama puan $59,11 \pm 6,93$, 1-5 yıl öncesinde tanı alanların $52,45 \pm 8,82$, 6-10 yıl öncesinde tanı alanların $44,45 \pm 7,13$ ve 11-15 yıl öncesinde tanı alanların ortalama puanı ise $42,95 \pm 6,65$ ’tir. Elde edilen veriler doğrultusunda gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,0001$).

3.3.6. Tablo 11. Hastaların KOAH'ın evresine göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

KOAH' ın evresi	n	Bakım bağımlılığı ölçek puanı ortalaması (X± SD)
3. evre	61	54,98±7,30
4. evre	49	41,12±5,36
Toplam	110	p=0,0001*

* Mann-Whitney U testi

Tablo 11'de KOAH'ın evresine göre bakım bağımlılığı ölçeğinden alınan puanlar yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastalardan 61 hastanın üçüncü evre ve 49 hastanın dördüncü evre KOAH tanısı aldığı tespit edilmiştir. Üçüncü evre KOAH hastalarının aldığı ortalama puan 54,98±7,30 ve dördüncü evre KOAH olan hastaların aldığı ortalama puan 41,12±5,36'dır. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0,0001).

3.3.7. Tablo 12. Hastaların KOAH'a ek kronik hastalık varlığına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

KOAH' a ek kronik hastalık varlığı	n	Bakım bağımlılığı ölçek puanı ortalaması (X± SD)
Var	52	43,26±7,27
Yok	58	53,43±8,62
Toplam	110	p=0,0001*

* Mann-Whitney U testi

Tablo 12'de hastaların KOAH'a ek kronik hastalık varlığına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bilgiler verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların KOAH'a ek herhangi bir kronik hastalık varlığı incelenmiş; 52 hastanın ek hastalığı bulunduğu, 58 hastanın ise ek hastalığı bulunmadığı tespit edilmiştir. Ek hastalığı bulunan hastaların bakım bağımlılığı ölçek ortalama puanı 43,26±7,27 ve ek hastalığı bulunmayan hastaların ortalama puanı 53,43±8,62'dir. Bu iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır (p=0,0001).

4. TARTIŞMA

Bu araştırma T.C. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde yatmakta olan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan hastaların bakım bağımlılığının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiş, araştırmaya üçüncü ve dördüncü evre KOAH olan 110 hasta dâhil olmuştur.

4.1. Hastaların KOAH ile İlgili Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması $61,55 \pm 9,15$ olup, yarısı 55-64 yaş aralığında, çoğunluğu erkek ve evlidir. Hastaların yarıdan fazlası üçüncü evre KOAH, büyük çoğunluğu sigara kullanmakta ve yarıya yakınının KOAH'a ek kronik bir hastalığı mevcut olup en fazla görülen ek hastalık hipertansiyondur.

Araştırmamızda bazal durum dispne ölçeğine göre hastaların yaklaşık üçte birinden fazlasının fonksiyonel bozukluk, işin büyüklüğü ve eforun büyüklüğü alanlarında çok ciddi bozukluk yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 4).

Mollaoğlu ve ark (2011)'nin ileri yaş 98 KOAH hastası ile yaptıkları çalışmada da 41 hastanın ciddi, 39 hastanın orta düzeyde dispne sorunu yaşadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada hastaların ortalama yorgunluk puanının, hafif derecede dispnesi olanlarda $74,21 \pm 20,43$, orta derecede dispnesi olanlarda $79,20 \pm 22,08$, şiddetli dispnesi olanlarda $86,20 \pm 19,85$ olup bu üç grup arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir. Dispne, KOAH'lı hastaların yaşam aktivitelerinde yetersizliklerin ortaya çıkmasına, önceliklerin değişmesine, bağımlılık durumunun artmasına yol açmaktadır (Tel ve Akdemir 1998). Bizim çalışmamızda da literatürde belirtildiği gibi hastaların büyük çoğunluğunun çok ciddi, ciddi ve orta düzeyde dispne yaşadığı saptanmıştır. Araştırma kapsamına üçüncü ve dördüncü evre KOAH hastalarının alındığı düşünülürse yaşanan ciddi dispnenin bu durumdan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

4.2. Hastaların Bakım Bağımlılığı Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulguların İncelenmesi

KOAH hastaların günlük yaşamını olumsuz yönde etkiler. Hastalık ilerledikçe hava yolu obstrüksiyonu şiddetinde artma, dispne ve yorgunluk gibi semptomlarda giderek kötüleşme söz konusudur. Semptomlar; merdiven inip çıkma, yürüme, banyo yapma, kişisel bakım, giyinme, hareketlilik, yemek yeme gibi günlük yaşam aktivitelerinde

hastaların zorlanmasına ve bağımsızlığının azalmasına neden olur. Ayrıca aile ve sosyal ilişkiler üzerinde de olumsuz etkiler yaratmaktadır.

Bakım bağımlılığı ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 17, en yüksek 85'tir. Ölçek puanının yüksek olması, hastaların bakım gereksinimlerini karşılamada bağımsız olduğunu gösterirken, ölçek puanının düşük olması hastaların bakım gereksinimlerini karşılamada bağımlı olduğunu göstermektedir. Bizim araştırmamızda hastaların bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları ortalama puan $48,80 \pm 9,48$ olup, orta düzeyde bağımlı oldukları tespit edilmiştir (Tablo 4).

Araştırmamızda hastaların bakım bağımlılığı ölçeği ile bağımlılık düzeyleri incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre hastaların yarıdan fazlasının bakım bağımlılığı ölçeğinin hareketlilik, gece/gündüz döngüsü, günlük aktiviteler ve eğlence aktivitelerinde; yaklaşık üçte birinin vücut temizliği alanında **oldukça bağımlı** olduğu saptanmıştır. Hastaların yarıdan fazlasının bakım bağımlılığı ölçeğinin vücut sıcaklığı ve kurallara uyma alanında, hastalarının yarısının beden duruşu, tehlikelerden kaçınma ve ibadet yapma alanlarında, hastaların yarıya yakınının beslenme giyinme/soyunma iletişim başkaları ile iletişim kurma bellek/hafıza öğrenme yeteneği alanlarında ve hastaların yaklaşık üçte birinin vücut temizliği alanında **kısmen bağımlı** olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Köberich ve ark (2013)'ün çalışmasında kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve kalp yetersizliği olan hastaların en çok bağımlı olduğu alanların; mobilite, hijyen, giyinme/soyunma, kontinans, tehlikelerden kaçınma ve günlük aktiviteler olduğu belirtilmiştir. Bakım bağımlılığı ölçeği kullanılarak yapılmış bir çalışma; Lohrmann ve ark (2003), Alman hastanelerindeki yaşlı hastalarda bakım bağımlılığı ölçeğini kullanarak hastaların bağımlılık düzeylerini değerlendirmişlerdir. Yaş ortalamasının 75 olduğu bu çalışmada hastaların; kontinans (%23,1), hareketlilik (%27,2), giyinme/soyunma (%26,7), günlük aktiviteler (%24,3) ve eğlence aktiviteleri (%22,0) alanlarında yüksek düzeyde bağımlı oldukları bildirilmiştir. KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun değerlendirildiği bir çalışmada; hastaların en çok etkilendiği aktivitelerin solunum (%100), güvenli çevrenin sürdürülmesi (%96,4), beden ısısının kontrolü (%96,0), çalışma ve uğraş (%95,6), hareket (%95,2) ve uyku (%80,4) olduğu bildirilmiştir (Ünsal ve Yetkin 2005). Araştırma bulgularımız literatürde yer alan diğer araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Beslenme

KOAH'ın ileri dönemlerinde beslenme aktivitesi çaba gerektirir (Kara ve Aşti 2002). Araştırmamızda bakım bağımlılığı ölçeği ile hastaların beslenme konusunda yaşadıkları bağımlılık durumu incelenmiştir. Hastaların yarıya yakınının (%46,4) beslenme konusunda kısmen bağımlı olduğu, yaklaşık beşte birinin de çok az bağımlı olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Ünsal ve Yetkin (2005) KOAH olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinden etkilenme durumunu inceledikleri çalışmada ise hastaların yeme içme durumundan %30,8'inin "az etkilendiğini", %40'ının da "etkilenmediğini" belirtmişlerdir. Bu çalışmada tüm evredeki KOAH hastaları örneklem grubuna alınmıştır. Bulgular arasındaki farklılığın her iki çalışmadaki örneklem seçiminden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hareketlilik

Fiziksel aktivite sırasında oksijen gereksinimi artmaktadır. Ancak KOAH olan bireylerde hava yollarındaki daralma nedeniyle yeterli oksijen sağlanamaz. Bu duruma uyum sağlamak için hastalar gün içinde daha az hareket ederek, minimum efor harcarlar. Buna bağlı olarak tüm aktivitelerde kısıtlama yaşarlar. Araştırmamızda hastaların yarısından fazlasının (%56,6) hareketlilik konusunda oldukça bağımlı ve dörtte birinin (%24,5) tamamen bağımlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3). KOAH hastalarının hareketlilik konusunda bağımsızlıklarının oldukça düşük olduğu bilinmektedir. Literatüre bakıldığında elde edilen sonuçlar bizim bulgumuz ile benzerlik göstermektedir. İnal İnce ve ark (2005)'nin KOAH olan hastaların günlük yaşam aktivitelerini değerlendirdikleri çalışmada, hastaların altı dakikalık yürüme testinin sonunda istatistiksel olarak anlamlı bir nefes darlığı yaşadıkları belirtilmiştir. Barriga ve ark (2013) KOAH olan erkek hastaların günlük yaşam aktivitelerini etkileyen faktörleri incelemişlerdir. Hastaların ortalama günlük adım sayısının hastalığın evresine göre değiştiği (evre 4: 3079,8 adım, evre 3: 4853,5 adım, evre 2: 6118,1 adım) ve aradaki bu farkın anlamlı olduğu bildirilmiştir. Benzer bir çalışma. Moy ve ark (2012)'nin 134 KOAH hastası ile gerçekleştirdikleri çalışmada hastaların günlük ortalama adım sayısının üçüncü evrede 2759, dördüncü evrede ise 1827 olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır.

Taşdelen ve Ateş (2012) evde bakım hastaları ile yaptıkları çalışmada günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmişler; hastaların hareketlilik konusunda %40,7'sinin tam bağımlı ve hemen hemen yarısının da yarı bağımlı (%49,2) olduğunu ifade etmişlerdir.

Troosters ve ark (2010)'nın KOAH hastalarında fiziksel inaktiviteyi değerlendirdikleri çalışmada, KOAH'ın evresi ilerledikçe günlük ortalama adım sayısı azalmakta ve hastaların günlük aktiviteler için harcadıkları zaman azalmaktadır. Hastalığın evresinin ilerlemesiyle, hastaların yaşadığı bağımlılık düzeyinde artış olması beklenen bir sonuçtur.

Gece / gündüz döngüsü

KOAH hastalarında uykusuzluk kompleks bir semptom olup sıklıkla anksiyete ve depresyon ile birlikte seyreder (Scullion ve Holmes 2011). Hastalar akciğerlerdeki kalıcı hasara bağlı sürekli olarak solunum sıkıntısı yaşarlar. Bu sebeple hastalarda kalitesiz bir uyku döngüsü mevcuttur. Araştırmamızda hastaların yarısından fazlasının uyku alanında (%65,5) oldukça bağımlı olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Miravittles ve ark (2007)'nin 1100 hasta ile KOAH ataklarında hastaların algısını değerlendikleri çalışmada, hastaların yarısından fazlasının (%52) uyku problemi yaşadığı belirtilmiştir. Ünsal ve Yetkin (2005) KOAH olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunu inceledikleri çalışmada, hastaların uyku konusunda hemen hemen yarısının (%48) “çok etkilendiğini” bildirmişlerdir. Araştırma bulgumuz bu çalışmalar ile uyumludur. Hastaların yaşadıkları solunum sıkıntısı uyku sırasında pozisyona ve dispneye bağlı olarak artış göstermekte ve hastalarda kalitesiz bir uyku döngüsü yaşanmaktadır. Buna bağlı olarak bağımlılığın yüksek olması beklenmektedir.

Vücut sıcaklığı

Hastaların yarısından fazlasının (%57,3) vücut sıcaklığını koruyabilme alanında kısmen bağımlı olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Ünsal ve Yetkin (2005) KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunu değerlendirdikleri çalışmada vücut sıcaklığını koruyabilme konusunda hastaların yarıya yakınının (%44,4) bu durumdan “az etkilendiğini” bildirmiştir. KOAH hastalarında solunum aktivitesindeki değişikliklerden dolayı metabolizma daha hızlı çalışır, vücut sıcaklığında artma yada azalmalar meydana gelir. Bu nedenle hastalarda bağımlılık yaşanılacağı düşünülmektedir.

Vücut temizliği

KOAH hastaları, pek çok alanda olduğu gibi vücut temizliği, kişisel hijyen konusunda da sınırlılıklar yaşamaktadırlar. Bu aktiviteleri gerçekleştirirken desteğe ihtiyaç duyarlar. Bizim araştırmamızda hastaların yaklaşık üçte birinin (%36,4) oldukça, üçte birinin de (%33,6) kısmen bağımlı oldukları saptanmıştır (Tablo 3). Bu konuda yapılmış

farklı bir çalışmada bizim bulgumuza benzer sonuçlar bulunmuştur. Kaya ve ark (2010) Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan 65 yaş üstü KOAH hastaları ile yaptıkları çalışmada hastaların günlük yaşam aktivitelerini incelemişlerdir. Bu çalışmada bağımlılık düzeyleri bağımlı/yarı bağımlı/bağımsız olarak değerlendirilmiştir. Hastaların banyo yapmada %9,2'sinin tam bağımlı, %28,9'unun yarı bağımlı olduğu saptanmıştır. Hem kadınlarda hem erkeklerde en bağımlı olunan temel günlük yaşam aktivitesinin banyo yapma olduğu belirtilmiştir.

İnanır ve ark (2013)'nın yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini inceledikleri çalışmada, banyo yapma ve kişisel hijyen konusunda hastaların kısmen bağımlı oldukları bildirilmiştir. Taşdelen ve Ateş (2012)'in evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünü değerlendirdikleri çalışmada da hastaların büyük çoğunluğunun (%85,3) banyo yapma sırasında “tam bağımlı” oldukları ifade edilmiştir. Ulusel ve ark (2004) yaşlılarda bağımlılık düzeyi ve risk etmenlerini inceledikleri çalışmasında en fazla bağımlılık yaşanan durumlardan birinin banyo yapma olduğunu belirtmişlerdir.

Görüldüğü gibi hastalarda, bağımlılık düzeyi arttıkça kendi kişisel hijyen gereksinimlerini karşılayamamaktadırlar. Elde ettiğimiz bulgu yapılan çalışmalarla benzerlik taşımaktadır.

Tehlikelerden kaçınma

Araştırmamızda tehlikelerden kaçınma konusunda hastaların yarısının (%50,9) kısmen, yaklaşık üçte birinin de (%38,2) oldukça bağımlı olduğu görülmüştür (Tablo 3). Hastalıktan kaynaklanan solunum sıkıntısı ve hareket kısıtlılıkları hastaları dış ortama ve tehlikelere karşı savunmasız hale getirmektedir. Bu nedenle hastaların bağımlılık düzeylerinde artış olması beklenmektedir.

İletişim

İletişim günlük hayatın vazgeçilmez bir parçası olup, ihtiyaçların karşılanması için bir araçtır. Ancak kimi zaman biyolojik sebepler ya da hastalıkların neden olduğu kısıtlamalardan dolayı olumsuz etkilenmektedir. Araştırmamızda iletişim konusunda hastaların yarıya yakınının kısmen, üçte birinin oldukça bağımlı olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Akın Korhan ve ark (2013)'nın dahili ve cerrahi kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılıklarının değerlendirildiği çalışmada ise, bağımsızlık düzeyinin en yüksek

olduğu alanlardan birinin iletişim olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada iletişim konusunda bağımlılık düzeyinin düşük olmasının, araştırmaya katılan hastaların kooperasyon, duyma ve konuşma probleminin olmamasına bağlı olduğu belirtilmiştir. Bizim araştırmamızda ise bağımlılığın yüksek olmasının nedeninin hastaların yaş ortalamasının $61,55 \pm 9,15$ olmasına bağlı yaşanabilen görme, işitme vb engellerden ve KOAH'a bağlı semptomlardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Günlük aktiviteler

Hastaların en fazla sınırlılık yaşadığı durumlardan biri de günlük aktivitelerdir. Araştırmamızda hastaların yarısının (%50,9) günlük aktivitelerde oldukça bağımlı, yarıya yakınının da (%45,5) kısmen bağımlı olduğu saptanmıştır (Tablo 3). İnal İnce ve ark (2005) yaptıkları çalışmada KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmişlerdir. Hastalık süresinin uzamasıyla birlikte hastaların günlük yaşamlarını sürdürmeleri için gerekli aktivite düzeyinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir. Bakım bağımlılığı ölçeği kullanılarak uluslararası bir karşılaştırma yapılmış ve bu çalışmada da yaş grupları ile günlük aktivite düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu bildirilmiştir. Günlük aktivitelerdeki en yüksek bağımlılığın 89 yaş üzerindeki hastalarda olduğu saptanmıştır (Dijkstra ve ark 2011). Günlük aktiviteler alanında hastaların yaşadığı bağımlılık düzeyi literatürle benzerlik göstermektedir.

Eğlence aktiviteleri

Elde edilen bulgulara göre araştırmamızda en fazla bağımlılık yaşanan durumlardan biri eğlence aktiviteleridir. Hastaların yarıdan fazlası (%52,7) oldukça, yaklaşık dörtte biri ise (%26,4) tamamen bağımlıdır (Tablo 3). KOAH hastalarında yaşanan en belirgin semptom dispnedir ve aktivite ile birlikte şiddeti artmaktadır. Hastalar, solunum sıkıntısını en aza indirmek için yaşamlarını şekillendirirler. Buna bağlı olarak sosyal yaşamda ve eğlence aktivitelerinde bağımlılığın yüksek olması olağandır. Araştırmamıza dahil olan hasta grubunun yaş ortalamasının yüksek olmasının da bağımlılığı arttırdığı düşünülmektedir.

4.3. Bakım Bağımlılığını Etkileyebilecek Değişkenlere İlişkin Bulguların İncelenmesi

4.3.1. Hastaların yaş gruplarına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulguların incelenmesi

Yaşın ilerlemesiyle birlikte vücutta biyolojik, metabolik ve fiziksel olarak değişiklikler meydana geldiği için hastaların bakım bağımlılığının artması olağandır. Araştırmamızda hastaların yaş gruplarına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı, 65 yaş ve üzerindeki hastaların bakım gereksinimlerini karşılamada daha bağımlı olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Bizim araştırmamıza benzer sonuçlar içeren farklı bir çalışmada Lohrmann ve ark (2003) Alman hastanelerindeki yaşlı hastalarda bakım bağımlılığı ölçeği ile farklı yaş gruplarındaki hastaların bağımlılık düzeylerini incelemişlerdir. Bu çalışmada da yaşın artmasıyla birlikte farklı kliniklerde yatan tüm hastalarda bağımlılık düzeyinin arttığı belirtilmiştir. Akın Korhan ve ark (2013)'ı bakım bağımlılığı ölçeğini kullanarak dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda bakım bağımlılık düzeylerini incelemişlerdir. Hastaların yaş ortalaması 53.34 ± 3.35 olup, yaş grupları ile bakım bağımlılığı ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir.

Civi ve Tanrıkulu (2000), yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik yaptıkları çalışmada; 6 temel günlük yaşam aktivitesini incelemişlerdir. Katz günlük yaşam aktiviteleri değerlendirme indeksine göre skora yapılmış, araştırmaya 60 yaş üzeri 302 kişi katılmıştır. Bu çalışmada, ilerleyen yaş ile birlikte bağımlılık düzeyinin arttığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ifade edilmiştir.

Evde yaşayan 65 yaş üstü bireylerin bağımlılık düzeylerinin incelendiği bir çalışmada, yaş ile birlikte bağımlılık yaşama durumunun anlamlı derecede arttığı ve 75 yaş üzerindeki bireylerde bağımlılık düzeyinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Şahbaz ve Tel 2006). Ulusel ve ark (2004)'nın yaşlılarda bağımlılık düzeyi ve risk etmenlerinin incelendiği çalışmada, 75 yaş üstünde olmanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık için risk oluşturduğu belirtmişlerdir.

Yapılan tüm çalışmalarda yaşın ilerlemesiyle bağımlılık düzeyinin önemli ölçüde artış gösterdiği açıktır. Araştırma bulgumuz da bu sonuç ile uyumludur.

4.3.2. Hastaların cinsiyetine göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulguların incelenmesi

Araştırmamızda hastaların cinsiyetine göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmış (Tablo 6), kadınların aldığı ortalama puanın erkeklerin puanından yüksek olduğu belirlenmiştir. Sigaranın kalp ve akciğer üzerindeki olumsuz etkileri bilinmektedir. Aynı zamanda sigara içen bireylerde yorgunluk ve uykusuzluk görülmektedir. Günen ve ark (2007) Türkiye’de KOAH prevalansını araştırmışlar ve sigara içme oranının erkeklerde bayanlara göre önemli oranda fazla olduğunu belirtmişlerdir. Erkeklerde bağımlılık düzeyinin yüksek olmasının toplum içinde erkeklerde sigara kullanımının bayanlara oranla çok daha yaygın olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

4.3.3. Hastaların eğitim durumuna göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulguların incelenmesi

Hastaların eğitim durumlarına göre bağımlılık düzeyleri incelenmiş; lise ve üniversite mezunu olanların aldıkları ortalama puanın ilkokul mezunu ve okuryazar olmayanlarınkinden yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına göre eğitim durumu arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 7). Bu farkın, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin tedavilerine uyumunun ya da hastalık hakkındaki farkındalığının fazla olması ve bu nedenle tedaviye uyumunun daha yüksek olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Cingil ve Bodur (2008)’un çalışması bizim bulgumuzu desteklemektedir. Yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerini değerlendirdikleri çalışmada öğrenim görmemiş yaşlıların, öğrenim görenlere göre 2.3 kat daha bağımlı olduğunu, bağımlılık için risk etmenlerinin arasında; “öğrenim görmeme” olduğunu belirtmişlerdir.

4.3.4. Hastaların meslek grubuna göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulguların incelenmesi

Araştırmamızda hastaların mesleğine göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup (Tablo 8), hastaların ortalama ölçek puanının memurlarda en yüksek, çiftçilerde en düşük olduğu saptanmıştır. Sedanter bir yaşam süren, çalışma ortamında fiziksel güç ve fazla efor harcamayan bireylerde hastalığın semptomlarına uyum daha kolay, bu kişilerde bağımlılık

oranının daha düşük olabileceği, çiftçilerde de çalışma koşullarından dolayı bakım bağımlılığının yüksek olabileceği düşünülmektedir.

4.3.5. Hastaların KOAH'ın tanılanma zamanına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulguların incelenmesi

Tanılanma zamanı hastalığın; tedavisi, prognozu, semptomların şiddeti gibi pek çok faktör üzerinde etkilidir. Hastalık süresinin daha uzun, bireylerde yaşanan semptomların ve etkilerinin daha fazla olması, hastaların bağımsızlıklarını engellemektedir. Araştırmamızda hastalığın tanı alma zamanı ile ölçek puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 9).

4.3.6. Hastaların KOAH'ın evresine göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulguların incelenmesi

Yaşlılık fizyolojik bir süreç olup bireyleri bağımlı hale getirmektedir. KOAH ileri yaşlarda özellikle, 45 yaş üstünde görülen kronik bir hastalıktır. İleri yaş ile birlikte hastalığın son evrede olması bireyleri daha da çok etkilemektedir. Araştırmamızda KOAH'ın evresine göre hastaların bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 10). Hastalığın evresinin ilerlemiş olması, semptomlarda da artış olması anlamına gelir. Bu durumda hastalarda yaşanan bağımlılık düzeyinin yüksek olması araştırma bulgumuzda olduğu gibi beklenen bir sonuçtur. Fabricius ve ark (2011)'nin KOAH prevelansını araştırdıkları çalışmalarında üçüncü ve dördüncü evre KOAH'ın sıklıkla 65 yaş üstünde görüldüğü belirtilmiştir. Barriga ve ark (2013), ikinci ve dördüncü evre 55 KOAH hastasının günlük yaşam aktivitelerini değerlendirdikleri çalışmada iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu bildirilmiştir. İnal İnce ve ark (2005) şiddetli KOAH olan hastaların günlük yaşam aktivite düzeylerinin, orta şiddette KOAH olanlara göre daha fazla kısıtlandığını belirtmişlerdir.

4.3.7. Hastaların KOAH'a ek kronik hastalık varlığına göre bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulguların incelenmesi

Var olan hastalığın yanında ek bir hastalığın bulunması semptomların şiddetinin artmasına ve hastaların bağımsızlıklarının azalmasına neden olmaktadır. Araştırmamızda KOAH'a ek bir hastalık durumuna göre hastaların bakım bağımlılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 11). Jarab ve ark (2012)

tarafından KOAH'lı hastalarda farmasötik bakımın sağlık sonuçları üzerine etkisine bakılmıştır. Bu çalışmada, katılımcıların yarıdan fazlasının KOAH ile birlikte diyabet, hipertansiyon, artrit, osteoporoz gibi ek hastalıkları bulunduğu ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir.

Kronik hastalıklar ve yaşlılık, uzun süreli izlem, kontrol ve bakım gerektirir. Bu da yaşlı bireyler için fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda bir takım kayıpların yaşanması ve yeni yaşam düzenlemelerinin yapılması anlamına gelir. Dahiliye ve cerrahi kliniğinde yatan hastalarda bakım bağımlılık düzeyinin incelendiği bir çalışmada; cerrahi klinik hastalarının puan ortalaması $73,79 \pm 18,11$, dahiliye klinik hastalarının ise $68,45 \pm 22,77$ 'dir. Bu çalışmada dahili ve cerrahi kliniklerinde yatan hastaların bağımlılık durumları arasında anlamlı fark bulunduğu belirtilmiştir (Akın Korhan ve ark 2013). Dahiliye kliniğinde yatan hastaların daha bağımlı olması beklenen bir durumdur.

Karaman il merkezinde yaşlılarda bağımlılık düzeylerinin incelendiği bir çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerin olmayanlara göre bağımlılığının yüksek olduğu belirtilmiştir (Cingil ve Bodur 2008).

Yapılan bir çalışmada temel günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık için diabetes mellitus ve hipertansiyonun 2,3 kat daha fazla risk oluşturduğu belirtilmiştir (Ulusel ve ark 2004). Bireylerde hastalık sayısı arttıkça günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilendiği ortaya konmuştur (Kavlak 2012, Erden Ünsaldı 2001). Göksel ve ark (2002) yaptıkları araştırmada diabetes mellitusun KOAH ataklarının seyri üzerine etkisini incelemişler ve diabetin KOAH hastalarında hastanede kalış süresini uzattığını belirtmişlerdir. Aynı şekilde Taşçı ve ark (2011) yatarak tedavi gören KOAH'lı hastaları retrospektif olarak değerlendirdikleri çalışmada ek hastalığa sahip olan KOAH'lı hastaların daha uzun süre hastanede yattıklarını bildirmişlerdir. Hastanede kalış süresinin artmasıyla hastalarda bağımlılık düzeyinin artacağı açıktır. Araştırma bulgularımız literatürde yer alan çalışma bulguları ile uyumludur.

4.4. Bakım Bağımlılığı ve Bazal Durum Dispne Ölçek Puanına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Hastaların, bakım bağımlılığı ile bazal durum dispne ölçeği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 12). KOAH hastalarında dispne en önemli semptomlardan biridir. Buna bağlı olarak hastalar merdiven inip çıkma, alışveriş yapma, banyo yapma, kişisel hijyen gibi her alanda kısıtlama yaşamaktadır. Dispne ne kadar şiddetli yaşıyorsa, bağımlılık da o oranda artmaktadır. Bu sebeple kullandığımız iki ölçek arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olması beklendik bir bulgudur.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Üçüncü ve dördüncü evre KOAH hastalarının bakım bağımlılığının incelendiği araştırmamızda elde edilen sonuçlar şöyledir:

- ✓ Araştırmaya dahil olan tüm hastaların bakım bağımlılığı ölçek puan ortalaması $48,80 \pm 9,48$ 'dir (Tablo 3). Bakım bağımlılığı ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 17, en yüksek puan 85'tir. Bu doğrultuda hastaların ortalama bir puan aldıkları saptanmıştır.
- ✓ Hastaların yarıya yakınının (%46,4) bakım bağımlılığı ölçeği alt maddesi olan beslenme konusunda kısmen bağımlı oldukları görülmüş ve aldıkları ortalama puan $3,55 \pm 0,9$ 'dur (Tablo 3).
- ✓ Hastaların kontinans durumları incelenmiş, çoğunluğunun (%34,5) bağımlı olmadıkları tespit edilmiştir (Tablo 3).
- ✓ Araştırmaya dahil olan hastaların beden duruşu incelendiğinde; hastaların yarısının (%50,0) kısmen bağımlı olduğu, yarıya yakınının da (%46,4) oldukça bağımlı olduğu saptanmıştır. Aldıkları ortalama puan $2,54 \pm 0,5$ 'tir (Tablo 3).
- ✓ Hareketlilik konusunda, hastaların yarıdan fazlasının (%53,6) oldukça bağımlı olduğu tespit edilmiş ve aldıkları ortalama puan $1,97 \pm 0,6$ 'dır (Tablo 3).
- ✓ Hastaların gece/gündüz döngüsünde yarıdan fazlasının (%65,5) oldukça bağımlı olduğu belirlenmiştir. Aldıkları ortalama puan $2,28 \pm 0,6$ 'dır (Tablo 3).
- ✓ Hastaların %50,9'unun günlük aktivitelerde, %52,7'sinin de eğlence aktivitelerinde oldukça bağımlı olduğu saptanmıştır (Tablo 3).
- ✓ Yaş ile bakım bağımlılığı ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. En düşük puanı ($40,9 \pm 5,3$) 65 yaş ve üzerinde olan hastalar almıştır (Tablo 6).
- ✓ Cinsiyet ve bakım bağımlılığı ölçek puanı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş, erkeklerde bağımlılık düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5).
- ✓ Araştırmaya dahil olan hastaların eğitim durumları ve bakım bağımlılığı ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (Tablo 7).

- ✓ Meslek grupları ile bakım bağımlılığı ölçek puanı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Okuma yazması olmayan hastaların bağımlılık düzeyi daha yüksektir (Tablo 8).
- ✓ KOAH'ın evresi ve bakım bağımlılığı ölçek puanı arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Dördüncü evre KOAH hastalarında bağımlılık düzeyi daha yüksektir (Tablo 10).
- ✓ KOAH' a ek herhangi bir kronik hastalığı olanların, olmayanlara göre daha düşük puan aldıkları ve bağımlılığın daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 11).
- ✓ Bakım bağımlılığı ve bazal durum dispne ölçeği karşılaştırıldığında, pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

Öneriler:

Uygulayıcılara öneriler

- KOAH tanısı alan hastaların;
 - o Bireysel olarak bakım gereksinimlerinin belirlenmesi,
 - o KOAH'ın evresine göre hastaların bakım bağımlılıklarının belirlenmesi,
 - o Bağımlılık düzeyine ve bakım gereksinimlerine göre hemşirelik bakımının planlanması,
 - o Bağımsızlığını etkileyebilecek KOAH ile ilgili değişkenlerin belirlenmesi,

Araştırmacılara öneriler

- ✓ Bakımın planlanmasına katkı sağlaması için bu çalışmanın farklı tıbbi tanıya sahip hasta gruplarında daha büyük örneklem grubunda uygulanması önerilmektedir.

ÖZET

Üstün R. Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığı (KOAİ) olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesi

Bu araştırma “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) olan bireylerin bakım bağımlılığının belirlenmesi” amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın örneklemini bir üniversite hastanesinin Göğüs Hastalıkları Kliniğinde yatan üçüncü ve dördüncü evre 110 KOAİ hastası oluşturmuştur.

Araştırmanın verilerinin toplanmasında hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren “Hasta Tanıtım Formu”, “Bakım Bağımlılığı Ölçeği” ve “Bazal Durum Dispne” ölçeği kullanılmıştır. Veriler hastalar ile yüz yüze görüşülerek toplanmış, SPSS 18 paket programıyla analiz edilmiştir. Bağımsız grup karşılaştırmalarında Varyans Analizi, Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Araştırmaya dâhil olan hastaların yaş ortalaması $61,55 \pm 9,15$ olup, %87,3’ü erkek’tir. Hastaların, %55,5’i üçüncü evre, %44,5’i dördüncü evre KOAİ hastasıdır.

Bakım bağımlılığı ölçeği toplam puan ortalaması $48,80 \pm 9,48$ ’dir. Hastaların bakım bağımlılığı ölçeğinin hareketlilik, gece/gündüz döngüsü, vücut temizliği, günlük aktiviteler ve eğlence aktiviteleri alanlarında *oldukça bağımlı*; beslenme, beden duruşu, giyinme-soyunma, vücut sıcaklığı, tehlikelerden kaçınma, iletişim, ibadet yapma, kurallara uyma ve öğrenme yeteneği alanlarında *kısmen bağımlı* olduğu saptanmıştır. Bakım bağımlılığı ölçek puan ortalaması ile; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve KOAİ’nin evresi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bakım bağımlılığı ölçeği ile bazal durum dispne ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç olarak bakım bağımlılığı ölçeğinden alınan puana göre hastaların orta düzeyde bağımlı olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Bakım bağımlılığı, Hemşirelik, KOAİ

SUMMARY

Üstün R. Examination of the care dependence of individuals who have Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

This is a descriptive research that has been made with the objective of determining the care dependence of individuals who have Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The sample of the research was consisted of 110 3rd and 4th phase COPD patients who were treated at Lung Diseases Clinic of one of the University Hospital.

A “Patient identifying form” which includes socio-demographical features of patients, a “Care Dependency Scale”, a “Baseline Dispnea Index” was used to gather the data that was required for research. The data has been gathered by making face-to-face conversations with patients and analyzed with a packaged software called SPSS 18.0 Variance Analysis, Kruskal Wallis Variance Analysis and Mann-Whitney U test was used in independent group comparisons.

The patients who were attended to the research had an age average of $61,55 \pm 9,15$ and %87,3 of them were male; %55,5 of them are at the third phase, %44,5 of them were at the fourth phase of the COPD.

Total average score of Care Dependency Scale was $48,80 \pm 9,48$. Care Dependency Scale of the patients has been determined as strictly dependent in domains of mobility, day/night cycle, body hygiene, daily activities, entertainment areas; and partly dependent in domains of nutrition, body posture, dressing-undressing, body temperature, avoiding dangers, communication, prayer, conform to rules and learning ability. A meaningful difference has been detected between the Care Dependency Scale average score and age, gender, education, occupation and the phase of COPD. A strong relation has been detected in positive direction between Care Dependency Scale and Baseline Dispnea Index average score.

As a result, according to the scores obtained from the care dependency scale was found to be dependent on the middle level of the patient.

Key Words: Care Dependency, Nursing, COPD

KAYNAKLAR

Abad-Corpa E, Royo-Morales T, Iniesta-Sańchez J, Carrillo-Alcaraz A, Rodríguez-Mondejar JJ, Saez-Soto AR, Vivo-Molina MC. Evaluation of the effectiveness of hospital discharge planning and follow-up in the primary care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing* 2012;22:669-680.

Akça F. Mesleki Temel Kavramlar. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavram ve Beceriler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011;p.2-28.

Akın Korhan E, Hakverdioğlu Yönt G, Tokem Y, Karadağ  , Sarıoğlu E, Yıldız K. Dahiliye ve cerrahi kliniklerde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;16(4):199-204.

Aksu T, Fadıloğlu  . Solunum sistemi hastalıklarında evde bakım yönetimi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010;2(3):127-132.

Alşan Y. KOAH  zerine klinik yol alışması: Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde bir uygulama. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Türkiye. 2009.

Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Türk Toraks Derneği* 2008;10(2):63-68.

Barriga S, Rodrigues F, Barbara C. Factors that influence physical activity in the daily life of male patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Portuguese Journal of Pulmonology* 2013;192:1-7.

Başyiğit  . KOAH tanımı ve klinik  zellikleri. *Türk Toraks Derneği Toraks Cerrahisi Bülteni* 2010;1(2):102-104.

Cingil D, Bodur S. Karaman il merkezinde yaşayan yaşlıların bağımlılık düzeyleri, demografik ve medikal özelliklerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;11(3):33-39.

Çevirme L. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan olgularda solunum fonksiyonlarının, yaşam kalitesinin, anksiyetenin ve depresyonun alevlenme sayısına etkisi. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye. 2008.

Çil A, Olgun N. KOAH'ın pulmoner rehabilitasyon ile yönetimi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005;21(1):103-113.

Çivi S, Tanrikulu MZ. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. Turkish Journal of Geriatrics 2000;3(3):85-90.

Demirci Üçsular F, Kayık Demir A, Polat G, Güçlü SZ. KOAH'lı olguların sigara içme özellikleri. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2004;18(3):107-112.

Deveci F, Deveci SE, Türkoğlu S, Turgut T, Kirkil G, Rahman S, Açık Y, Muz MH. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Elazığ, Eastern Turkey. European Journal of Internal Medicine 2011;22:172-176.

Dijkstra A, Hakverdioğlu Yönt G, Akın Korhan E, Muszalik M, Kedziora-Kornatowska K, Suzuki M. The care dependency scale for measuring basic human needs: an international comparison. Journal of Advanced Nursing 2011;68(10):2341-2348.

Dijkstra A, Tiesinga LJ, Veltman G, Dassen TWN. Diagnostic accuracy of the care dependency scale. Journal of Advanced Nursing 2005;50(4):410–416.

Downs CA. Functional assessment of chronic obstructive pulmonary disease. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 2011;23:161-167.

Elbi Mete H. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri 2008;11(3):3-18.

Erden Ünsaldı Ü. Çubuk sağlık ocağına başvuran 65 yaş ve üzerindeki grupta Groningen ölçeğine göre etkinlik kısıtlılığı durumu değerlendirmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2001;54(3):333-344.

Erginel MS. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/kisokulu5pptpdf/sinan_erginel_kronik.pdf. Erişim Tarihi: 21 Ekim 2014.

Fabricus P, Løkke A, Louis Marott J, Vestbo J, Lange P. Prevalence of COPD in Copenhagen. Respiratory Medicine 2011;105:410-417.

GOLD. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global Strategy for the Diagnosis Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2014, p.2-81.

GOLD. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global Strategy for the Diagnosis Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2013, p.19-65.

Göksel T, Çok G, Karakuş H, Güzelant A, Bayındır Ü. Diabetes mellitusun kronik obstrüktif akciğer hastalığı ataklarının seyri üzerindeki etkisi. Toraks Dergisi 2002;3(1):26-30.

Günen H, Hacıevliyagil SS, Yetkin Ö, Gülbaş G, Mutlu CM, Pehlivan E. Prevalence of COPD: First epidemiological study of a large region in Turkey. European Journal of Internal Medicine 2008;19(7):499-504.

Hakverdioğlu Yönt G, Akın Korhan E, Khorshid L, Eşer İ, Dijkstra A. Bakım bağımlılığı ölçeğinin (care dependency scale) yaşlı bireylerde geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2010;13(Özel Sayı).

İnal İnce D, Savcı S, Çöplü L, Arkan H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. Toraks Dergisi 2005;6(1):31-36.

İnanır İ, Kayış A, Yılmaz K. Yaşlı hastaların günlük yaşam aktiviteleri. Akademik Geriatri 2013;5:64-72.

Jarab AS, AlQudah SG, Khmour M, Shamssain M, Mukattash TL. Impact of pharmaceutical care on health outcomes in patients with COPD. International Journal of Clinical Pharmacy 2012; 34(1):53-62.

Jónsdóttir H. Nursing care in the chronic phase of COPD: a call for innovative disciplinary research. Journal of Clinical Nursing 2008;17(7):272-290.

Jones PW. Quality of life measurement for patients with diseases of the airways. Thorax 1991;46:676-682.

Kara M, Aşti T. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının evde bakımı. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi 2002;34:75-81.

Kara M, Mirici A. KOAH öz-etkinlik ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliği. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi 2002;34:61-66.

Kartaloğlu Z, Okutan O, İlvan A. Öksürük. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2001;49(4):525-539.

- Kavlak Y. Huzurevinde kalan bireylerin demografik özelliklerinin günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve depresyon üzerine etkisi. *Akademik Geriatri* 2012;4:97-103.
- Kaya E, Özbek S, Tekin A, Ergin S, Yaman A. KOAH'lı yaşlı hastalarda günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2010;13(2):111-116.
- Kissel EJ, Dassen T, Kottner J, Lohrmann C. Psychometric testing of the modified care dependency scale for rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 2010;24:363-372.
- Kocabaş A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri, <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2422011175353-105113.pdf>. Erişim Tarihi : 8 Kasım 2014.
- Kocaçal Güler E, Eşer İ. Hasta bakımına katılımında hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008;3(9):104-117.
- Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı hastalarda anksiyete depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010;13(2):79-86.
- Kömüs N, Tertemiz KC, Sevinç C. KOAH riski altında olan (evre 0) olguların önemi ve klinik farklılıkları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2008;56(4):382-389.
- Köberich S, Lohrmann C, Dassen T. Care dependency in patients with chronic obstructive pulmonary disease and heart failure - a secondary data analysis of German prevalence studies. *Scand Journal Caring Science* 2013;doi:10.1111/scs.12091.
- Lohrmann C, Dijkstra A, Dassen T. The care dependency scale/an assessment instrument for elderly patients in German Hospitals. *Geriatric Nursing* 2003;1(24):40-43.
- Mahler DA, Wells CK. Evaluation of clinical methods for rating dyspnea. *Chest Journal* 1988;93(3):580-586.
- Mahler DA, Weinberg DH, Wells CK, Feinstein AR. The measurements of dyspnea contents, interobserver agreement, and physiologic correlations of two new clinical indexes. *Chest* 1984;85(6):751-758.
- McKay A, Mahesh PA, Fordham JZ, Majeed A. Prevalence of COPD in India: a systematic review. *Primary Care Respiratory Journal* 2012;21(3):313-321.
- Miravittles M, Anzueto A, Legnani D, Forstmeier L, Fargel M. Patient's perception of exacerbations of COPD—the perceive study. *Respiratory Medicine* 2007;101:453-460.

Mollıaoğlu M, Kars Fertelli T, Özkan Tuncay F. Fatigue and disability in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Archives of Gerontology and Geriatrics 2011;53(2):93-97.

Moy ML, Danilack VA, Veston NA, Garshick E. Daily step counts in a US cohort with COPD. Respiratory Medicine 2012;106:962-969.

Ovayolu N, Ovayolu Ö, Ateş Ç. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3(9):3-16.

Özlü T, Metintaş M, Ardiç S. Akciğer Hastalıkları Temel Bilgiler. Ankara: Poyraz Tıbbi Yayıncılık San. ve Tic. Ltd. Şti.; 2008. s: 249-279.

Reardon JZ. COPD and exercise: what's really important? a nursing perspective. Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2007;4(3):283-287.

Scullion J, Holmes S. Palliative care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Nursing Older People 2011;23(4):32-39.

Şahbaz M, Tel H. Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2006;9(3):85-93.

Shaykhiev R, Crystal RG. Innate immunity and chronic obstructive pulmonary disease: a mini-review. Gerontology 2013;59:481-489.

Taşçı C, Arık D, Uçar E, Özkan M, Tozkoparan E, Bilgiç H. Yatarak tedavi gören KOAH'lı hastaların retrospektif olarak değerlendirilmesi (bir yıllık izlem). Journal of Clinical and Analytical Medicine 2011;2(2):4-6.

Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi 2012;9(3):22-29.

Tatlıcıoğlu T. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve geleceği. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2007;55(3):303-318.

T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://gard.org.tr/haberler/53-dunya-koah-gunu-2013.html>, Erişim Tarihi 24.10.2014.

Tel H, Akdemir N. KOAH'lı hastalarda uygulanan planlı hasta öğretiminin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla baş etme durumlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998;2(2):44-52.

Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. Türk Toraks Dergisi 2012;13:87-92.

The Ministry of Health of Turkey, Global Adult Tobacco survey-Turkey Raport, 2010, 1-125.

Troosters T, Sciurba F, Battaglia S, Langer D, Valluri SR, Martino L, Benzo R, Andre D, Weisman I, Decramer M. Physical inactivity in patients with COPD, a controlled multi-center pilot-study. Respiratory Medicine 2010;104(7):1005-1011.

TTD. Türk Toraks Derneği. Kronik obsrükatif akciğer hastalığı tanı ve tedavi uzlaşısı raporu, 2010, p.1-66.

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Küresel yetişkin tütün araştırması Türkiye raporu, 2010, p.2-128.

Ulusel B, Soyer A, Uçku R. Toplum içinde yaşayan yaşlılarda günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık düzeyi ve etkileyen risk etmenleri. Türk Geriatri Dergisi 2004;7(4):199-205.

Ünsal A, Yetkin A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;8(1):42-53.

Vaz Fragaso CA, Concato J. McAvay G, Van Ness PH, Rochester CL, Yaggi HK, Gill TM. Defining chronic obstructive pulmonary disease in older persons. Respiratory Medicine 2009;103(10):1468-1476.

Yakışan A, Özbudak Ö, Çilli A, Ögüş C, Özdemir T. KOAH'lı kadın hastalardaki risk faktörleri. Dicle Tıp Dergisi 2006;33(4):215-219.

Yurtsever S. Kronik hastalıklarda yorgunluk ve hemşirelik bakımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4(1):16-20.

Zakrisson AB, Hägglund D. The asthma/COPD nurses experience of educating patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2010; 24(1):147-155

World Health Organization. <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>. Erişim Tarihi: 8 Kasım 2014.

ÖZGEÇMİŞ

Rabia Üstün 04.01.1987 tarihinde Sarıgöl/Manisa’da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Mimar Sinan ilköğretim Okulunda, lise eğitimini Alaşehir Yabancı Dil Ağırlıklı Lise de tamamladı. Ardından 2009 yılında Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulunda lisans eğitimini tamamladı. 2011 yılında Adnan Menderes Üniversitesi ve Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde ortak açılmış olan Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans programına başladı. Ağustos 2009 tarihinden bu yana Pamukkale Üniversitesi Anestezi yoğun bakımda hemşire olarak görev yapmaktadır.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tezimin her aşamasında yol gösteren, aydınlatan değerli hocam danışmanım Doç. Dr. Güलगün TÜRK'e, üniversite eğitimimin ilk yılında tanıdığım bana mesleğimi sevdiren ve meslek disiplinini aşıl原因an değerli hocam Prof. Dr. Nevin KUZU KURBAN'a, ders aşamasındaki destek ve katkılarından dolayı değerli hocalarım Yard. Doç. Dr. Yıldız DENAT ve Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ'a ayrı ayrı teşekkürlerimi sunuyorum.

Araştırma verilerinin analiz aşamasında yardım ve sabrını esirgemeyen sevgili Hande ŞENOL'a, halen görev yapmakta olduğum anestezi yoğun bakımda çalışan tüm hemşire arkadaşlarıma tek tek teşekkür ediyorum.

Yüksek lisans eğitimim sayesinde tanıdığım ve kazandığım sevgili dostlarım Hürmüs KUZGUN, Funda EROL ve Gülnur YAŞAR'a destek ve dostlukları için,

Ayrıca her zaman yanımda olan sevgili annem, kardeşlerim Ayla ve Özgür ÜSTÜN'e destek ve anlayışları için çok teşekkür ediyorum.

Ve son olarak bu günü göremeyen canım BABAMA sevgilerimle...

Ek 1. HASTA TANITIM FORMU

1. Yaş

Dosya Numarası :

.....

2. Cinsiyet

- a) Kadın b) Erkek

3. Eğitim durumu

- a) İlköğretim b) Lise c) Üniversite d) Diğer

4. Mesleğiniz

.....

5. Medeni durum

- a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Dul

6. Aylık gelir düzeyi

...../.....TL

7. KOAH ne zaman tanındı ?

.....ay önce

.....yıl önce

8. KOAH' a ilave kronik hastalık varlığı ?

- a) yok
b) var (Belirtiniz)

9. KOAH'ın evresi ?

- a) 3. evre b) 4. evre

10. Sigara kullanma durumu ?

- a) evet b) hayır

11. Sigara kullanma süresi ve miktarı?

.....

Ek 2. BAKIM BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ

	Tamamen bağımlıyım	Oldukça bağımlıyım	Kısmen bağımlıyım	Çok az bağımlıyım	Bağımlı değilim
Beslenme Yemek yeme gereksinimini karşılayabilmede					
Kontinans İdrar ve dışkı boşaltımını kontrol edebilmede					
Beden Duruşu Bir işi yapabilmek için uygun hareketi sağlayabilmede					
Hareketlilik Hareket edebilmede					
Gündüz/ Gece Döngüsü Uykuya gitme ve sürdürebilmede					
Giyinme ve Soyunma Giyinebilme ve soyunabilmede					
Vücut Sıcaklığı Ortam koşullarına göre vücut ısını koruyabilmede					
Vücut Temizliği Vücut temizliğini yapabilmede					
Tehlikelerden Kaçınma Başkalarından ve çevreden gelebilecek tehlikelere karşı kendini koruyabilmede					
İletişim Sözel iletişim kurabilmede ve sürdürebilmede					
Başkaları ile ilişki kurma Sosyal çevreyle ilişkiyi sürdürebilmede					
İbadet yapma İbadet gereksinimlerini karşılayabilmede					
Kurallara uyma Bulunduğu ortamın var olan düzenine uyabilmede					
Günlük aktiviteler Günlük aktivitelerini sıralayabilmede					
Eğlence aktiviteleri Sosyal aktivitelere katılabilmede					
Bellek/ hafıza Daha önce öğrendiği bilgi/becerileri kullanmada/ hatırlamada					
Öğrenme yeteneği Yeni bilgi/ becerileri öğrenmede					

Ek 3. BAZAL DURUM DİSPNE ÖLÇEĞİ

FONKSİYONEL BOZUKLUK

4. derece: Bozukluk yok. Günlük aktiviteler ve iş sırasında nefes darlığı yok.

3. derece: Hafif bozukluk; en azından bir aktivitede belirgin bozukluk var ama tamamen engellenmemiş. İş veya günlük aktivitelerde azalma hafif veya açıkça nefes darlığına bağlanamıyor.

2. derece: Orta dereceli bozukluk; nefes darlığı nedeniyle işini değiştirmiş ve/veya en az bir günlük aktiviteden vazgeçmiş.

1. derece: Ciddi bozukluk; nefes darlığı nedeniyle çalışamaz durumda veya günlük aktivitelerinin çoğu veya tümünden vazgeçmiş.

0. derece: Çok ciddi bozukluk; çalışmıyor ve günlük aktivitelerinin çoğunu veya tümünü bırakmış.

-W: Miktar belirsiz; hasta nefes darlığından etkileniyor ama miktarı belirlenemiyor.

-X: Etkilenme ile ilgili bilgi alınamıyor.

-Y: Etkilenme nefes darlığından farklı sebeplere bağlı. Örneğin iskelet-kas sistemine ait sorun veya göğüs ağrısına bağlı.

İŞİN BÜYÜKLÜĞÜ

4. derece: Olağan dışı; düz zeminde çok ağır yük taşımak, daha hafif yükleri yokuş yukarı taşımak veya koşmak gibi olağandışı aktivitelerde nefes darlığı var. Olağan işlerde nefes darlığı yok.

3. derece: Büyük; dik bir yokuşu çıkmak, üç kattan fazla merdiven çıkmak veya orta ağırlıkta bir yükü düz zeminde taşımak gibi aktivitelerle nefes darlığı var.

2. derece: Orta; hafif yokuş çıkmak, üç kattan daha az merdiven çıkmak veya düz zeminde hafif bir yük taşımak gibi ortalama işlerle nefes darlığı var.

1. derece: Hafif; düz zeminde yürümek, yıkanmak veya ayakta durmak gibi hafif işlerle nefes darlığı var.

0. derece: İş yok; istirahatatta, otururken veya yatarken nefes darlığı var.

-W: Miktar belirsiz. Hastanın iş yapma gücü nefes darlığı yüzünden bozulmuş ama işin miktarı belirlenemiyor. Bozukluğun kategorizasyonu için eldeki ayrıntılar yetersiz.

-X: Bilinmiyor. İşin büyüklüğüne bağlı sınırlanma hakkında bilgi yok.

-Y: Etkilenme nefes darlığından farklı nedenlere bağlı. Örneğin iskelet-kas sistemine ait sorun veya göğüs ağrısı.

EFORUN BÜYÜKLÜĞÜ

4.derece: Olağandışı; hayal edilebilen en büyük eforla nefes darlığı var. Olağan eforla nefes darlığı yok.

3. derece: Büyük; submaksimal ama büyük oranda eforla nefes darlığı var olağan dışı efor gerektirmeyen işler ara vermeden yapılabilir.

2. derece: Orta; orta dereceli eforla nefes darlığı var. İşler ara sıra durarak yapılır ve tamamlanması normal bir kişiden daha fazla zaman alır.

1. derece: Hafif; küçük eforla nefes darlığı var. İşler hafif eforla yapılır veya daha zor işler sık aralarla yapılır ve tamamlanmaları için normal bir kişiye oranla %50 - %100 daha uzun zaman gerekir.

0. derece: Efor harcamıyor. İstirahat halinde otururken veya yatarken nefes darlığı var.

-W: Miktar belirsiz; hastanın egzersiz kapasitesi nefes darlığı nedeniyle azalmış, ancak miktarı belirlenemiyor.

-X: Bilinmiyor; eforun kısıtlanması ile ilgili bilgiler yetersiz.

-Y: Etkilenme nefes darlığından farklı nedenlere bağlı. Örneğin iskelet-kas sistemine ait sorun veya göğüs ağrısı.

Ek 4. ARAŞTIRMA İZİN YAZISI

	T.C. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ İÇ YAZIŞMA FORMU				
	Doküman No:	Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	
	İ_FR_Yİ_04	06.05.2009	23.01.2012	3	1/1

SAYI:B.30.2.PAÜ.0.AD.00.00-7846
KONU:

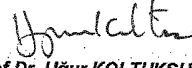
14/11/2012

Sayın;
Rabia ÜSTÜN

İlgi: 07/11/2012 tarihli dilekçeniz.

İlgide kayıtlı dilekçe ile bildirmiş olduğunuz "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerin Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi" adlı araştırmaya ilişkin Göğüs Hastalıkları Bölümünde yatmakta olan 3. ve 4. evre hastalar ile yüzyüze görüşerek "Bakım Bağımlılığı Ölçeği" ile veriler toplamak istediğiniz tarafımızca uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Prof.Dr. Uğur KOLTUKSUZ
Merkez Müdürü

Adres: Kınıklı Kampüsü DENİZLİ
Tel: 0-258-444 07 28 (Pbx) Faks: 0-258-2134922
Adres: Doktorlar Cad.No:42 DENİZLİ
Tel: 0-258-2410034 (Pbx) Faks: 0-258-2410040

Ek 5. ETİK KURUL KARAR FORMU

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 2012/43 29.11.2012
Konu :

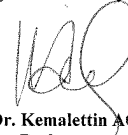
Sayın;
Yrd.Doç.Dr.Gülengün TÜRK
Adnan Menderes Üniversitesi
Aydın Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
Öğretim Üyesi

İlgi: 20.11.2012 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerin Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi" konulu çalışmanız 27.11.2012 tarih ve 06 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Kemalettin ACAR
Başkan

Ek 6. GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ
(Çalışma grubu için)

“Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerin Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi”

İsimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

- **Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?**

Çalışmanın amacı, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerin Bakım Bağımlılığının Belirlenmesidir. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde (beslenme, banyo alışverişi..vb) farklı oranlarda bağımlı oldukları belirlenmiştir. 2011 yılı verilere göre; Pamukkale Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Kliniğine bir ay içerisinde, 3. ve 4. evre ortalama 20 KOAH hastasının tedavi gördüğü tespit edilmiştir. Elde edilen veriler doğrultusunda, 1 Ocak 2013 / 1 Temmuz 2013 tarihleri arasında Göğüs Hastalıkları Kliniğinde yatan 120 hastanın çalışmaya dahil edilmesi planlanmaktadır.

- **Bu çalışmaya katılmalı mıyım?**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar vererseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin

çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

- **Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?**

Bu çalışma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerin bakım bağımlılığını belirlemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma sırasında “Hasta tanıtım formu (Ek 2)”, “Bakım bağımlılığı ölçeği (Ek 3)” ve “Bazal Durum Dispne İndeksi (Ek 4)” ile birebir yüzyüze görüşme yapılarak veriler toplanacaktır. Araştırmanın 1 Ocak 2013 -1 Temmuz 2013 tarihleri arasında yapılması planlanmaktadır.

- **Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?**

KOAH milyonlarca insanın hem nefesini hem de hayatını daraltan bir hastalıktır. KOAH’ ta görülen nefes darlığının, çoğu hastalıktan daha fazla yetersizlik hissi yarattığı ve yaşam kalitesini önemli derecede bozduğu, günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilediği bilinmektedir. KOAH ’ın günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkilerinin değerlendirildiği çalışmalarda, hastaların bakıma yarı bağımlı ve tam bağımlı oldukları görülmüştür.

Bu araştırmada da hastaların bakım bağımlılıkları tespit edilecektir. Ortaya çıkan sonuçların, hastaya verilen bakımın yeniden planlanmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir. Bu sayede hemşirelik bakımı olarak hastanın ihtiyaç duyduğu noktaya odaklanılacaktır.

- **Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?**

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- **Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?**

Araştırmacınız kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmacınız tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilecektir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

- **Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?**

Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Rabia ÜSTÜN
GÖREVİ : Yardımcı araştırmacı
TELEFON : 0543 815 45 81

(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)

Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalında / Kliniğinde, Hemşire Rabia Üstün tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili **yukarıdaki bilgiler** bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.**
- Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim).**
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmalim nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.**

- d. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
- e. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
- f. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Bilgilendiren Araştırmacı

Adı, soyadı: Rabia ÜSTÜN

Adres: Pamukkale Üniversitesi/Denizli

Tel: 0543 815 45 81

İmza:

Tarih: