

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
GERİATRİK BİREYLERDE BAKIM BAĞIMLILIĞI VE ÖZ-
ETKİLİLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

ZEYNEP KAPLAN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ezgi MUTLUAY YAYLA**

DÜZCE, 2024

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN GERİATRİK
BİREYLERDE BAKIM BAĞIMLILIĞI VE ÖZ-ETKİLİLİK ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Zeynep KAPLAN tarafından hazırlanan tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından Düzce Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda **YÜKSEKLİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Ezgi MUTLUAY YAYLA

Düzce Üniversitesi

Jüri Üyeleri

Dr. Öğr. Üyesi Ezgi MUTLUAY YAYLA

Düzce Üniversitesi

Doç. Dr. Emine KAPLAN SERİN

Mersin Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Özlem ALTINBAŞ AKKAŞ

Düzce Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 15/01/2024

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

15 Ocak 2024

Zeynep KAPLAN

TEŐEKKÖR

Mesleki gelişimimde büyük katkısı olan, çalışmanın planlanmasını, yürütölmesini yönlendiren ve her aşamada bana destek olan değerli danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ezgi MUTLUAY YAYLA'ya, mesleki bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özlem ALTINBAŞ AKKAŞ'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe TÖRTEN KAYMAZ'a

hayatımın her aşamasında bana güvenen, yanımda olan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili annem Asuman KAPLAN, sevgili babam Naci KAPLAN, canım abim Taner KAPLAN, canım kardeşim Berkay KAPLAN ve çok değerli babannem Penpe KAPLAN'a, araştırma süresince benden yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım Aytekin ERLALE, Havva DOĞANKAYA ve Tuğba ÇAKAL ARTAK'a eğitim sürecimde ve nöbetlerimde bana hep destek olan Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Göğüs Hastalıkları ekibine ve çalışmama katılmayı kabul eden tüm hastalara sonsuz teşekkür ediyorum.

15 Ocak 2024

Zeynep KAPLAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÇİZELGE LİSTESİ	vii
KISALTMALAR.....	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. PROBLEM TANIMI	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	4
1.3. ARAŞTIRMA SORULARI.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. YAŞLILIK TANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ.....	5
2.2. YAŞLILIK VE KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI.....	6
2.3. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI'NIN EPİDEMİYOLOJİ	7
2.4. KOAH PATOGENEZİ.....	8
2.5. KOAH RİSK FAKTÖRLERİ.....	10
2.6. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI VE SEMPTOMLAR... ..	10
2.7. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI TANILAMA VE SİNİFLANDIRMA	11
2.8. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞINDA TEDAVİ	13
2.8.1. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri	13
2.8.2. Nonfarmakolojik Tedavi	14
2.9. BAKIM BAĞIMLILIĞI KAVRAMI.....	14
2.10. YAŞLILARDA KOAH VE BAKIM BAĞIMLILIĞI.....	15
2.11. KOAH TANILI GERİATRİK HASTALARDA HEMŞİRELİK BAKIMI.	17
2.12. ÖZ-ETKİLİLİK.....	17
2.13. YAŞLILARDA KOAH VE ÖZ-ETKİLİLİK	18
2.14. BAKIM BAĞIMLILIĞI VE ÖZ-ETKİLİLİK İLİŞKİSİ	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	22
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI KURUMUN ÖZELLİKLERİ.....	22
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	22
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	23
3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	23
3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	23
3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	23
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI.....	24
3.6.1. Veri Toplama Formları	24
3.6.2. Kişisel ve Tıbbi Özellikler Bilgi Formu.....	24
3.6.3. Bakım Bağımlılığı Ölçeği.....	24

3.6.4. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği	25
3.6.5. Bakım Bağımlılığı Ölçeği ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi Sonuçları	26
3.7. VERİ TOPLAMA FORMLARININ ÖN UYGULANMASI	26
3.8. VERİ TOPLAMA FORMLARININ UYGULANMASI	26
3.9. VERİ TOPLAMA FORMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	26
3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	27
3.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	27
4. BULGULAR.....	28
4.1. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE TIBBİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	29
4.2. HASTALARIN BAKIM BAĞIMLILIĞI VE KOAH ÖZ-ETKİLİLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR	32
4.3. ÖLÇEK PUANLARININ BİRBİRLERİ İLE KORELASYONLARINA İLİŞKİN BULGULAR	42
4.4. ÖLÇEKLERE İLİŞKİN REGRESYON ANALİZİ.....	43
5. TARTIŞMA.....	44
5.1. BAKIM BAĞIMLILIĞI DÜZEYİNE İLİŞKİN TARTIŞMA.....	44
5.2. KOAH ÖZ-ETKİLİLİK DURUMUNA İLİŞKİN TARTIŞMA	49
5.3. BAKIM BAĞIMLILIĞI VE ÖZ-ETKİLİLİK ARASINDAKİ İLİŞKİ TARTIŞMASI.....	54
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	56
6.1. SONUÇ	56
6.2. ÖNERİLER.....	57
7. KAYNAKLAR	58
8. EKLER	71
8.1. EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU.....	71
8.2. EK 2: BAKIM BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ.....	74
8.3. EK 3: KOAH ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ	75
8.4. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ	76
8.4.1. EK 4: Bakım Bağımlılığı Ölçeği Kullanım İzni.....	76
8.4.2. EK 5: KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Kullanım İzni	76
8.5. EK 6: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	77
8.6. EK 7: GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARI.....	78
8.7. EK 8: DÜZCE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ KURUM İZNİ	80
8.8. EK 9: DÜZCE ATATÜRK DEVLET HASTANESİ KURUM İZNİ.....	81
8.9. EK 10: DÜZCE VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZNİ	82
ÖZGEÇMİŞ.....	83

ÇİZELGE LİSTESİ

Sayfa No

Çizelge 2.1. KOAH'ta Postbronkodilatör FEV1 Değerine Dayalı Hava Akımı Kısıtlamasının Sınıflandırılması (FEV/FVC < 0,70).....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Çizelge 3.1. BBÖ ve KOAHÖEÖ Güvenilirlik Analizi Sonuçları.....	29
Çizelge 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (n:102).....	33
Çizelge 4.2. Hastaların Tıbbi Özelliklerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n:102).....	34
Çizelge 4.3. Hastaların Bakım Bağımlılığı ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeğine İlişkin Puanlarının Dağılımı (n=102).....	36
Çizelge 4.4. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bakım Bağımlılığı (BBÖ) ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (KOAHÖEÖ) İle Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (n=102).....	38
Çizelge 4.5. Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre Bakım Bağımlılığı (BBÖ) ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (KOAHÖEÖ) İle Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (n=102).....	42
Çizelge 4.6. Hastaların Bakım Bağımlılığı Ölçeği ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki	48
Çizelge 4.7. Öz-Etkililik Ölçeği puanlarını açıklamak üzere yapılan regresyon analizi (Tek değişkenli regresyon analizi).....	49

KISALTMALAR

BBÖ	Bakım Bağımlılığı Ölçeği
BOLD	Burden Of Obstructive Lung Disease
cAMP	Adenozin Monofosfat
CAT	Koah Değerlendirme Testi
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FEV	Zorlu Ekspiryum Hacmi
FEV1	1. Saniyedeki Zorlu Ekspiratuar Hacim
FVC	Zorlu Vital Kapasite
GOLD	Global İniative For Chronic Obstructive Lung Disease
HL	Hiperlipidemi
HT	Hiper Tansiyon
IL8	İnterlökin 8
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KKY	Kronik Kalp Yetmezliği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KOAHÖEÖ	KOAH Öz-Etkililik Ölçeği
LTB4	Lökotrien B4
Mmrc	Değiştirilmiş İngiliz Tıbbi Araştırma Konseyi Anketi
SFT	Solunum Fonksiyon Testi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TNF- α	Tümör nekroz faktör alfa

ÖZET

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN GERİATRİK BİREYLERDE BAKIM BAĞIMLILIĞI İLE ÖZ-ÖZETKİLİLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Zeynep KAPLAN

Düzce Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi
Tez Danışmanı: Dr.Öğr. Üyesi Ezgi MUTLUAY YAYLA

Ocak 2024 82 Sayfa

Bu tanımlayıcı ve kesitsel araştırmanın amacı, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanımlı geriatrik bireylerde bakım bağımlılığı ve öz-etkililik arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Araştırma Şubat 2023-Aralık 2023 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ve Düzce Atatürk Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları kliniği ve polikliniklerinde yürütülmüştür. Araştırmaya toplam 65 yaş ve üzeri 102 KOAH hastası dahil edilmiştir. Veriler Kişisel ve Tıbbi Özellikler Bilgi Formu, Bakım Bağımlılığı Ölçeği ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği kullanılarak toplanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde korelasyon testleri, parametrik karşılaştırma testleri ve tanımlayıcı istatistiksel metodlar kullanılmıştır. Hastaların yaş ortalaması $72,51 \pm 4,91$ 'dir. Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalaması $41,29 \pm 14,09$ ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalaması ise $2,9632 \pm 0,61415$ olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda hastaların orta düzeyde bağımlı, öz-etkililiklerinin ise orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, hastaların bakım bağımlılığı ölçeği toplam puanlarındaki değişimin %38'ini KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puanlarının açıkladığı belirlenmiştir ($R^2: 0,380$). Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin KOAH hastalığı olan geriatrik bireylerde bakım bağımlılıklarını ve öz-etkililiklerini eş zamanlı değerlendirmesi, gereksinimleri doğrultusunda eğitimler planlanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Bakım bağımlılığı, geriatri, yaşlı, hemşirelik, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, öz-etkililik.

ABSTRACT

DETERMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CARE DEPENDENCY AND SELF-EFFICACY IN GERIATRIC INDIVIDUALS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Zeynep KAPLAN

Düzce University

Institute of Graduate Studies, Department of Internal Medicine Nursing
Master's Thesis

Advisor: Dr. Instructor Member of Ezgi MUTLUAY YAYLA

January 2024 82 Page

The aim of this descriptive and cross-sectional study was to determine the relationship between care dependency and self-efficacy in geriatric individuals diagnosed with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The study was conducted between February 2023 and December 2023 in the Chest Diseases clinics and outpatient clinics of Düzce University Health Application and Research Centre and Düzce Atatürk State Hospital. A total of 102 COPD patients aged 65 years and over were included in the study. Data were collected using Personal and Medical Characteristics Information Form, Care Dependency Scale and COPD Self-Efficacy Scale. Correlation tests, parametric comparison tests and descriptive statistical methods were used to evaluate the data. The mean age of the patients was 72.51 ± 4.91 years. The mean score of the Care Dependency Scale was 41.29 ± 14.09 and the mean score of the COPD Self-Efficacy Scale was 2.9632 ± 0.61415 . As a result of the study, it was determined that the patients were moderately dependent and their self-efficacy was moderate. In addition, it was determined that 38% of the change in the total scores of the patients' care dependency scale was explained by the total scores of the COPD Self-Efficacy Scale ($R^2: 0.380$). In line with these results, it is recommended that nurses should evaluate the care dependency and self-efficacy of geriatric individuals with COPD simultaneously and plan trainings in line with their needs.

Key words: Care dependency, geriatrics, old, nursing, chronic obstructive pulmonary disease, self-efficacy

1. GİRİŞ

1.1. PROBLEM TANIMI

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gündeme gelen ve her geçen gün önemi daha da artan konulardan bir tanesi yaşlılıktır. 20. yüzyılın başlarından itibaren doğurganlık oranında ve ölüm hızlarındaki azalma ile sağlık alanında kaydedilen gelişmeler, beslenme koşullarındaki iyileşme, bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması, yaşam standardının, refah düzeyinin ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artması süre ile nüfusun yaş yapısı şekil değiştirmiştir [1].

Dünya Sağlık Örgütü tarafından strese ve çevresel faktörlere uyum bozukluğu olarak tanımlanan yaşlanma; genetik ve çevresel faktörlere bağlı olarak fizyolojik fonksiyonun giderek azaldığı, ilerleyici, geri dönüşü olmayan ve önlenemez karmaşık bir süreçtir [2]. Dünyada yaşlı nüfusun artış oranları incelendiğinde, DSÖ verilerine göre, 65 yaş üzeri kişi sayısı son 13 yılda yaklaşık %80 artarak 2023 yılında yaklaşık 0,9 milyar kişi olup dünya nüfusunun %9,8'ini oluşturmaktadır [3]. Türkiye hızla yaşlanan nüfusuyla gelişmekte olan ülkelerden biri olup 184 ülke arasında 66. sırada yer almaktadır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %10'u geçmesi nüfusun yaşlanmasının bir göstergesi olup ülkemizde bu oran 2022 yılında %9,9 olarak bildirilmiş olup 65 yaş ve üzeri kişi sayısı yaklaşık 8,5 milyondur [1].

Yaşlanma, hücrelerden organlara kadar tüm anatomik ve fizyolojik yapılarda fonksiyonların giderek azaldığı oldukça karmaşık bir süreç olup canlı bir organizmanın büyüme ve gelişme sürecinde zamanla meydana gelen gerilemelerin toplamıdır [4]. Yaşlanmayla birlikte vücutta gerçekleşen değişiklikler kronik hastalıklara yatkınlığı arttırmakta olup kronik hastalıkların prevalansını da arttırmaktadır.

Geriatrik bireylerde yaygın görülen kronik hastalıklardan biri Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığıdır (KOA) [5]. Tüm dünya ülkelerinde KOA prevalansı ülkeler ve coğrafi bölgelere göre büyük farklılıklar göstermekte olup 45 yaş üstü bireylerde %8-12, 65 yaş ve üzerinde %12-22 seviyesine ulaşmaktadır. Özellikle sigara öyküsü bulunmayan KOA'lı olguların büyük kısmının yaşlanma ile ilişkili olduğu bildirilmektedir [5]. Yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler ve hücresel yaşlanma ve risk faktörleri solunum işini

arttırmakta ve doku onarım mekanizmalarını önemli ölçüde bozmaktadır [6], [7], [8], [9]. Oluşan bu değişiklikler geriatrik bireylerin KOAH'a yatkınlığını arttırmaktadır.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), alveol (amfizem) ve hava yolu anormallüğinden kaynaklı, kronik solunum semptomları ile karakterize persistan ve sıklıkla progresif hava yolu obstrüksiyonu ile seyreden heterojen, kronik bir hastalıktır [10]. KOAH çevresel ve bireysel risk faktörlerinin etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu risk faktörleri ise coğrafi konum, hava yolunun hiperaktivasyonu, partikül mazuriyeti enfeksiyonların varlığı, kronik bronşit, astım, sosyoekonomik düzey, akciğer büyümesi ve gelişimi, cinsiyet, yaş ve genetik olarak sıralanmaktadır [11]. KOAH, dünyada ve ülkemizde en önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasında yer almaktadır [12]. Dünyada bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında en çok görülen üçüncü hastalık olup dünya da 2019 yılında 3,23 milyon ölüme neden olmuştur [13]. Ülkemizde 2022 Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre ölüm nedenlerinin en büyük bölümünü %16 ile 3. sırada solunum sistemi hastalıkları oluşturmaktadır. Ölüm nedenlerinin uluslararası karşılaştırılmasına bakıldığında ise %9 ile 3. sırada solunum sistemi hastalıkları yer almakta olup kronik solunum yolu hastalıklarından kaynaklı ölümlerin % 91.82'sini KOAH oluşturmaktadır [14]. Hastalık prevalansının gelecek 40 yılda artacağı ve 2060 yılında KOAH nedenli ölümlerin 5,4 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir [11].

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı; hastalık, tedavi yöntemi ve eşlik eden komplikasyonlar nedeniyle bireylerin yaşam kalitesini, fiziksel, sosyal, psikolojik, ekonomik yönden olumsuz yönde etkileyerek önemli bir yük oluşturmaktadır. Artan yükün mortalite, morbidite ve hastaneye yatış oranlarını artırdığı, fiziksel, psikososyal ve duygusal sorunlara neden olduğu ve hastalığın yönetimini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir. KOAH'ın meydana getirdiği semptomlar geriatrik bireylerin bakım ihtiyacını arttırmakta ve hastaların bakıma bağımlı olmasına sebep olmaktadır.

Bakım bağımlılığı, bireyin profesyonel destek ihtiyacını, kendi bakım ihtiyaçlarını karşılama becerisinin azalmasını ve bakım ihtiyaçlarının düzeyine bağlı olarak belirli bir düzeyde bakıma ihtiyaç duymasını olarak ifade edilmektedir. Amaç bireylerin bakıma katılımını sağlayarak bakıma bağımlılık durumlarını en aza indirmektir [15]. Kronik hastalıklar oluşturdıkları semptomlar nedeniyle bireyleri bakıma daha bağımlı hale getirmektedir. Bakım bağımlılığına neden olan kronik hastalıklardan biri KOAH'tır. İleri evre KOAH'lı hastalardan hastanede tedavi görenlerin üçte ikisinden fazlasının ve evde tedavisini sürdürenlerin neredeyse yarısının bakıma bağımlı olduğu tespit edilmiştir [16],

[17], [18], [19]. Orem'e göre birey farklı düzeylerde bağımlılık yaşadığında hemşirelik sistemleri devreye girer. Hemşirelik sistemi ise bireyin farklı düzeylerde bakım gereksinimlerini karşılayarak bakım bağımlılığı düzeyini düşürür [20].

Yaşlanmayla birlikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler, artan KOAH sıklığı geriatrik bireylerde bakım gereksiniminin artmasına yol açmaktadır ve bağımlı hale getirmektedir. Bu nedenle hemşireler, bireyin bakım bağımlılığının belirlenmesinde, farklı bağımlılık düzeylerine sahip hastaların bakımının planlanmasında, bakımın yönetilmesinde ve bu hastalara yönelik insan gücünün belirlenmesinde hemşire önemli rol oynamaktadır [21]. Araştırmalar günlük aktivitelere bağımlılığın yaşla birlikte arttığını göstermektedir [22], [23], [24]. KOAH'lı geriatrik bireyler, KOAH'ın ileri evreleri, ek komorbiditeler ve yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler nedeniyle daha bağımlı hale gelmektedir [25]. Türk ve Üstün 'ün (2018) yaptıkları çalışmada 65 yaş ve üzeri KOAH hastalarının bakım ihtiyaçlarının karşılanmasına daha bağımlı oldukları [26]; Jansen ve ark. (2014) KOAH, kronik kalp yetmezliği ve kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda bakım bağımlılığı düzeyini araştırmış ve yaş arttıkça bakım bağımlılığı düzeyinin arttığını gözlemlemiştir. KOAH hastalarında bakım bağımlılığını inceleyen bir başka çalışmada ise KOAH evresi ilerledikçe bağımlılığın arttığı görülmüştür [27] .

Bireyin bakım ihtiyaçlarının ve bağımsızlık durumunun belirlenmesi, hemşirelere bireysel bakımı planlarken önemli bilgiler sağlayarak hasta bakımının kalitesini artırır [28]. Geriatrik KOAH tanılı hastaların yaşlanmayla birlikte bakım bağımlılıkları artmakta ve bireyler günlük yaşam aktivitelerini yaparken zorlanmaktadır. Bu davranışları yapabilme algısı azalmaktadır. Bu durumda karşımıza öz-etkililik kavramını ortaya çıkartmaktadır. Yaşlanmayla beraber akciğerde meydana gelen yapısal değişiklikler, KOAH'ın neden olduğu solunum güçlüğü, dayanıklılık kaybı hem fiziksel harekette azalmaya yol açması hem de yorgunluk problemlerini artırması, rol ve statü kaybı, bağımsızlık, sosyal yaşamda azalma gibi durumlardan dolayı geriatrik hastalar kendilerini gerçekleştirmede yeteneklerine ilişkin güven eksikliği duyarlar. Bu güven eksikliği düşük öz-etkililik olarak ifade edilmektedir [29], [30], [31], [32]. KOAH nedeniyle bireylerin aile ilişkileri etkilenmekte ve yaşam kaliteleri düşmektedir [33]. Güçlü (2018) tarafından yapılan çalışmada KOAH evresine göre ortalama öz-etkililik puanları incelenmiş ve ileri KOAH hastalarının öz-yeterlilik düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur [34]. Bal Özkaptan ve Kapucu (2015) [35] ve Lee ve ark, (2014) çalışmalarında benzer sonuçlar bulmuştur [35], [36].

Hemşirelerin eğitim verme roller vardır. Hemşireler hastalara eğitim vererek davranış değişikliği oluştururlar. KOAH tanılı hastalarda nonfarmakolojik yöntemler kullanılarak (pulmoner rehabilitasyon hakkında bilgi, ilaç kullanımı, alevlenme sırasında karar verme eğitimi, motivasyon görüşmeleri, diyetini düzenleyerek kilo kaybının sağlanması vb.) öz-etkililiği arttırmak hemşirenin yapabileceği öz-etkililik eğitimlerindendir.

Bu nedenle KOAH'ın artan prevalansı, mortalite ve morbiditesi ile yaşanan toplumda bakım bağımlılığının getirdiği sosyo-ekonomik yük ve sağlık sorunları göz önüne alındığında; KOAH tanılı geriatric bireylerde görülen bakım bağımlılığı ve öz-etkililik arasındaki ilişkinin saptanması oldukça önemli bir gereklilik halini almıştır. Yapılan literatür taramasında KOAH hastalarının bakım bağımlılığının incelendiği ve öz-etkililiğinin incelendiği ayrı ayrı çalışmalar olmakla birlikte, eşzamanlı değerlendirildikleri çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmadan elde edilen verilerin akademik çalışmalara referans olması açısından katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, KOAH tanılı geriatric bireylerde bakım bağımlılığı ve öz-etkililik arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. ARAŞTIRMA SORULARI

Soru 1. KOAH tanılı geriatric bireylerde bakım bağımlılığı ve öz-etkililik düzeyleri nasıldır?

Soru 2. KOAH tanılı geriatric bireylerde bakım bağımlılığı ve öz-etkililik arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YAŞLILIK TANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gündeme gelen ve her geçen gün önemi daha da artan konulardan bir tanesi yaşlılıktır. 20. yüzyılın başlarından itibaren doğurganlık ve ölümlülük hızlarındaki azalma ile sağlık alanında kaydedilen gelişmeler, beslenme koşullarındaki iyileşme, bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması yaşam standardının, refah düzeyinin ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artması süre ile nüfusun yaş yapısı şekil değiştirmiştir [1].

Dünya Sağlık Örgütü tarafından strese ve çevresel faktörlere uyum bozukluğu olarak tanımlanan yaşlanma; genetik ve çevresel faktörlere bağlı olarak fizyolojik fonksiyonun giderek azaldığı, ilerleyici, geri dönüşü olmayan ve önlenemez karmaşık bir süreçtir. Dünya Sağlık Örgütü, 65 yaş ve üzerindeki bireyleri 'yaşlı' olarak sınıflandırmış ve kendi içerisinde 65-74 yaş arasını genç yaşlı; 75-84 yaş arasını orta yaşlı; 85 yaş ve üzerini ileri yaşlı olarak üç sınıfa ayırmaktadır [2]. Dünyada yaşlı nüfusun artış oranları incelendiğinde, DSÖ verilerine göre, 65 yaş üzeri kişi sayısı son 13 yılda yaklaşık %80 artarak 2023 yılında yaklaşık 0,9 milyar kişi olup dünya nüfusunun %9,8'ini oluşturmaktadır. Nüfus projeksiyonlarına göre, 2030 yılında 1 milyar, 2040 yılında 1,3 milyar 2070 yılında 2 milyar kişiye ulaşması bekleniyor [3].

Türkiye hızla yaşlanan nüfusuyla gelişmekte olan ülkelerden biri olup 184 ülke arasında 66. sırada yer almaktadır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %10'u geçmesi nüfusun yaşlanmasının bir göstergesidir. Ülkemizde bu oran 2022 yılında %9,9 olarak bildirilmiş olup 65 yaş ve üzeri kişi sayısı yaklaşık 8,5 milyondur. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir [1].

Dünyada ve Türkiye'de insan ömrünün uzamasına bağlı olarak geriatrik bireylerin nüfusa katılım oranlarının giderek artmakta ve yaşlı nüfusuna ilişkin problemler günümüzde daha fazla önem kazanmakta olup yaşlanma ile birlikte kronik hastalıkların prevalansı da artmaktadır [37], [38]. Ölümünün %74'ünü kronik hastalık nedeniyle gerçekleştirmek ve bu ölümlerin %86'sı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşanmaktadır (World Health Organization, 2022). Dünyada ve Türkiye'de kronik hastalıklar arasında en sık ve görülen

ve başlıca ölüm ve ölüm nedenleri arasında olan solunum yolu hastalıkları 3. sırada yer almaktadır [39].

2.2. YAŞLILIK VE KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI

Yaşlanma, hücrelerden organlara kadar tüm anatomik ve fizyolojik yapıların işlevselliğinin giderek azaldığı oldukça karmaşık bir süreç olup, bir organizmanın büyüme ve gelişmesi sırasında zaman içinde meydana gelen dejenerasyonların toplamıdır. Yaşlanma doğumdan başlayarak ölüme kadar devam eden bir süreçtir [4].

Geriatric yaş grubunda yaygın görülen kronik hastalıklardan biri Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığıdır (KOAH) [5]. Tüm dünya ülkelerinde KOAH prevalansı ülkeler ve coğrafi bölgelere göre büyük farklılıklar göstermekte olup 45 yaş üstü bireylerde %8-12, 65 yaş ve üzerinde %12-22 seviyesine ulaşmaktadır. Özellikle sigara öyküsü bulunmayan KOAH'lı olguların büyük kısmının yaşlanma ile ilişkili olduğu bildirilmektedir [5].

Yaşlanmayla birlikte akciğerde yapısal değişiklikler başlamakta olup bu değişikliklerin temelini akciğer parankimi ve göğüs duvarı oluşturmaktadır. Yaşlanmayla birlikte göğüs duvarının göğüs azalma, kostal kartilajlarda ve kondrosternal bileşkelerde kalsifikasyon, vertebral dejeneratif eklem hasarlar meydana gelir. Ayrıca osteoporoz ile omurların çökmesi ve kırılması, dorsal kifoz ve ön-arka mesafenin artması gözlenir. Azalmış vertebral kolon yüksekliği ve kosta kartilajlarındaki kalsifikasyonlar özellikle göğüs duvarı mekaniğini etkiler. Bunun yanı sıra yaşlanma sürecine bağlı olarak kas lif alanının ve periferik motor nöron denervasyonunda azalma, mitokondriyal oksidatif kapasitede düşme, nöromüküler bileşkelerde ve kalsiyum pompasında bozulma, yetersiz beslenme solunum kas fizyolojisinin yaşlanmasına neden olmaktadır. Ayrıca yaşlanma ile alveoler kanal çevresindeki elastik liflerde dejenerasyon meydana gelmekte olup hava hapsi ve senil hiperinflasyon gelişmektedir. Sonuç olarak fonksiyonel rezidüel kapasite (FRK) ve rezidüel kapasite (RK) artmakta, pulmoner fonksiyonlar bozulmakta, maksimum inspiratuar basınç ve maksimum ekspiratuar basınçtaki düşüş zayıf ventilasyona ve hava yolu sekresyonlarının yetersiz temizlenmesine yol açarak solunum iş yükünü arttırmaktadır [6], [7], [8], [9].

KOAH'ın meydana getirdiği semptomlar geriatric bireylerin bakım ihtiyacını arttırmakta ve hastaların bakıma bağımlı olmasına sebep olmaktadır. KOAH yönetiminde hastaların bağımlılığının azaltılarak yaşam kalitelerinin artırılmasında hemşireler önemli rol

oynamaktadır. Hemşireler dispne yönetimi, hava yolu açıklığının ve temizliğinin sağlanması, uygun pozisyon verme, oksijen tedavisinin ve noninvaziv mekanik ventilasyonun uygulanması, farmakolojik tedavinin uygulanması, inhaler ilaçlar konusunda eğitim verme, yaşam bulgularının takibi, hastanın aktivite ve öz bakımı ihtiyacını planlama ve bakımına katılmasına teşvik ederek hastaların günlük yaşam aktivitelerine daha fazla katılmasını sağlayarak geriatrik bireylerin KOAH semptomları ile baş etmesini kolaylaştırmaktadırlar.

2.3. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI'NIN EPİDEMİYOLOJİ

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), hava yolu veya alveoler anormalliklerin neden olduğu kronik solunum semptomlarıyla karakterize, kalıcı ve sıklıkla ilerleyici hava yolu tıkanıklığı ile karakterize küresel bir sağlık sorunudur [40]. KOAH, dünyada ve ülkemizde en önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasında yer almakta olup dünyada bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında en çok görülen üçüncü hastalık olup dünya da 2019 yılında 3,23 milyon ölüme neden olmuştur. Bu oran toplam ölümlerin %3'ünü kapsamaktadır. Ayrıca, KOAH için 5 yıllık ölüm oranının yaklaşık %25 olduğu bildirilmektedir [13].

KOAH'lı bireylerin dörtte üçü düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamakta olup en yüksek prevalans Batı Pasifik bölgesinde (%11,7) en düşük prevalans Amerika kıtasında (%8) olduğu görülmektedir [12].

Ülkemizde 2022 Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre ölüm nedenlerinin en büyük bölümünü %16 ile 3. sırada solunum sistemi hastalıkları oluşturmaktadır. Ölüm nedenlerinin uluslararası karşılaştırılmasına bakıldığında ise %9 ile 3. Sırada solunum sistemi hastalıkları almaktadır kronik solunum yolu hastalıklarından kaynaklı ölümlerin %91,82'sini KOAH oluşturmaktadır [14]. Hastalık prevalansının gelecek 40 yılda artacağı ve 2060 yılında KOAH'tan ölümlerin 5.4 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir [11]. KOAH prevalansı konusunda ulusal düzeyde 2000 yılında yürütülen Ulusal Hastalık Yüklü çalışmasına göre KOAH prevalansı % 10,2 (erkeklerde yüzde 8,4, kadınlarda yüzde 11,9) olarak saptanmıştır (2). Uluslararası KOAH prevalansı çalışmalarından BOLD (Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüklü Çalışması- Burden of Obstructive Lung Disease) çalışmasının merkezlerinden biri olan Adana'da 2004 yılında elde edilen KOAH prevalansı 40 yaş üstü yetişkinlerde sabit oran ölçütü ($FEV_1/FVC < \%70$) yüzde 19,1

(erkeklerde % 28,5 ve kadınlarda % 10,3) olarak belirlenmiştir (4). 2022 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ölüm nedenleri arasında KOAH hastalığı erkeklerde 4. sırada, kadınlarda ise 5. sırada yer almakta olup ülkemiz de kırdan kente göre; Batı Karadeniz, Doğu Marmara, Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu, Doğu Karadeniz ve Ege bölgelerinde diğer bölgelere göre daha yüksektir [41]. Bu hastalığın prevalansının önümüzdeki 40 yılda artması ve KOAH ölümlerinin sayısının 2060 yılında 5,4 milyona çıkması beklenmektedir [11].

Doktor tarafından tanı konmuş yaşa ve cinsiyete standardize KOAH sıklığı yüzde 4,0'tür (erkeklerde yüzde 3,8, kadınlarda yüzde 4,1). Doktor tanısına veya Solunum Fonksiyon Testi (SFT) sonuçlarına göre KOAH prevalansı ise yüzde 5,0'tir (erkeklerde yüzde 4,9, kadınlarda yüzde 5,1). KOAH ülkemizde kırsaldan kentsel alana farklılık göstermektedir. Batı Karadeniz, Doğu Marmara, Kuzeydoğu Anadolu, Orta Doğu Anadolu, Doğu Karadeniz ve Ege bölgelerinde diğer bölgelere göre daha yüksektir [41]. KOAH hem dünyada hem ülkemizde hastalık yükünde önemli paya sahip olması, ekonomik ve sosyal etkileri olması nedeniyle en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir [41]. KOAH, tanı ve tedavi harcamaları, kaybedilen iş gücü, erken ölüm ve hastalık nedeniyle yapılan aile harcamaları da dahil olmak üzere maliyetler oldukça ciddi düzeylerde [42].

KOAH yönetiminin sağlanması hastaların yaşam kalitelerinin artırılması için son derece önemlidir. Hastaların hastalığı benimseyip hastalıkları doğrultusunda yaşamlarını düzenleyerek oluşacak alevlenmelerin ve semptomların önüne geçmesi gerekmektedir.

2.4. KOAH PATOGENEZİ

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında hem solunum yollarında hem akciğer parankiminde hem de pulmoner vasküler yatakta patolojik meydana gelir; asıl değişiklik kronik enflamasyondur. İnflamasyon, akciğerlerin farklı bölgelerinde spesifik inflamatuvar hücre tiplerinin artan seviyelerini ve tekrarlanan yaralanma ve onarımdan kaynaklanan yapısal değişiklikleri içerir [43], [44], [45]. Makrofajlar, salgıladıkları tümör nekroz faktör alfa (TNF- α), interlökin 8 (IL-8) ve lökotrien B4 (LTB4) gibi kimyasal medyatörler aracılığıyla KOAH'ta gelişen inflamasyona neden olan progenitör hücrelerdir. Nötrofiller, salgıladıkları proteazlarla birlikte aşırı mukus salgılanmasında ve alveoler dokunun tahrip edilmesinde rol oynarlar [46], [47].

KOAH'ın başlamasıyla birlikte akciğer parankiminde, periferik ve santral hava yollarında toplam T lenfosit sayısının arttığı ve bu lenfositlerin çoğunluğunun sitotoksik CD8+ T lenfositlerden oluştuğu görülmektedir. T lenfositlerin salgıladıkları TNF- α , granzim B ve perforin gibi sitokinlerle sitoliz ve alveoler epitelyal hücrelerde apoptozise yol açtığı bilinmektedir. [48], [49], [50].

Bu süreç devamında akciğer parankiminde amfizematöz değişikliklere ve doku harabiyetine neden olmaktadır [51]. Periferik hava yollarının enflamasyonu ve daralması ekspirasyonda akciğerlerin yeterince boşalamamasına ve 1. saniyedeki zorlu ekspiryum volümünün (FEV1) ilerleyici olarak azalmasına sonuç olarak hiperinflamasyona yol açmaktadır. Ayrıca amfizem nedeniyle gelişen parankimal yıkım elastik geri çekim gücünün azalmasına dolayısıyla gaz transferinin azalmasına sebep olmaktadır [43], [45].

Kronik inflamasyonun yanı sıra antioksidan ve oksidanlar ile proteazlar ve antiproteazlardaki dengesizlikler, otoimmünite, hücrel yaşlanma ve yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler, immün düzenleyici ve tamir mekanizmalarının bozulması ve enfeksiyonlar inflamasyonu şiddetlendirebilmektedir. [42], [43]. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, oksidanlar ve antioksidanlar arasında dengesizliğe neden olarak oksidanların artmasına neden olur. Reaktif oksijen türleri olarak da adlandırılan oksidanlar, sigara dumanından eksojen olarak veya fagositlerden ve diğer hücrelerden endojen olarak salınır. Artan oksidanlar akciğer hücrelerinde doğrudan hasara, aşırı mukus salgılanmasına, antiproteazların inaktivasyonuna, direkt proteazların aktivitesinin artmasına ve redoks duyarlı transkripsiyon faktörlerinin aracılık ettiği akciğer inflamasyonunun artmasına neden olarak akciğer inflamasyonunun artmasına neden olur [52], [53].

Hastalığa özgü fizyolojik anormalliklere ve semptomlara neden olan, kronik obstrüktif akciğer hastalığının altında yatan patolojik süreçlerdir. Bu fizyopatolojik değişiklikler: Hava akımı kısıtlaması ve hava hapsi, bozulmuş gaz değişimi, aşırı mukus sekresyonu, pulmoner hipertansiyon, sistemik semptomlar [42].

2.5. KOAH RİSK FAKTÖRLERİ

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı genetik ve çevresel risk faktörlerinden oluşan çok faktörlü bir süreçtir [42], [54], [55] KOAH için önde gelen risk faktörleri arasında hava yolunun hiperaktivasyonu, partikül maruziyeti enfeksiyonların varlığı, kronik bronşit, astım, sosyoekonomik düzey, akciğer büyümesi ve gelişmesi, cinsiyet, yaş ve genetik bulunmaktadır [11], [56], [57].

Yaşın KOAH gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir ancak yaşın genel yaşam boyu maruziyet nedeniyle mi yoksa yaşlanma fizyolojisi nedeniyle mi KOAH gelişimine katkıda bulunduğu açık değildir [11]. Doku onarımı yaşıyla bağlı fizyolojik değişiklikler ve hücresel yaşlanmanın etkileri nedeniyle bozulur [42], [58].

Yaşlanma ile görülen fizyolojik değişimler ve hücresel yaşlanmanın etkisiyle, akciğerlerin sürekli sigara dumanı maruziyetine bağlı hasarlanmalara karşı ortaya çıkan doku tamiri ağır bir şekilde bozulmaktadır. Aynı zamanda yaşlanma, hücrelerin çoğalabilme yetisini kaybetmesine yol açmaktadır. Hücrelerin çoğalabilme yetisinin kaybolmasına rağmen metabolik aktiviteleri devam etmekte, bu aktiviteler inflamatuvar sürecin artmasına ve hücre tamirinde azalmaya neden olmaktadır [58], [59], [60].

2.6. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI VE SEMPTOMLAR

KOAH'ın en sık görülen belirtileri öksürük, mukus ve dispnedir. Semptomlar gün boyunca değişiklik göstermekle birlikte sabahları daha belirgindir [61], [62]. KOAH'ın ilk belirtisi genellikle kronik öksürüktür. Ancak sigara ve çevresel etkilerle ilişkili olduğundan patolojik bir semptom olarak alınmayabilmektedir. Öksürük ilk başta düzensizdir, ancak gün içinde yavaş yavaş ilerler ve her gün ortaya çıkar. Kronik öksürük, mukuslu veya mukuzsuz olarak ortaya çıkabilir [63].

İnflamatuvar maddelerde artışın olması balgamı pürülan yapmakta olup genellikle bakteriyel bir inflamasyonu göstermektedir [64]. KOAH'ta görülebilen diğer semptomlar wheezing ve göğüste sıkışma hissidir. Wheezing üst solunum yollarından kaynaklanabilmekte ve oskültasyonda fark edilmeyebilmektedir [42], [64], [65]. Efor sonrası hastalar tarafından yeri tam olarak anlaşılamayan göğüste sıkışma gelişebilmektedir. Ayrıca evre 3 veya evre 4 KOAH hastalarında yorgunluk, iştah kaybı, kilo kaybı anksiyete ve depresyon da görülen diğer semptomlardır [66], [67].

KOAH semptomlarının yaşla birlikte artması, sağlığın ruhsal, fiziksel ve sosyal yönlerini de içeren karmaşık bir süreç olarak da kendini göstermektedir. Semptomlarını azaltmak ve hastanın semptomlarla baş edebilmesini sağlamak, hastanın fiziksel aktivitelere katılımını arttırmak, yaşam kalitesini olabildiğince yükseltmek, alevlenmelerin kontrolünü sağlamak, hastalığın prognozunu kötüleşmesini önlemektedir. Semptomların ve semptom yönetiminin sağlık profesyoneli olan hemşireler tarafından iyi bilinmesi gerekir. KOAH tanısının erken konulmasında takip ve tedaviye erken başlanması hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir [35], [68], [69].

2.7. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI TANILAMA VE SINIFLANDIRMA

Hastaneye dispne, geçmeyen öksürük ve balgam çıkarma gibi şikâyetleri ile gelen KOAH risk faktörlerine (sigara kullanımı, hava kirliliği yüksek ortamlarda bulunma vb.) uzun süre ve yoğun bir şekilde maruz kalan ileri yaşlardaki bireyler KOAH yönünden değerlendirilmesi gerekmektedir [43]. KOAH yönünden değerlendirilecek kişilerin öncelikle tıbbi öyküsü alınır. Bireylerin sigara kullanımı (kaç yıldır ve günde kaç tane kullanıldığı, pasif maruz kalma durumu), yaşadığı yerde veya çalışma ortamında solunabilen zararlı partiküllere maruz kalma durumu, geçirilmiş solunum sistemi hastalıkları ve enfeksiyonları, diğer hastalıkların varlığı, kullanılan ilaçlar, kişideki semptomlar ve bu semptomların günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu, aile öyküsü ayrıntılı bir şekilde değerlendirilir [70], [71].

KOAH'ta solunum fonksiyonunda belirgin bozulmaya yol açan hava yolu kısıtlamasının fizik muayene bulguları meydana gelmemesine rağmen hastaların fiziksel değerlendirmesi hasta bakımının önemli bir parçasını oluşturmaktadır [42]. Fizik muayenede inspeksiyonda; Solunumda yardımcı solunum kaslarının devreye girmesi, göğüs ön-arka çapında artış olması, rahat nefes almak için büyük dudak solunumunun kullanılması ve rahat nefes alabilmek ortopne pozisyonu alması, boyun venlerinde dolgunluk, pretibiyal ödem, kaşeksi, siyanoz saptanabilmektedir. Perküsyonda ise her iki toraksta solunum seslerinde ve vibrasyonda azalma; palpasyonda, hepatojuguler reflü görülebilir. Oskültasyonda, azalmış solunum seslerini ve uzamış ekspirasyonu ortaya çıkarabilir.

Hastalarda hışıltılı solunum, raller ve ronküs şeklinde ek solunum sesleri ve normal akciğer seslerinin kaybı ciddi hava yolu tıkanıklığına işarettir. (35). Fizik muayenenin yanı sıra radyolojik tetkikler, arteriyel kan gazı ölçümleri gibi laboratuvar testleri ve solunum fonksiyon testleri diğer tanı yöntemleridir [72].

Çizelge 2.1. KOAH'ta Postbronkodilatör FEV₁ Değerine Dayalı Hava Akımı Kısıtlamasının Sınıflandırılması (FEV/FVC < 0,70)

KOAH'ta postbronkodilatör FEV₁ değerine dayalı hava akımı kısıtlamasının sınıflandırılması (FEV/FVC < 0,70)		
Evre 1	Hafif	FEV ₁ ≥ %80
Evre 2	Orta	%50 ≤ FEV ₁ < %80
Evre 3	Ağır	%30 ≤ FEV ₁ < %50
Evre 4	Çok ağır	FEV ₁ < %30

GOLD (2021), KOAH'ın şiddetinin derecelendirilmesinde, hastaları daha kapsamlı bir şekilde değerlendiren, birleşik değerlendirme sistemini tavsiye etmektedir. Bu birleşik değerlendirme yaklaşımında; mMRC (Değiştirilmiş İngiliz Tıbbi Araştırma Konseyi Anketi) veya KOAH Değerlendirme Testi (CAT) ile semptomların değerlendirilmesi önerilmektedir. CAT ≥ 10 olması "fazla semptomu" olan hastaları göstermektedir. KOAH Değerlendirme Testi (CAT) kullanılarak semptomlar değerlendirilip semptomu az olanlar (A ve C) ve fazla olanlar (B ve D) şeklinde hastalar gruplara ayrılır. Sonra hastaların alevlenme riski değerlendirilir. Bu değerlendirme yapılırken hastaların son bir yılda geçirdiği alevlenme sayısına veya alevlenme nedeniyle hastaneye yatma öyküsünün bulunup bulunmadığına bakılır. Buna göre, eğer hasta son bir yılda iki veya daha fazla sayıda alevlenme geçirdiyse ya da alevlenme nedeniyle hastaneye yattıysa alevlenme riskinin yüksek olduğu kabul edilir. Alevlenme riskini belirlemede ayrıca spirometri kullanılarak yapılan sınıflandırma da kullanılabilir. Bu sınıflandırmaya göre evre 1 ve 2 olarak değerlendirilen hastaların alevlenme riski düşükken, evre 3 ve 4 olarak değerlendirilen hastaların alevlenme riski yüksektir. Birleşik değerlendirme sistemine göre alevlenme riski düşük olanlar A ve B gruplarında; alevlenme riski yüksek olanlar ise C ve D gruplarında yer almaktadırlar [72].

2.8. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞINDA TEDAVİ

2.8.1. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

Etkili KOAH tedavisinin temel hedefleri semptomları azaltmak, yaşam kalitesini iyileştirmek, hareketliliği artırmak, hastalığın kötüleşmesini önlemek, alevlenmeleri ve mortaliteyi azaltmak ve gelecekteki tehlikeli durumlardan kaçınmaktır [11].

KOAH için kullanılan ilaçların sağlık durumunu ve egzersiz toleransını iyileştirdiğini, semptomları, atak sıklığını ve şiddetini azalttığını gösteren araştırmalar olsa da bu ilaçların akciğer fonksiyonundaki değişikliklere veya kayıplara, uzun vadeli değişikliklere karşı etkili olduğu henüz belirlenmemiştir [11]. KOAH tedavisinde yaygın olarak kullanılan bronkodilatörler, KOAH semptom yönetiminin mihenk taşıdır [11]. Yaygın olarak kullanılan bronkodilatörler arasında antikolinerjik ilaçlar, beta-2 agonistler, metilksantinler veya kombinasyonlar tedavide yerini almaktadır [73], [74]. Antikolinerjik ilaçlar bronkodilatör etkilerini asetilkolinin muskarinik reseptörler üzerindeki etkilerini ortadan kaldırarak gösterirler. Kısa etkili inhale antikolinerjik ilaçların bronkodilatör etkilerinin 30 dakika sonra başladığı ve 6 ila 8 saat sonra kaybolduğu bilinmektedir.

Uzun etkili inhale antikolinerjik ilaçların etkileri 30 ila 60 dakika sonra başlar ve 24 saatten fazla sürdüğü bilinmektedir [73], [74]. Beta2 agonistler; beta-2 adrenerejik reseptörleri uyararak, hücre içi siklik adenosin monofosfat (cAMP) seviyesini artırır. Hücre içinde cAMP seviyesinin artmasıyla birlikte bronş düz kaslarının dilatasyonu sağlanmaktadır. Kısa etkili beta-2 agonistlerinin etkilerinin, inhaler olarak kullanıldıktan birkaç dakika sonra başladığı ve 15 ila 30 dakika içinde maksimuma ulaştığı gözlemlenmiştir. Kısa etkili beta-2 agonistlerin etkileri 4-6 saat boyunca sürmektedir. Uzun etkili beta2 agonistlerin etkileri 12 saat boyunca sürmektedir [75], [76].

İnhaler kortikosteroidler, ileri KOAH tanılı, sık atak geçiren ve uzun etkili bronkodilatörlerle semptom kontrolünü istenilen düzeye getiremeyen hastalarda kullanılır. Metilksantin grubu olan teofilin genellikle KOAH tedavisinde tercih edilmektedir. Etki mekanizması henüz net olarak ortaya konmamış olsa da asıl etkisi bronkodilatasyondur [11], [72], [76], [77].

2.8.2. Nonfarmakolojik Tedavi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının tedavisini desteklemek ve semptomlarını azaltmak amacıyla farmakolojik olmayan yöntemler de sıklıkla kullanılmaktadır. KOAH'ta kullanılan farmakolojik olmayan yaklaşımların örnekleri şunları içerir; İnhaler tekniği düzenli olarak kontrol etme, pulmoner rahabilitasyon (yaşam kalitesi, günlük aktivitelere fiziksel ve duygusal açıdan katılımı iyileştirir), öz yönetim eğitimleri, postür al drenaj, derin soluk alıp-verme egzersizleri, ciddi istirahat seviyesinde kronik hipoksemisi olan hastalarda uzun süreli oksijen tedavisi, noninvaziv mekanik ventilasyon, seçilmiş ileri düzeyde amfizemi olan ve tıbbi tedaviye rağmen semptomları kontrol edilemeyen hastalarda, cerrahi veya bronkoskopik girişimler, palyatif yaklaşımlar, yoga, meditasyon, masaj, aromaterapi ve beslenme destekleri sayılabilir [11], [78], [79], [80], [81].

2.9. BAKIM BAĞIMLILIĞI KAVRAMI

Bakım bağımlılığı, bireyin profesyonel destek ihtiyacını, kendi bakım ihtiyaçlarını karşılama becerisinin azalmasını ve bakım ihtiyaçlarının düzeyine bağlı olarak belirli bir düzeyde bakıma ihtiyaç duymasını olarak tanımlanmaktadır. Bakım bağımlılığı sürecinin temel amacı bireylerin kendi bakımlarına katılımlarını sağlayarak bakım bağımlılığı durumlarını en aza indirmektir [15]. Bakım ihtiyacı, herkesin yaşamının herhangi bir döneminde çeşitli nedenlerle (hastalık/engellilik, sağlık durumunda olumsuz değişiklik, olumsuz ekonomik etki vb.) ortaya çıkabilecek bir durumdur. Bireylerin günlük yaşam aktivitelerine göre bakım ihtiyacının belirlenmesi, temel fizyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını ne ölçüde karşılayabildiğine bakılmaktadır [21].

Kronik hastalıkların varlığı da bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda bağımlılığın artmasına neden olurken, öz yönetim yetersizliğini de beraberinde getirmektedir [82].

Ayrıca hastaların günlük aktivitelerini yerine getirememeleri ve bakıma bağımlı hale gelmeleri nedeniyle bakım ihtiyaçları da artmaktadır [83], [84]. Düzgün ve ark. (2019) çeşitli kliniklere başvuran hastalarda bakım bağımlılığını inceleyen araştırmasında, hastaların bakım ihtiyaçlarının karşılanmasına kısmen bağımlı oldukları, ileri yaş ve kronik hastalıkların varlığının bakım bağımlılığını artırdığı ortaya çıkmıştır [85]. Bakım bağımlılığına neden olan kronik hastalıklardan biri KOAH olup bakım bağımlılığı KOAH'da sağkalımın ve KOAH'lı hastaların sağlık durumunun önemli bir belirteci

olarak karşımıza çıkmaktadır. İleri evre KOAH hastalarının neredeyse yarısının evde tedavi gördüğü, hastanede tedavi gören hastaların ise üçte ikisinden fazlasının bakıma ihtiyaç duyduğu saptanmıştır[16], [17], [18], [19].

Dorothea Orem (1971) hemşirelik bakımını; “sağlıklı ya da hasta olan bireyin biyopsikososyal gereksinimlerini karşılamada yetersiz kaldığında yerine getirilmesi gereken bir işlev” olarak tanımlamıştır [20], [86]. Orem’e göre birey farklı düzeylerde bağımlılık yaşadığında hemşirelik sistemleri devreye girer. Hemşirelik sistemi ise bireyin farklı düzeylerde bakım gereksinimlerini karşılayarak bakım bağımlılığı düzeyini düşürür [20]. Yaşlanmayla birlikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler ve artan KOAH sıklığı geriatrik bireylerde bakım gereksiniminin artmasına yol açmaktadır. Bu nedenle hemşireler, bireyin bakım bağımlılığının belirlenmesinde, farklı bağımlılık düzeylerine sahip hastaların bakımının planlanmasında, bakımın yönetilmesinde ve bu hastalara yönelik insan gücünün belirlenmesinde hemşire önemli rol oynamaktadır [21].

2.10. YAŞLILARDA KOAH VE BAKIM BAĞIMLILIĞI

Yaşlanmayla beraber akciğerde meydana gelen yapısal değişiklikler kronik obstrüktif akciğer hastalığına yatkınlığın artmasına neden olmaktadır. Ayrıca yaş almayla birlikte vücutta gelişen fizyolojik değişiklikler yaşlı bireyleri bağımlı hale getirmektedir. Araştırmalar günlük aktivitelere bağımlılığın yaşla birlikte arttığını gösteriyor [22], [24], [87]. Bakım bağımlılığı KOAH’lı hastaların sağlık durumunun ve KOAH’da sağkalımın önemli bir belirteçidir. KOAH’lı yaşlı bireyler, KOAH’ın ileri evreleri, ek komorbiditeler ve yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler nedeniyle daha bağımlı hale gelmektedir [25]. Yaşlanmayla beraber akciğerde meydana gelen yapısal değişiklikler kronik obstrüktif akciğer hastalığına yatkınlığın artmasına neden olmaktadır. Ayrıca yaş almayla birlikte vücutta gelişen fizyolojik değişiklikler geriatrik bireyleri bağımlı hale getirmektedir. Araştırmalar günlük aktivitelere bağımlılığın yaşla birlikte arttığını gösteriyor [22], [24], [87]. Bakım bağımlılığı KOAH’lı hastaların sağlık durumunun ve KOAH’da sağkalımın önemli bir belirteçidir. KOAH’lı geriatrik bireyler, KOAH’ın ileri evreleri, ek komorbiditeler ve yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler nedeniyle daha bağımlı hale gelmektedir [16].

KOAH hastalarında günlük yaşam aktivitelerini (GYA) inceleyen bir çalışmada, çoğu kişi KOAH’ın GYA’larını önemli ölçüde etkilediğini bildirmiş olup; en çok etkilenen

günlük yaşam aktivitelerinin sırasıyla solunum, güvenli çevrenin sürdürülmesi, vücut sıcaklığının kontrolü, çalışma ve uğraş, hareket ve uyku aktivitesinin olduğu saptanmıştır [21]. KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerinin ne ölçüde bozulduğunu ve bunu hangi faktörlerin etkilediğini anlamak, bu hastalara yönelik bakım planlamasına yön verebilir, dolayısıyla bakım kalitesini artırabilir, hastanın bakım verenlere bağımlılığını azaltabilir [21].

Bakım bağımlılığı, bireylerin öz bakım becerilerinin yapamama, bakım ihtiyaçlarını başka birine ihtiyaç duyduğu dönemde profesyonel olarak desteklenmesidir [88]. Bu süreçte temel amaç, bireylerin bağımlılıklarını en aza indirmektir [88]. Bireyin temel ihtiyaçlarına yönelik hemşirelik bakımının planlaması ve devam ettirilmesi önemlidir [89]. Hemşirelerin çağdaş rolleri arasında bakım verici rolü, hemşirelik rolleri arasında en önde gelenidir [90]. Hemşire, bu işlevi yerine getirirken birey merkezli çalışmakta ve karar verme becerisini kullanmaktadır. Bu nedenle bakım vermekle sorumlu olduğu bireylerin ne düzeyde bakım gereksinimlerinin olduğunun saptanması bakımın yönetilmesinde önem taşımaktadır [91]. Hemşirelik bakımı, toplumdaki bireylerin yaşamının herhangi bir noktasında gereksinim duyacağı bir hizmettir. Toplumdaki bireylere verilen bakım hizmetinin kalitesi genel sağlık hizmetinin göstergesidir ve bu süreçte en önemli sorumluluk hemşiresidir [92].

Hemşireler farklı düzeylerde bağımlılığı olan hastalarla ilgilenir. Bağımlı ve bağımsız hastaların bakım ihtiyaçları farklı olduğundan dolayı hastaların verilen bakımdan beklentileri ve memnuniyetleri de farklı olabilir.

Bireylerin yaşamsal fonksiyonlarını değerlendirirken günlük yaşam aktivitelerini (GYA'lar) dikkate almanın amacı, fonksiyonları bağımsız olarak yerine getirme yeteneklerini derecelendirmektir. GYA bağımsızlığını ölçmenin ana yolları banyodan sonra, yemek yedikten sonra, giyinme ve soyunma, yatağa girip çıkma (egzersiz), tuvalete oturma ve kalkma ve tuvalet yapma hakkındaki sorular sormaktır [93]. KOAH hastalarında ise hastanın kendi inhale ilaçlarını uygulaması, oksijen kullanan hastaların oksijen dozunu ve kullanılan nazal kanül, basit maske vb. araçları kullanmayı bilmesi olarak sıralanabilir. Bireyin bakım ihtiyaçlarının ve bağımsızlık durumunun belirlenmesi, hemşirelere bireysel bakımı planlarken önemli bilgiler sağlayarak hasta bakımının kalitesini artırır [28]. Geriatrik KOAH tanılı hastaların yaşlanmayla birlikte bakım bağımlılıkları artmakta ve bireyler günlük yaşam aktivitelerini yaparken zorlanmaktadır. Bu davranışları yapabilme algısı azalmaktadır. Bu durumda karşımıza öz-etkililik

kavramını ortaya çıkartmaktadır.

2.11. KOAH TANILI GERİATRİK HASTALARDA HEMŞİRELİK BAKIMI

KOAH tanılı geriatrik bireylerde hemşirelik bakımı; bireyin sahip olduğu fizyolojik kapasite ve fonksiyonel kayıplar arasındaki dengeyi korumak ve sürdürmek için önemlidir. Hemşireler tarafından, KOAH'lı geriatrik bireylerin; bakım planmasını yaparken planladığı tüm aşamalarda hastayı her yönüyle bütüncül değerlendirip bakımını bu değerlendirmenin sonucuna göre uygulamalıdır. Hemşire bakımını hastanın bağımlılık düzeyini göre planlamalıdır [94], [95]. Pulmoner rehabilitasyon ekibinde yer alan hemşireler, günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlamaları azaltarak ve fonksiyonel kapasiteyi mümkün olan en üst düzeye çıkararak hastaların kendi kendine yeterli ve bağımsız olmalarını sağlamalıdır [96]. KOAH hastalarında en fazla görülen semptom dispne hastanın bakım bağımlılığını artırmaktadır. Hemşire hastaya bakım planlaması yaparken dispneyi her yönüyle değerlendirmesi gerekmektedir. Hemşirelikler, KOAH tanısıyla hastaneye yatırılan her geriatrik bireyin solunum hızını, ritmini ve derinliğini izleyerek, etkili gaz difüzyonunu sağlamak için hava yolunu temizleyerek hastanın daha rahat nefes almasını sağlar [60], [97]. Hastaları daha az bağımlı hale getirip günlük yaşam aktivitelerine daha fazla katılmasını sağlamak için hemşirelik bakımı ile; dispne yönetimi sağlayarak yapılabilir. Literatür incelendiğinde, diyafragmatik solunum egzersizlerinin ve büyük-dudak solunumunun hastaların dispne şiddetini azalttığı, fiziksel aktivite kapasitesini ve satürasyon değerini yükselttiği, inspiratuvar ve ekspiratuvar kasların aktivitesini arttırdığı görülmüştür [97].

2.12. ÖZ-ETKİLİLİK

Öz-etkililik, bireyin düşünme ve kendini yargılama yeteneğini ifade eder ve aynı zamanda belirli sonuçlara ulaşmak için eylemler gerçekleştirebileceği algısı olarak da tanımlanır. Bireyler, eylemlerinin sonuçlarına göre kendileri hakkındaki görüşleri kayıt altına almakta ve bu görüşlerin uygunluğu konusunda yargılarda bulunmaktadır Bu yargıların tümü, kişinin bir görevi başarıyla tamamlama konusunda ne kadar yetkin ve yetenekli olduğuna ilişkin değerlendirmesini yansıtır. Bireylerin kendileri hakkındaki bu yargılarına öz-etkililik (self-efficacy) adı verilmektedir [98].

Öz-etkililik, bireyin performans için gerekli etkinlikleri organize etme ve başarılı bir

şekilde yürütme becerisine ilişkin yargısıdır. Bireyin hareketin yönünü belirleme ve organize etme becerisine ilişkin algısı olarak tanımlanır. Başka bir deyişle, öz-yeterlilik, belirli bir davranışı gerçekleştirmek veya başarmak için kişinin kendine olan inancıdır ve bireyin yeteneği ne olursa olsun, ne yapabileceğine ilişkin yargısıyla ilgilidir [98]. Kronik hastalıklar, sebep olduğu belirtiler nedeniyle bireyin motivasyonunu düşürmekte ve öz-etkililiğini olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle kronik hastalık belirtilerindeki farklılıklar bireylerin öz-etkililik algılarında farklılıklara yol açabilmektedir. Hemşireler sağlıklı kişilerde öz-etkililik algısını olumlu yönde etkileyebileceği gibi, hasta kişilerle de iletişim kurarak öz-etkililik kavramına geliştirebilirmesi yönünde girişimlerde bulunarak duruma özel davranış değişimi için bireyin kendi başarısına ilişkin algısını güçlendirmeye çalışabilir [99].

Öz-etkililik, hastalık yönetiminde olumlu sağlık davranışlarının benimsenmesi ve tedaviye uyumun sağlanması açısından kritik öneme sahiptir [100]. Öz-etkililiği yüksek olan kişiler herhangi bir başarısızlık durumunda başarısız olmalarını yetersiz çabaya bağlarken, öz-etkililiği düşük olanlar yeteneklerinin yetersiz olmasına bağlarlar [101]. Öz-etkililiği yüksek hastaların sağlıklı davranışı oluşturma, sürdürme ve engeller karşısında çabalama olasılıkları daha yüksek bulunmuştur [102].

Bohnston-Brooks ve ark.'nın (2002) çalışmasında ise öz-etkililik düzeyleri düşük olan bireylerin diyabetin yönetiminde başarısız oldukları belirlenmiştir [103]. Kronik hastalıklarda öz-etkililik düzeyi düşük bulunmaktadır. Sık görülen kronik hastalıklardan biri de KOAH'tır. KOAH hastalığı dispneye, aktiviteyi tolere edememeye ve yardıma ihtiyaç duyma durumundan ve pek çok işlevi aksatabilmesi dolayı [102] hastalar yeterli derecede solunum güçlüğünü yönetememektedir. Yönetilemeyen solunum güçlüğü hastaların yaşam kalitesini etkilemekte ve alevlenme sıklığını arttırmaktadır. Hastaneye yatışlarda sosyoekonomik yük oluşturmamasından ötürü yönetilmesi gereken bir hastalıktır. KOAH'ın yönetiminde hastaların öz-etkililik düzeyleri önemli bir yer tutmaktadır.

2.13. YAŞLILARDA KOAH VE ÖZ-ETKİLİLİK

Yaşlanmayla beraber akciğerde yapısal değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler KOAH'ın neden olduğu solunum güçlüğü, dayanıklılık kaybı hem fiziksel harekette azalmaya yol açması hem de yorgunluk problemlerini arttırması, rol ve statü kaybı, bağımsızlık, sosyal yaşamda azalma gibi durumlardan dolayı geriatrik hastalar kendilerini

gerçekleştirmede yeteneklerine ilişkin güven eksikliği duyarlar. Bu güven eksikliği düşük öz-etkililik olarak ifade edilmektedir [29], [30], [31], [32].

KOAH'lı hastalarda, düşük öz-etkililik aktivite kısıtlamasına neden olmaktadır. Bu nedenle öz-etkililik, kronik solunum yolu hastalıkları ve buna bağlı aktivite kısıtlılıkları sırasında ölçülebilir bir araç ve olumlu sağlık davranışlarını başlatmak ve sürdürmek için önemli bir faktördür [104]. Bandura (1997)'ya göre yeterlik ve sonuç beklentileri davranışı etkileyen faktörlerdir [101]. Bireyin belirli bir davranışı başarıyla gerçekleştirebileceğine olan inancı öz-yeterlik ilkesini açıklarken, bir eylem sonucunda ortaya çıkabilecek durumları tahmin etmek sonuç beklentilerini açıklamaktadır [101], [105]. Örneğin KOAH'lı bir kişinin koşma eylemini gerçekleştirmemesi, kişinin eylemi gerçekleştirmeye yönelik inançlarının düşük olduğunu gösterirken; Eylem sonrasında nefes darlığı çekeceğinin öngörülmesi aynı zamanda sonuca ilişkin beklentilerinin de bir ifadesidir. Dolayısıyla birey bir davranışı gerçekleştiremeyeceğine inanıyorsa davranışı başlatmayacak, başlasa bile davranışı sürdürmeye devam etmeyecektir. Benzer şekilde bir kişi, bir eylemin sonuçlarının olumsuz olduğuna inanıyorsa, o eylemi gerçekleştirme yetkisine sahip olsa bile o eylemden kaçınacaktır. Dolayısıyla bireyin öz-etkililik algısının, davranışı gerçekleştirip gerçekleştirilme kararını etkilediği söylenebilir [35], [105].

Güçlü (2018)'nün yaptığı araştırmada bireylerin öz-etkililik puanlarının yaşla birlikte azaldığı ortaya çıktı. 75-87 yaş grubundaki hastaların KOAHÖEÖ ölçeği alt boyutlarından olumsuz etki ve fiziksel çaba puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur [34]. Ağdemir'in yaptığı çalışmada da KOAH hastalarının ortalama öz-yeterlik puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür [106].

Güçlü (2018)'nün tarafından yapılan çalışmada KOAH evresine göre ortalama öz-etkililik puanları incelenmiş ve ileri KOAH hastalarının öz-yeterlilik düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bal Özkaptan ve Kapucu (2015) ve Lee vd., (2014) çalışmalarında benzer sonuçlar bulmuştur [32], [36]. Kulakçı ve ark. (2012) huzur evinde yapmış olduğu bir çalışmada üniversite mezunu olan yaşlıların öz-etkililik ölçeği puan ortalamalarının okur yazar olmayan yaşlılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır [107]. Benzer şekilde Sharoni ve Wu (2012)'nin yaptığı çalışmada eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin öz-etkililik düzeylerinin de arttığı gözlenmiştir [108]. Ülkemizde yapılan çalışmalar KOAH hastalarının öz-etkililik düzeyinin yurtdışında yapılan çalışmalara göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu farklılığın hastaların eğitim düzeyi, sağlık

sistemlerindeki farklılıklar, pulmoner rehabilitasyon hizmetlerinin yapısı, sağlık okuryazarlığının yüksek olması ve ülkeler arasındaki kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir [32].

KOAH'lı bireylerin öz-etkililik düzeyleri belirlenerek, sağlık çalışanlarının hastaların öz-etkililiklerini arttıracak bakım ve tedavi girişimleri oluşturmaları, bu sayede hastaların aktivitelerinin artırılması, kendi sağlıklarına katılması ve aktif yaşlanması sağlanabilir. KOAH nedeniyle bireylerin aile ilişkileri etkilenmekte ve yaşam kaliteleri düşmektedir [33].

Hemşirelerin eğitim verme roller vardır. Hemşireler hastalara eğitim vererek davranış değişikliği oluştururlar. KOAH tanılı hastalarda nonfarmakolojik yöntemler kullanılarak (pulmoner rehabilitasyon hakkında bilgi, ilaç kullanımı, alevlenme sırasında karar verme eğitimi, motivasyon görüşmeleri, diyetini düzenleyerek kilo kaybının sağlanması vb.) öz-etkililiği arttırmak hemşirenin yapabileceği öz-etkililik eğitimlerindendir.

2.14. BAKIM BAĞIMLILIĞI VE ÖZ-ETKİLİLİK İLİŞKİSİ

Yaşlanmayla bireylerde gelişen fonksiyonel kaybın yanı sıra KOAH'ta görülen semptomların getirdiği sonuçlardan dolayı KOAH'lı bireylerde bakım bağımlılığının artmasına neden olmaktadır. Dispne ve sekresyondaki artış, KOAH'ın getirdiği psikososyal ve ekonomik sorunlar, fiziksel aktiviteyi tolere edememe, yardıma ihtiyaç duyma gibi durumlardan dolayı KOAH'lıların solunum güçlüğüne yönetmesi olumsuz yönde etkilenmekte ve öz-etkililiklerini düşürmektedir.

Hastaların bakımlarıyla birebir ilgilenen sağlık profesyoneli hemşirelerdir. Bakım bağımlılık düzeylerini azaltacak uygulamaları planlar ve hastadaki değişimi takip edip, kaydeder. Hastaların bakım bağımlılıklarının azaldığını görmek, kendilerine güvenini arttırarak öz-etkililik düzeylerini de yükseltmektedir. Öz-etkililiği yükselmiş olan geriatrik KOAH hastaları topluma ve sosyal hayata kazandırılarak aktif yaşlanması sağlanır.

Literatürde bakım bağımlılığı ve öz-etkililiğinin hastalık yönetimine ve yaşam kalitesine etkilerine ilişkin çalışmalar mevcuttur olup [31], [106], [109], [110]; KOAH'lı geriatrik bireylerin bakım bağımlılığı ve öz-etkililiklerinin eş zamanlı değerlendirildiği çalışmaya rastlanmamıştır. Bu tez çalışmasının amacı, KOAH'lı olan geriatrik bireylerin bakım bağımlılığı düzeyi ve öz-etkililikle ilişkisini değerlendirmektir. Bu araştırmanın sonucuna

göre gerekirse KOAH'lı geriatric bireylerin bakım bağımlılığı düzeyi ve öz-etkililikleri ile ilgili girişimlerde bulunularak, hastaların hastalık yönetiminde daha aktif bir hâle getirilebileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışma sonucunda elde edilecek veriler, KOAH'lı geriatric bireylerin bakım bağımlılığı ve öz-etkililiklerini konu edinecek benzer çalışmalar için temel oluşturabilir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Araştırma, tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı özellikte tasarlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI KURUMUN ÖZELLİKLERİ

Araştırmanın uygulandığı Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Göğüs Hastalıkları Servisi 20 yatak kapasitelidir. Klinikte 1 sorumlu hemşire, 12 primer hemşire, 2 adet profesör, 2 adet doçent hekim, 11 adet asistanla hizmet vermektedir. Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde 2 adet muayene odası mevcut olup 2 göğüs hastalıkları asistan doktoru ile hizmet vermektedir.

Araştırmanın yapıldığı bir diğer kurum Düzce Atatürk Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi 20 yatak kapasitelidir. Klinikte 1 sorumlu hemşire, 10 primer hemşire, 4 uzman hekimle hizmet vermektedir. Düzce Atatürk Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde 4 adet muayene odası mevcut olup 4 göğüs hastalıkları uzman doktoru ile hizmet vermektedir. Hemşireler, hastaların kliniğe alışmalarına yardımcı olmak için hastaneye kabulün ilk gününde hastane kuralları, klinik işlemleri, yaşamsal belirtilerin izlenmesi ve tedavisi hakkında bilgi verir. Ayrıca klinikteki tüm hastalara, hemşireler tarafından el hijyeni, düzenli sağlık kontrolleri, sağlıklı beslenme ve ilaçların kullanımı konularında eğitim verilmektedir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Şubat 2023 – Aralık 2023 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ve Düzce Atatürk Devlet Hastanesinde göğüs hastalıkları kliniğinde ve göğüs hastalıkları polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üzeri KOAH tanılı bireyler oluşturmuştur. Son bir yıl içinde 65 yaş ve üzeri KOAH tanılı göğüs hastalıkları kliniğine iki kurumda toplam 80 hasta, iki kurumun göğüs hastalıkları polikliniklerinde toplam 100 hasta başvurmuştur. Çalışmada önceden standardize edilmiş etki büyüklüklerinden regresyon için olan orta etki büyüklüğü kullanılmıştır. Buna göre “G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak, %95 güven düzeyinde örneklem büyüklüğü

ile alfa 0,05; teorik güç 0,95 alınarak minimum örneklem sayısı 89 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmada tekrar yapılan regresyon analizi ve güç analizi sonucuna göre, alfa değeri 0.05; etki büyüklüğü 0.6310127 alındığında ve 102 örnek sayısı ile çalışmanın gücü %99,9 olarak hesaplanmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- En az altı ay önce KOAH tanısı konulmuş olan,
- 65 yaş ve üzeri
- Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2020 kriterlerine göre Evre I, II, III, IV KOAH tanısı bulunan
- Kognitif durum ve iletişim yönünden engeli olmayan
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişiler dahil edilmiştir

3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Yalnız yaşayan,
- Psikiyatrik, tüberküloz, akciğer kanseri tanısı olan,
- Araştırma sırasında KOAH alevlenmesi ile acil veya yoğun bakıma yatırışı yapılan,
- Bası yarası, fekal ve üriner inkontinansı bulunan,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, KOAH evresidir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri; bakım bağımlılığı düzeyi ve öz-etkililik düzeyidir.

3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın hipotezleri;

H0: Geriatrik KOAH hastalarında bakım bağımlılığı ile öz-etkililik arasında ilişki yoktur.

H1: Geriatrik KOAH hastalarında bakım bağımlılığı ile öz-etkililik arasında ilişki vardır.

H1-1: Geriatrik KOAH hastalarında bakım bağımlılığı düzeyi arttıkça öz-etkililik artar.

H1-2: Geriatrik KOAH hastalarında bakım bağımlılığı düzeyi arttıkça öz-etkililik azalır.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

3.6.1. Veri Toplama Formları

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu oluşturulan hastaların sosyo-demografik özellikleri, hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerini içeren “Kişisel ve Tıbbi Özellikler Bilgi Formu” (EK 8.1) [111], [112] “Bakım Bağımlılığı Ölçeği” (EK 8.4.2.) [113] ve “KOAİ Öz-Etkililik Ölçeği” (EK 8.4.3.) [105] kullanılarak toplanmıştır.

3.6.2. Kişisel ve Tıbbi Özellikler Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından, ilgili literatür taraması sağlanarak geliştirilen form hastaların kişisel ve tıbbi özelliklerini içeren (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, KOAİ evresi, komorbid hastalıklar ve kullanılan ilaç sayısı vb.) toplam 25 sorudan oluşmaktadır [111], [112]. (EK 8.3.). Kişisel Bilgi Formu’nda yaş aralığı DSÖ’nün belirlediği sınıflandırmaya göre [2], Beden kitle indeksi ise Sağlık Bakanlığı’nın sınıflandırma sistemine göre yapılmıştır [114]. KOAİ evrelendirmesinde GOLD 2020 evrelendirme sistemi kullanılmıştır [11].

3.6.3. Bakım Bağımlılığı Ölçeği

Bakım bağımlılığı ölçeği, Dijkstra (1998) tarafından Hollanda’da geliştirilen, hastaların bakım bağımlılık düzeyini değerlendiren ve Virginia Henderson’ın temel insan ihtiyaçlarına göre temellendirilen bir ölçektir. Kapsamlı bir şekilde hastanın bakım bağımlılığının değerlendirilmesine yardımcı olan bu ölçek; ülkemizde geçerlik güvenilirliği Yönt ve ark. tarafından (2010) yapılan çeşitli psikolojik ve fiziksel soruları içermektedir. Ölçek maddeleri hastaların; günlük ve eğlence aktivitelerine katılabilmek, kurallara uyma becerisi, ibadet gereksinimi, vücut temizliği, vücut sıcaklığı, giyinme ve soyunma, gündüz/gece döngüsü, hareketlilik, kontinans, beslenme, bellek/hafıza ve öğrenme yeteneği konularında bağımlılık düzeyini değerlendirmektedir. Bakım Bağımlılığı Ölçeği, bireylerin bağımlılık düzeylerini belirleyen, beşli likert tipte olup, günlük yaşam aktivitelerini içeren toplamda 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçek derecelendirmesine bakıldığında; 1=tamamen bağımlı, 5=hemen hemen/tamamen bağımsız şeklindedir. Hastaların ölçekten alabilecekleri en düşük puan 17 ve en yüksek puan 85’tir. Bakım bağımlılığı ölçek puanının artması, bireyin bakım bağımlılık düzeyinin azaldığını, azalması ise bakım bağımlılığının arttığını göstermektedir. Ölçeğin

geneli için Cronbach alfa katsayısı 0,91 olarak saptanmış. Bu çalışmada Bakım Bağımlılığı Ölçeğine ilişkin alfa değeri 0,969 olarak hesaplanmış olup yüksek derecede güvenilir olduğu görülmüştür (EK 8.4.1.).

3.6.4. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği

Wigal ve ark. (1991) tarafından geliştirilen KOAH Öz-Etkililik Ölçeği, KOAH'lı bireylerin bazı aktiviteler esnasında solunum güçlüğüne yönetme veya sakınmaya ilişkin güven derecesini belirleyecek 34 madde ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Wigal ve arkadaşları testtekrar test güvenilirliğini $r=0.77$, iç tutarlılığı 0.95 olarak belirlemişlerdir. Ülkemizde Kara ve Mirici tarafından (2002) 110 KOAH hastasıyla yapılan çalışmada, ölçeğin test tekrar güvenilirliği $r=0.89$, iç tutarlılığı 0.94 olarak belirlenmiş ve Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğe sahip ve KOAH hasta grubuna duyarlı bir araç olarak kullanılabileceğini belirtilmiştir [105]. Ölçek; olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba, hava/çevre etkisi ve davranışsal risk faktörleri olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Olumsuz etki; çaresizlik, yetersizlik ve yoksunluk gibi stresli durumlarda solunum güçlüğüne yönetme veya sakınmaya ilişkin güven derecesini ölçer. Duygusal durum; kızgınlık, korku ve yaşama ilişkin distres durumlarında solunum güçlüğüne yönetme veya sakınmaya ilişkin güven derecesini belirler. Fiziksel çaba; çok hızlı ve acele ile merdiven çıkma gibi solunum güçlüğüne sebep olabilecek durumları ölçer. Hava/çevre etkisi; nem ve soğuk gibi olumsuz hava koşullarında solunum güçlüğüne yönetme veya sakınmaya ilişkin durumları ifade eder. Davranışsal risk faktörleri ise diyet izlememe ve düzensiz solunum gibi davranışları ölçer. Ölçeği oluşturan maddeler “Şu durumda solunum güçlüğüne yönetme veya sakınmaya ilişkin ne kadar güvenlisiniz” ifadesi ile başlatılır. Beşli likert tipi puanlanan ölçekte 5=çok güvenli, 1=hiç güvenli değil'i ifade eder. Ölçek alt boyutlarına verilen yanıtlara ait puanların toplanması ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği'nin beş alt boyutunun her birinin puanı elde edilirken her alt boyuttaki puanların, alt boyuttaki madde sayısına bölünmesi ile ölçek alt boyutlarına ait skorlar belirlenir. Ölçek alt boyutlarına ait puanların toplanması ile ölçek genel puanı elde edilir. Genel puanın ölçeği oluşturan madde sayısına bölünmesi ile genel skor belirlenir. Toplam puan 1 (düşük güveni)- 5 (çok iyi güveni) arasında değişmektedir Puan ve skor yükselmesi belirlenen durumlar, solunum güçlüğüne yönetme veya sakınmaya ilişkin güven derecesinin artması olarak yorumlanmaktadır [105]. Bu çalışmada KOAH Öz-Etkililik Ölçeğine İlişkin Alfa değeri 0,969 olarak hesaplanmıştır (EK 8.4.2.).

3.6.5. Bakım Bağımlılığı Ölçeği ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Çizelge 3.1. BBÖ ve KOAHÖEÖ Güvenilirlik Analizi Sonuçları

	Alfa değeri	Güvenilirlik düzeyi
Bakım Bağımlılığı Ölçeği	0,969	Yüksek güvenilir
KOAHÖEÖ	0,969	Yüksek güvenilir
Olumsuz Etki	0,950	Yüksek güvenilir
Duygusal Durum	0,959	Yüksek güvenilir
Fiziksel Çaba	0,912	Yüksek güvenilir
Hva Çevre Etkisi	0,907	Yüksek güvenilir
Davranışsal Risk Faktörleri	0,746	Oldukça güvenilir

3.7. VERİ TOPLAMA FORMLARININ ÖN UYGULANMASI

Ön uygulama, 1-30 Şubat 2023 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Göğüs Hastalıkları Kliniğine başvuran 15 hasta üzerinde gerçekleştirildi. Ön başvuruda hastalardan veri toplama formunun değiştirilmesi veya değiştirilmesi yönünde herhangi bir talep gelmediğinden ek bir düzenleme yapılmadı. Ön uygulamaya alınan hastalar çalışmamıza dahil edilmiştir.

3.8. VERİ TOPLAMA FORMLARININ UYGULANMASI

Veriler araştırmanın uygulanacağı kurumlardan resmi izin ve hastalardan da yazılı onam alındıktan sonra, Şubat 2023- Aralık 2023 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Göğüs Hastalıkları Servisine yatışı olan ve Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran ve Düzce Atatürk Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisine yatışı olan ve Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalarla bire bir görüşülerek ve hasta dosyası kullanılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır. Görüşmeler yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.9. VERİ TOPLAMA FORMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken

tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, min-maks değerleri, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla “Güvenilirlik Analizi” yapılmıştır.

Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık çarpıklık değerleri ile test edilmiştir. Normal dağılıma sahip olan niceliksel verilerin karşılaştırılması için iki grup karşılaştırılması için bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi, fark yaratan grubu tespit etmek için Bonferroni testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Ayrıca bağımlı değişkenin bağımsız değişkenler üzerindeki etkisini incelemek için doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. İstatistik anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli olan Etik Kurul izni (Tarih: 17.10.2022 2022/160) sayılı karar ile Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu’ndan alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Düzce İl Sağlık Müdürlüğünden (Tarih: 13.06.2023 Sayı: 61518654-799), Düzce Atatürk Devlet Hastanesinden (Tarih: 05.07.2022 Sayı: 58230125-929) ve Düzce Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesinde (Tarih:29.06.2022 Sayı:69898333-903.99) resmi izin, ölçek yazarlarından izin ve hastalardan yazılı onam alınmıştır. Hastalardan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır.

3.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma Düzce ilinde 2 hastane ile sınırlandırılmıştır. Araştırma sonuçları araştırmanın yapıldığı dönem için geçerlidir, zamanla değişiklik gösterebilir. Araştırma KOAH tanılı tüm geriatrik bireyler için genellenebilir değildir.

4. BULGULAR

Bu bölümde,

- Hastaların sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine ilişkin bulgular,
- Hastaların Bakım Bağımlılığı ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği toplam ve alt boyutlarına ilişkin bulgular,
- Hastaların Bakım Bağımlılığı ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeğine İlişkin Puanlarının Dağılımı
- Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Bakım Bağımlılığı ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması,
- Hastaların tıbbi özelliklerine göre Bakım Bağımlılığı ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması,
- Hastaların Bakım Bağımlılığı Ölçeği ile KOAH Öz-Etkililik puanlarının birbirleri ile korelasyonlarına ilişkin bulgular,
- Bağımlı Bağımlılığı Yordaması Üzerine Gerçekleştirilen Çok Değişkenli Regresyon Analizi yer almaktadır.

4.1. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE TIBBİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çizelge 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (n:102)

Değişken		Sayı(n)	Yüzde (%)
Yaş	65- 74 yaş	69	66,3
	75 yaş ve üzeri	33	33,7
Cinsiyet	Kadın	33	32,4
	Erkek	69	67,6
Eğitim durumu	Okuryazar değil ve okuryazar	18	16,0
	İlköğretim	67	65,3
	Lise	17	20,7
Medeni durum	Evli	69	67,6
	Bekar	33	32,4
Çalışma durumu	Evet	3	2,9
	Hayır	99	97,1
Gelir durumu	Gelir gidere eşit	87	85,3
	Gelir gidere eşit değil	15	14,7
Sosyal güvence	Var	97	95,1
	Yok	5	4,9
Yaşadığı kişiler	Aile bireyleriyle yaşıyor	90	88,2
	Aile bireyleriyle yaşıyor	12	11,8
Sigara kullanımı	Halen içen	7	6,9
	İçip bırakan	85	83,3
	Hiç içmeyen	10	9,8

Çizelge 4.1’de hastalarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %66,3’ü 65-74 yaş aralığında olup, %67,6’sı erkek, %65,3’ü ilköğretim mezunudur. Hastaların %67,6’sı evli, %97,1’i çalışmamakta, %85,3’ünün gelirinin giderine eşit, %95,1’inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Hastaların %88,2’sinin aile bireyleri ile yaşadığı, %83,3’ünün daha önce sigara içip bıraktığı belirlenmiştir.

Çizelge 4.2. Hastaların Tıbbi Özelliklerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n:102)

Değişken		Sayı(n)	Yüzde (%)
Beden Kitle İndeksi	Zayıf ve Normal	34	33,4
	Şişman	52	51,0
	Obez	16	15,6
KOAH dışında kronik hastalığı varlığı	Evet	70	68,6
	Hayır	32	31,4
KOAH Evresi	1. ve 2. Evre	32	31,4
	3. Evre	57	55,9
	4. Evre	13	12,7
KOAH hastalık süresi	<= 3 yıl	48	47,1
	3-5	31	30,4
	5 yıl ve üzeri	23	22,5
Covid 19 geçirme durumu	Evet	47	46,1
	Hayır	55	53,9
Hastaneye KOAH nedeniyle yatma sıklığı	Hiç ya da 1 kez	17	16,7
	2 defa	34	33,3
	3 ve daha fazla	51	50,0
Son bir yılda KOAH alevlenmesiyle acile gelme durumu	Evet	101	99,0
	Hayır	1	1,0
Son bir yılda KOAH alevlenmesiyle acile gelme sayısı	<= 1	46	45,5
	2	33	32,7
	3 ve üzeri	22	21,8
Evde oksijen kullanma durumu	Evet	63	61,8
	Hayır	33	32,4
	Daha önce kullanıyordum	6	5,8
İlaç kullanma	Evet	87	85,3

durumu	Hayır	15	14,7
KOAH nedeni ile yardıma ihtiyaç duyma	Evet	51	50,0
	Hayır	51	50,0
Hastalık konusunda eğitim alma	Evet	86	84,3
	Hayır	16	15,7
Hastalık nedeni ile eğitim veren kişi	Sadece hemşire ya da hekim	38	44,2
	Hemşire ve hekim	48	55,8
Ev tipi	Apartman	77	75,5
	Müstakil	25	24,5
Isınma aracı	Soba	16	15,7
	Kalorifer	86	84,3

Hastaların Çizelge 4.2’de hastalarının tıbbi özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların %51,0’i şişman, %68,6’sının KOAH dışında kronik hastalığı olduğu (%68,6’sının Hipertansiyon, %40’ının Diyabet, %20’sinin Konjestif Kalp Yetmezliği, %11,4’ünün Kronik Böbrek Yetmezliği, %27,1’inin Kroner Arter Hastalığı, %8,6’sının Astım, %14,3’ünün Hiperlipidemi hastası), %46,1’inin Covid 19 belirlenmiştir. Ayrıca hastaların %50’sinin 3 ve daha fazla kez KOAH nedeni ile hastaneye yattığı, %99’unun son bir yıl içinde KOAH alevlenmesiyle acile geldiği görülmüştür. Hastaların %61,8’inin evinde oksijen kullandığı, %50’sinin KOAH nedeni ile yardıma ihtiyaç duyduğu, %84,3’ünün hastalığı konusunda eğitim aldığı ve eğitim alanların %55,8’inin hemşire ve hekimden bilgi aldığı saptanmıştır. Hastaların %75,5’inin apartman dairesinde yaşadığı, %84,3’ünün ısınma aracı olarak kalorifer kullandığı belirlenmiştir.

4.2. HASTALARIN BAKIM BAĞIMLILIĞI VE KOAH ÖZ-ETKİLİLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çizelge 4.3. Hastaların Bakım Bağımlılığı ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeğine İlişkin Puanlarının Dağılımı (n=102)

	Ort±SS	Min-Max
Bakım Bağımlılığı Ölçeği	41,29 ±14,09	17,00-69,00
KOAHÖEÖ (Toplam Puanı)	2,59±0,614	1,06-3,91
Alt Boyutlar		
Olumsuz Etki	2,96±0,770	1,00-4,88
Duygusal Durum	2,78±0,769	1,00-4,88
Fiziksel Çaba	1,52±0,558	1,00-3,00
Hava Çevre Etkisi	2,43±0,713	1,00-3,83
Davranışsal Risk Faktörleri	2,70±0,710	1,00-4,33

Ort=Ortalama SS=Standart Sapma Min: Minimum Max: Maksimum

Ölçüm araçlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler Çizelge 4.3'te verilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalaması 41,29±14,09 olarak hesaplanmıştır. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği için ise ortalama değer 2,96±0,614 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlara ilişkin ortalamalar sırası ile Olumsuz Etki için 2,96±0,770; Duygusal Durum için 2,78±0,769; Fiziksel Çaba için 1,52±0,558; Hava Çevre Etkisi için 2,43±0,713; Davranışsal Risk Faktörleri için 2,70±0,710 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda KOAH tanılı geriatric bireylerin bakım bağımlılığı ve öz-etkililiklerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir

Çizelge 4.4. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bakım Bağımlılığı (BBÖ) ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (KOAHOEÖ) İle Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (n=102)

		BBÖ	KOAHOAÖ (Toplam Puan)	Olumsuz Etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava Çevre Etkisi	Davranışsal Risk Faktörleri
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş	65-74 yaş	39,12±14,28	2,71±0,56	3,17±0,69	2,91±0,66	1,57±0,53	2,45±0,74	2,73±0,61
	75 yaş ve üzeri	43,93±13,54	2,45±0,66	2,71±0,79	2,62±0,87	1,48±0,60	2,41±0,68	2,67±0,82
F değeri		3,069	4,694	6,301	3,760	2,534	0,927	1,307
p değeri		0,051	0,011*	0,003*	0,027*	0,085	0,399	0,275
Bonferroni			1>3	1>3	1>3			
Cinsiyet	Kadın	40,24±14,34	2,65±0,63	3,07±0,79	2,80±0,79	1,50±0,62	2,53±0,74	2,70±0,63
	Erkek	41,80±14,04	2,57±0,61	2,91±0,76	2,77±0,77	1,54±0,53	2,39±0,70	2,71±0,75
t değeri		-0,519	0,594	0,950	0,168	-0,404	0,918	-0,087
p değeri		0,605	0,554	0,344	0,867	0,687	0,361	0,931
Eğitim durumu	Okuryazar değil ve okuryazar ¹	41,50±14,01	2,82±0,44	3,24±0,58	3,06±0,60	1,74±0,56	2,70±0,75	2,42±0,65
	İlköğretim ²	42,22±14,25	2,50±0,64	2,86±0,82	2,66±0,76	1,45±0,55	2,32±0,70	2,57±0,78
	Lise ve üzeri ³	37,41±13,7	2,73±0,59	3,08±0,67	2,96±0,90	1,61±0,57	2,59±0,67	2,72±0,74
F değeri		0,790	2,568	1,979	2,609	2,238	2,643	0,474
p değeri		0,457	0,082	0,144	0,079	0,112	0,076	0,624
Medeni durum	Evli	42,16±14,02	2,53±0,56	2,89±0,75	2,75±0,73	1,44±0,48	2,35±0,75	2,65±0,69
	Bekar	39,48±14,27	2,73±0,71	3,12±0,80	22,82±6,89	1,71±0,67	2,60±0,72	2,82±0,70
t değeri		0,896	-1,581	-1,439	-0,648	-2,047	-1,623	-1,105
p değeri		0,372	0,117	0,153	0,518	0,046*	0,108	0,272

Çizelge 4.4. (devam) Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bakım Bağımlılığı (BBÖ) ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (KOAHÖEÖ)

İle Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (n=102)

		BBÖ	KOAHÖEÖ (Toplam Puan)	Olumsuz Etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava Çevre Etkisi	Davranışsal Risk Faktörleri
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Gelir durumu	Gelir gidere eşit	42,17±13,7	2,54±0,62	2,91±0,79	2,71±0,77	1,51±0,57	2,36±0,71	2,63±0,71
	Gelir gidere eşit değil	36,20±15,72	2,93±0,43	3,28±0,53	3,17±0,69	1,61±0,49	2,87±0,56	3,16±0,55
t değeri		1,526	-2,320	-1,759	-2,140	-0,628	-2,631	-2,739
p değeri		0,130	0,022	0,082	0,035	0,531	0,010	0,007
Sosyal güvence	Var	41,32±14,11	2,57±0,62	2,94±0,78	2,77±0,78	1,52±0,56	2,40±0,70	2,68±0,71
	Yok	40,80±15,29	2,95±0,52	3,35±0,53	2,90±0,53	1,80±0,45	3,07±0,84	3,13±0,61
t değeri		0,080	-1,327	-1,152	-0,354	-1,112	-2,074	-1,386
p değeri		0,936	0,187	0,252	0,724	0,269	0,041*	0,169
Beraber yaşanılan kişiler	Aile bireyleri ile yaşamıyor	35,58±15,72	2,85±0,48	3,25±0,41	3,06±0,67	1,72±0,62	2,74±0,74	2,75±0,77
	Aile bireyleriyle yaşıyor	42,06±13,77	2,56±0,62	2,92±0,80	2,74±0,78	1,50±0,55	2,39±0,70	2,70±0,71
t değeri		-1,504	1,528	1,378	1,356	1,240	1,586	0,228
p değeri		0,136	0,130	0,171	0,178	0,218	0,116	0,820
Sigara kullanımı	Halen içen ¹	36,86±16,60	2,92±0,58	3,33±0,79	3,02±0,79	1,74±0,59	2,83±0,73	3,14±0,79
	İçip bırakan ²	42,81±13,20	2,51±0,60	2,89±0,76	2,72±0,76	1,46±0,53	2,32±0,69	2,58±0,67
	Hiç içmeyen ³	31,50±16,53	3,05±0,56	3,33±0,71	3,15±0,81	1,96±0,59	3,07±0,48	3,43±0,47
F değeri		3,412	4,792	2,351	1,797	4,396	6,725	9,062
p değeri		0,037*	0,010*	0,101	0,171	0,015*	0,002*	0,000*
Bonferroni		2>3	3>2			3>2	3>2	3>2

*p<0,05 **p<0,01 Ort=Ortalama SS=Standart Sapma (F)= Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Fark= Tukey Testi (t)= Bağımsız Örneklem T Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre Bakım Bağımlılığı ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.4 'de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların yaşa göre BBÖ puan ortalamalarında anlamlılık görülmemiştir ($p>0.05$). Yaşa göre KOAHÖEÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ($p<0.05$) olup 65- 74 yaş aralığında olan hastaların etkililik düzeyleri 75 yaş ve üzeri geriatric bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet ve eğitim durumuna göre BBÖ ve KOAHÖEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Medeni duruma göre bekarlar ile evliler arasında BBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Medeni duruma göre KOAHÖEÖ toplam puanı, Olumsuz Etki, Duygusal Durum, Fiziksel Çaba, Hava Çevre Etkisi, Davranış Risk Faktörleri alt boyutlarının puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Ancak bekar olan hastaların KOAHÖEÖ fiziksel çaba alt boyut puan ortalamalarının evli olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırmaya katılan hastaların gelir durumuna göre BBÖ ve KOAHÖEÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların sosyal güvenceye sahip olma durumuna göre BBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Sosyal güvenceye sahip olma durumuna göre KOAHÖEÖ toplam puanı, Olumsuz Etki, Duygusal Durum, Fiziksel Çaba, Davranış Risk Faktörleri alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Ancak sosyal güvencesi olmayanların sosyal güvencesi olanlara göre KOAHÖEÖ Hava Çevre Etkisi alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüş olup istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırmaya katılan hastaların beraber yaşadığı kişilere göre BBÖ ve KOAHÖEÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Hastaların sigara kullanım durumuna göre BBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre, sigara içip bıraktığını ifade eden bireylerin bakım bağımlılığı puanları hiç içmeyenlere göre daha yüksektir. Ayrıca, sigara içip bıraktığını ifade eden bireylerin KOAHÖEÖ toplam puanı, Fiziksel Çaba, Hava Çevre Etkisi, Davranış Risk Faktörleri alt boyut puan ortalamalarının hiç içmeyenlere göre daha düşük olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Çizelge 4.5. Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre Bakım Bağımlılığı (BBÖ) ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (KOAHOEÖ) İle Alt Boyut Puan

Ortalamalarının Karşılaştırması (n=102)

		BBÖ	KOAHOEÖ (Toplam Puan)	Olumsuz Etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava Çevre Etkisi	Davranışsal Risk Faktörleri
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
BKİ	Zayıf-normal ¹	35,12±13,53	2,79±0,61	3,17±0,69	2,93±0,81	1,70±0,63	2,63±0,74	3,00±0,73
	Şişman ²	43,43±13,93	2,46±0,55	2,80±0,74	2,65±0,75	1,42±0,48	2,30±0,67	2,59±0,59
	Obez ³	45,09±13,12	2,54±0,65	2,92±0,85	2,77±0,75	1,48±0,54	2,38±0,72	2,54±0,73
F değeri		5,201	2,754	2,087	1,149	2,336	2,071	4,522
P değeri		0,007*	0,069	0,130	0,321	0,102	0,131	0,013*
Bonferroni		1<2,3						1>2,3
KOAH evresi	1. ve 2. Evre ¹	36,75±15,23	2,63±0,64	3,02±0,80	2,78±0,84	1,54±0,63	2,46±0,66	2,77±0,69
	3. evre ²	42,11±13,43	2,66±0,59	3,02±0,78	2,88±0,73	1,56±0,55	2,51±0,71	2,77±0,75
	4. evre ³	48,92±10,44	2,21±0,55	2,56±0,78	2,36±0,67	1,34±0,38	1,99±0,74	2,28±0,40
F değeri		3,873	3,120	2,107	2,524	0,884	3,057	2,745
p değeri		0,024*	0,049*	0,127	0,085	0,416	0,052	0,069
Bonferroni		3>1	2>3					
KOAH hastalığı süresi	<= 3 yıl ¹	37,63±14,33	2,81±0,57	3,14±0,72	2,99±0,76	1,80±0,57	2,68±0,59	2,94±0,66
	3-5 yıl ²	46,48±14,02	2,34±0,59	2,73±0,75	2,55±6,79	1,28±0,46	2,17±0,75	2,34±0,66
	5 yıl ve üzeri ³	41,96±11,69	2,48±0,60	2,91±0,83	2,65±0,66	1,30±0,39	2,25±0,76	2,70±0,70
F değeri		3,978	6,717	2,931	3,632	13,246	6,380	7,613
p değeri		0,022*	0,002*	0,058	0,030*	0,000*	0,002*	0,001*
Bonferroni		2>1	1>2		1>2	1>2,3	1>2,3	1>2
Başka kronik hastalık varlığı	Evet	45,10±13,49	2,46±0,59	2,81±0,78	2,64±0,77	1,46±0,51	2,31±0,69	2,61±0,74
	Hayır	32,97±11,73	2,88±0,57	3,30±0,63	3,09±0,68	1,68±0,64	2,70±0,71	2,92±0,61
t değeri		4,384	-3,298	-3,156	-2,876	-1,880	-2,678	-2,059
p değeri		0,000*	0,001*	0,002*	0,005*	0,063	0,009*	0,042*

Çizelge 4.5. (devam) Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre Bakım Bağımlılığı (BBÖ) ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (KOAHOEÖ) İle Alt Boyut

Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (n=102)

		BBÖ	KOAHOEÖ (Toplam puan)	Olumsuz Etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava Çevre Etkisi	Davranışsal Risk Faktörleri
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Covid 19 geçirme durumu	Evet	37,30±12,48	2,59±0,65	2,95±0,78	2,76±0,77	1,54±0,60	2,48±0,70	2,68±0,83
	Hayır	44,71±14,59	2,59±0,59	2,97±0,77	2,80±0,77	1,52±0,52	2,39±0,73	2,73±0,60
t değeri		-2,731	-0,004	-0,134	-0,241	0,183	0,664	-0,328
p değeri		0,007*	0,997	0,894	0,810	0,855	0,508	0,744
KOAH nedeni ile hastaneye yatma	Hiç ya da 1 defa ¹	30,24±12,83	3,24±0,47	3,61±0,55	3,59±0,52	2,15±0,54	2,90±0,75	3,35±0,61
	2 defa ²	41,94±13,54	2,68±0,48	3,07±0,64	2,79±0,62	2,62±0,53	2,58±0,56	2,76±0,69
	3 ve üzeri ³	44,55±13,22	2,32±0,56	6,68±0,78	2,50±0,74	1,26±0,38	2,15±0,70	2,45±0,61
F değeri		7,485	20,575	11,764	16,624	24,762	8,861	12,923
p değeri		0,001*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Bonferroni		2,3>1	1>2,3 2>3	1>2,3 2>3	1>2,3	1>2,3 2>3	1>3	1>2,3
Evde oksijen kullanma durumu	Evet ¹	2,40±0,57	2,77±0,75	2,60±0,76	20,78±6,07	1,32±0,43	2,26±0,70	2,53±0,68
	Hayır ²	2,96±0,53	3,34±0,67	3,14±0,70	25,15±5,62	1,93±0,55	2,79±0,63	3,06±0,63
	Daha önce kullanıyordum ³	2,53±0,63	2,97±0,79	2,71±0,61	21,67±4,89	1,57±0,64	2,22±0,58	2,56±0,81
F değeri		9,554	10,806	6,641	6,040	17,033	7,012	6,783
p değeri		0,000*	0,000*	0,002*	0,003*	0,000*	0,001*	0,002*
Bonferroni		1>2	2>1	2>1	2>1	2>1	2>1	2>1
İlaç kullanma durumu	Evet	43,66±13,41	2,52±0,60	2,88±0,77	2,70±0,76	1,49±0,54	2,36±0,71	2,63±0,70
	Hayır	27,60±9,61	3,03±0,51	3,46±0,56	3,27±0,66	1,75±0,64	2,86±0,57	3,13±0,60
t değeri		4,437	-3,091	-2,799	-2,732	-1,645	-2,560	-2,594
p değeri		0,000*	0,003*	0,006*	0,007*	0,103	0,012*	0,011*

Çizelge 4.5. (devam) Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre Bakım Bağımlılığı (BBÖ) ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (KOAHOEÖ) İle Alt Boyut

Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (n=102)

		BBÖ	KOAHOEÖ (Toplam puan)	Olumsuz Etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava Çevre Etkisi	Davranışsal Risk Faktörleri
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
KOAH nedeni ile yardıma ihtiyaç duyma	Evet	47,75±13,01	2,29±0,51	2,96±0,79	2,75±0,79	1,48±0,56	2,40±0,72	2,73±0,73
	Hayır	34,84±12,12	2,90±0,56	3,01±0,67	2,92±0,65	1,79±0,50	2,58±0,69	2,56±0,61
t değeri		5,182	-5,747	-5,701	-4,469	-4,303	-3,511	-3,981
p değeri		0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,001*	0,000*
Hastalık konusunda eğitim alma	Evet	40,58±14,36	2,57±0,63	2,96±0,79	2,75±0,79	1,48±0,56	2,40±0,72	2,73±0,73
	Hayır	45,13±12,21	2,69±0,49	2,92±0,67	2,92±0,65	1,79±0,50	2,58±0,69	2,56±0,61
t değeri		-1,187	-0,709	-0,236	-0,798	-2,045	-0,927	0,878
p değeri		0,238	0,480	0,814	0,427	0,043*	0,356	0,382
Hastalık için eğitim veren kişi	Sadece hemşire ya da hekim	41,87±15,24	2,49±0,59	2,90±0,78	2,67±0,77	1,42±0,53	2,24±0,73	2,66±0,59
	Hemşire ve hekim	39,56±13,70	2,64±0,67	3,00±0,81	2,82±0,81	1,53±0,58	2,53±0,69	2,79±0,82
t değeri		0,737	-1,086	-0,584	-0,869	-0,892	-1,885	-0,845
p değeri		0,463	0,280	0,561	0,387	0,375	0,063	0,401
Ev tipi	Apartman	41,19±13,9	2,60±0,62	2,95±0,76	2,81±0,75	1,52±0,58	2,45±0,71	2,68±0,75
	Müstakil	41,60±14,96	2,59±0,61	3,00±0,83	2,70±0,83	1,55±0,49	2,39±0,75	2,77±0,57
t değeri		-0,124	0,065	-0,248	0,638	-0,232	0,359	-0,545
p değeri		0,901	0,948	0,804	0,525	0,817	0,720	0,587
Isınma aracı	Soba	42,00±15,30	2,46±0,67	2,77±0,80	2,48±0,87	1,43±0,46	2,46±0,77	2,85±0,61
	Kalorifer	41,16±13,95	2,62±0,60	3,00±0,76	2,84±0,74	1,55±0,58	2,43±0,71	2,68±0,73
t değeri		0,217	-0,971	-1,118	-1,692	-0,813	0,164	0,909
p değeri		0,828	0,334	0,266	0,094	0,418	0,870	0,366

*p<0,05 **p<0,01 Ort=Ortalama SS=Standart Sapma (F)= Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Fark= Tukey Testi (t)= Bağımsız Örneklem T Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Araştırma kapsamına alınan hastaların tıbbi özelliklerine göre BBÖ ve KOAHÖEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.5’de verilmiştir.

Hastaların BKİ göre BBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre BKİ zayıf-normal olan bireylerin bakım bağımlılığı puanları şişman ve obez bireylere göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür.

KOAHÖEÖ Ölçeğinden, Olumsuz Etki, Duygusal Durum, Fiziksel Çaba, Hava Çevre Etkisi, Davranış Risk Faktörleri alt boyutlarından alınan puanların katılımcıların BKİ göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$). Ancak Davranış Risk Faktörleri alt boyutundan alınan puanların hastaların BKİ göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görüldü ($p<0,05$). BKİ zayıf-normal altında olan bireylerin puanları BKİ daha büyük olanlara göre daha yüksektir.

Hastaların KOAH evresine göre BBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre, KOAH evresi 4. evre olanların bakım bağımlılığı puanları KOAH evresi 1. ve 2. evre olanlara göre daha yüksektir.

Hastaların KOAH evresine göre KOAHÖEÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken; KOAHÖEÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre KOAH hastalık evresi 3. evre olan hastaların öz-etkililiği hastalık evresi 4. evre olanlara göre daha yüksektir.

Hastaların KOAH hastalık süresine göre BBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre, KOAH hastalık süresi 3-5 yıl arasında olan hastaların bakım bağımlılığı puanları KOAH hastalığı 3 yıl ve altında olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. KOAH hastalık süresi 3 yıl altında olan hastaların KOAHÖEÖ toplam puanı, Duygusal Durum, Fiziksel Çaba, Hava Çevre Etkisi, Davranış Risk Faktörleri alt boyut puan ortalamalarının 3-5 yıl arasında olanlara göre; KOAH hastalık süresi 3 yıl altında olanların Fiziksel Çaba, Hava Çevre Etkisi alt boyut puan ortalamalarının 3-5 yıl arasında olanlara ve 5 yıl üzerinde olanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Hastaların kronik hastalık durumuna göre BBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; başka kronik hastalığı olan bireylerin bakım bağımlılığı olmayanlara göre yüksektir. Hastaların kronik hastalık durumuna göre KOAHÖEÖ Fiziksel Çaba alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken; ($p>0,05$) KOAH Öz-Etkililik Ölçeği toplam puanı, Olumsuz Etki, Duygusal Durum, Hava Çevre Etkisi, Davranış Risk Faktörleri alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre; başka bir kronik hastalığı olan bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği toplam puanı, Olumsuz Etki, Duygusal Durum, Hava Çevre Etkisi, Davranış Risk Faktörleri puan ortalamaları kronik hastalığı olmayanlara göre düşüktür. Araştırmaya kapsamına alınan hastaların Covid 19 geçirme durumuna göre BBÖ anlamlı farklılık gözlemlenmiştir. KOAHÖEÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

KOAH nedeni ile hastaneye yatma sıklığına göre BBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre; hastaneye hiç ya da bir kez yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeyleri 2 ile 3 ve üzeri hastaneye yatanlara göre daha düşüktür.

KOAH, Olumsuz Etki, Duygusal Durum, Fiziksel Çaba, Hava Çevre Etkisi, Davranış Risk Faktörleri alt boyutlarından alınan puanların katılımcıların KOAH nedeni ile hastaneye yata sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği görüldü ($p<0,05$). KOAHÖEÖ’de, Olumsuz Etki, Fiziksel Çaba alt boyut puanları için hastaneye bir kez yatanların ya da hiç hastaneye yatmayanların iki, üç ve daha fazla defa hastaneye yatanlara göre puanları daha yüksektir. Ayrıca hastaneye iki defa yatanların puanları hastaneye üç ve daha fazla yatanlara göre daha yüksek puan aldığı tespit edildi.

Duygusal Durum alt boyut puanı için hastaneye bir kez yatanların ya da hiç hastaneye yatmayanların puanları iki, üç ve daha fazla hastaneye yatanlara göre daha yüksektir.

Hava Çevre Etkisi alt boyut puanı için hastaneye bir kez yatanların ya da hiç hastaneye yatmayanların puanları iki defa hastaneye yatanlara, üç ve daha fazla hastaneye yatanlara göre daha yüksektir.

Hastaların evde oksijen kullanma durumuna göre BBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre; evde oksijen kullanan bireylerin kullanmayanlara göre bakım bağımlılığı düzeyleri daha yüksektir. Ayrıca evde oksijen kullanma durumuna göre KOAHÖEÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ($p<0,05$) olup evde oksijen

kullanmayan kişilerin kullananlara göre öz-etkililik düzeyleri anlamlı derecede daha yüksektir. Hastaların ilaç kullanma durumuna göre BBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre; ilaç kullanan kişilerin kullanmayanlara göre bakım bağımlılığı daha yüksektir. Hastaların ilaç kullanma durumuna göre KOAHÖEÖ Fiziksel Çaba alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken; ($p>0,05$) KOAHÖEÖ toplam puanı, Olumsuz Etki, Duygusal Durum, Hava Çevre Etkisi, Davranış Risk Faktörleri alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre; ilaç kullanan bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği toplam puanı, Olumsuz Etki, Duygusal Durum, Hava Çevre Etkisi, Davranış Risk Faktörleri puan ortalamaları ilaç kullanmayanlara göre düşüktür.

KOAH nedeni ile yardıma ihtiyaç duyma durumuna göre BBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre; KOAH nedeni ile yardıma ihtiyaç duyanların duymayanlara bakım bağımlılığı yüksektir. Ayrıca; KOAHÖEÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ($p<0,05$) olup KOAH nedeni ile yardıma ihtiyaç duyanların duymayanlara göre öz-etkililik düzeyleri anlamlı derecede daha düşüktür. Araştırmaya kapsamına alınan hastaların KOAH hastalığı nedeni ile eğitim alma durumuna göre BBÖ, KOAHÖEÖ toplam puanı, Olumsuz Etki, Duygusal Durum, Hava Çevre Etkisi, Davranış Risk Faktörleri alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak KOAH hastalığı nedeni ile eğitim almayan bireylerin eğitim alanlara göre KOAH ÖEÖ Fiziksel Çaba alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüş olup istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların hastalığı ile ilgili eğitim aldığı kişi, ev tipi ve ısınma aracına göre BBÖ ve KOAHÖEÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

4.3. ÖLÇEK PUANLARININ BİRBİRLERİ İLE KORELASYONLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Çizelge 4.6. Hastaların Bakım Bağımlılığı Ölçeği ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

		Bakım Bağımlılığı Ölçeği	KOAH Öz-Etkililik Ölçeği(Toplam Puan)	Olumsuz Etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava Çevre Etkisi	Davranışsal Risk Faktörleri
Bakım Bağımlılığı Ölçeği	r	1						
	p							
KOAHÖEÖ (Toplam Puan)	r	-0,622**	1					
	p	0,000						
Olumsuz Etki	r	-0,544**	0,913**	1				
	p	0,000	0,000					
Duygusal Durum	r	-0,483**	0,887**	0,767**	1			
	p	0,000	0,000	0,000				
Fiziksel Çaba	r	-0,465**	0,738**	0,531**	0,600**	1		
	p	0,000	0,000	0,000	0,000			
Hava Çevre Etkisi	r	-0,578**	0,777**	0,560**	0,560**	0,639**	1	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
Davranışsal Risk Faktörleri	r	-0,566**	0,745**	0,567**	0,558**	0,595**	0,718**	1
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	

**p<0,01

r=Pearson Korelasyon Katsayısı

Araştırma kapsamına alınan hastalarının Bakım Bağımlılığı Ölçeği ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının birbiri ile korelasyonu Çizelge 4.6'da verilmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hastaların Bakım Bağımlılığı ve KOAH Öz-Etkililik ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve orta düzey bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,622$; $p=0,000$). Bakım Bağımlılığı puanı ile KOAH Öz-Etkililik ölçeği olumsuz etki alt boyutu puanları ($r=-0,544$; $p=0,000$), duygusal durum alt boyutu puanları ($r=-0,483$; $p=0,000$), fiziksel çaba alt boyutu puanları ($r=-0,465$; $p=0,000$), hava çevre etkisi alt boyutu puanları ($r=-0,578$; $p=0,000$), davranışsal risk faktörleri alt boyutu puanları ($r=-0,566$; $p=0,000$) arasında negatif yönlü, orta düzey bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

4.4. ÖLÇEKLERE İLİŞKİN REGRESYON ANALİZİ

Çizelge 4.7. Öz-Etkililik Ölçeği puanlarını açıklamak üzere yapılan regresyon analizi
(Tek değişkenli regresyon analizi)

	Standardize edilmemiş		t	p değeri	F	p değeri	R ²	DW
	Beta	Std. H.						
Sabit	3,712	0,149	24,925	0,000	62,953	0,000	0,380	1,993
Bakım bağımlılığı	-0,027	0,003	-7,934	0,000				

Çalışmada, KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puanlarını açıklamak için yapılan basit regresyon analizi sonuçları Çizelge 4.7’de verilmiştir. Kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=62,953 ; p=0,000). Bakım Bağımlılığı bağımsız değişken olarak modelde kullanılmıştır. Bakım Bağımlılığı puanlarının bireylerin KOAH ÖZ-Etkililik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu tespit edildi (p<0,05). Bireylerin Bakım Bağımlılığı Ölçeği puanlarında meydana gelen bir puanlık bir artış KOAH ÖZ-Etkililik puanlarında 0,-0,027 birim bir azalmaya neden olmaktadır (beta = -0,027). Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama gücünü gösteren R² değeri ise 0,380 olarak hesaplanmıştır.

5. TARTIŞMA

KOAH tanısı alan geriatrik bireylerde bakım bağımlılığını ve öz-etkililik düzeylerinin birlikte ilk kez incelendiği bu tanımlayıcı araştırmada; çalışma sonuçları bakım bağımlılığına ilişkin bulguları, öz-etkililik düzeylerine ilişkin bulgular ve bu ölçeklerin toplam puanları arasındaki korelasyon durumuna yönelik bulgular olarak tartışılmıştır.

5.1. BAKIM BAĞIMLILIĞI DÜZEYİNE İLİŞKİN TARTIŞMA

KOAH tanısı alan hastalarda bakım bağımlılığı düzeyini araştıran birçok çalışma olmasına rağmen, KOAH tanılı geriatrik bireylerde bakım bağımlılığını inceleyen araştırmalar sınırlı sayıdadır.

KOAH, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini (GYA) etkileyen kronik bir akciğer hastalığıdır. KOAH'ın ilk evrelerinde bireyler bağımsız olarak GYA'yı yerine getirebilirken, KOAH evresinin ilerlemesi ile bireyler GYA'yı yerine getirmekte zorlanmaktadırlar. KOAH'lı bireylere kaliteli hemşirelik bakımı verilebilmesi için gereksinimlerinin ve bakım bakımlılığı düzeylerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi önemlidir [115], [116], [117]. KOAH'lı hastaların bakım bağımlılığı düzeylerini belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmalarda Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalaması Aydemir (2023)'in çalışmasında 75.93 ± 12.58 puan ile çok düşük düzeyde [110]; Duman (2020)'in yaptığı çalışmada $67,5 \pm 21,1$ puan ile orta düzeyde ve bakım bağımlılığı düzeyinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir [118]. Türk ve Üstün (2018)'ün KOAH'lı hastalarla yaptığı çalışmasında hastaların bağımlılık ölçeğinden aldığı puan ortalaması $48,80 \pm 9.48$ olup, orta düzeyde bağımlılığa işaret etmektedir [26]. Janssen ve ark. tarafından (2014) KOAH, kronik kalp yetmezliği (KKY) ve kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarının bakım bağımlılığının incelendiği çalışmada KOAH ve KKY hastalarının yüksek oranda bakıma bağımlı olduğu bildirilmiştir [27]. Aydın ve ark. (2012) tarafından KOAH hastaları ile yapılan başka bir çalışmada bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde sınırlılık yaşadıkları; Benzer şekilde Akıncı ve Pınar (2011) tarafından yapılan çalışmada da KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorluk yaşadıkları, hareket etme ve günlük aktiviteleri yapma konusunda bağımlı oldukları rapor edilmiştir [119]. Bizim çalışmamızda Bakım Bağımlılığı Ölçeği puan ortalaması $41,29 \pm 14,09$ olup hastaların orta düzeyde bağımlı oldukları

görülmektedir. Bizim çalışmamızda bakım bağımlılığı düzeyinin orta düzeyde çıkması hastaların 65 yaş üzeri, 3. ve 4. evre KOAH hastası sayısının yarıdan fazla olması ve hastaların birçok kronik hastalıklarının olmasından kaynaklanmış olabilir.

KOAH hastalarının sigara kullanma durumu akciğerde doku harabiyetini arttırarak KOAH evresinin ilerlemesine ve hastalığın prognozunu kötüleşmesine neden olmaktadır [120]. Kara (2019)'nın KOAH'lı hastalarla yaptığı çalışmada sigara kullanan bireylerin bakım bağımlılığı düzeyinin sigara kullanmayan bireylere göre yüksek olduğunu belirlenmiştir [121]. Duman (2020)'ın KOAH'lı hastalarla yaptığı çalışmada sigara kullanmayan bireylerin sigara kullanan bireylere göre bakım bağımlılığının daha yüksek olduğu görülmüştür [118]. Bizim çalışmamızda sigara içip bıraktığını ifade eden bireylerin bakım bağımlılığı puanlarının hiç içmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sigarayı bırakmak bireylerde KOAH gelişme sıklığını, hava yolu obstrüksiyonu ve KOAH'ın ilerlemesini azaltmakta [122], [123], sigara tüketme miktarı arttıkça bireylerin KOAH tanısı alma oranı da artmaktadır [124].

KOAH'ta dispne, yorgunluk, fiziksel aktivite, beden kütleindeki artış hastaların nefes almasını güçleştirmektedir bu doğrultuda hastaların bakım bağımlılıkları da artmaktadır. Literatürde KOAH'LI hastalarda BKİ'nin araştırıldığı çok az çalışmaya rastlanmıştır. Aydemir (2023)'in KOAH'lı hastalarda yaptığı çalışmada BKİ ve bakım bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir [110]. Bizim çalışmamızda, BKİ şişman olanların BKİ zayıf-normal olanlara göre daha yüksek bakım bağımlılığı bulunmaktadır.

Kara (2019) ile Türk ve Üstün (2018) tarafından KOAH hastalarında bakım bağımlılığının incelendiği çalışmalarda hastalık evresi ilerledikçe bağımlılığın arttığı belirlenmiştir [26], [125]. Kütükcü ve ark. (2015)'nin KOAH hastalarında hastalık şiddeti ile günlük aktiviteler arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarında hastalık şiddeti arttıkça hastaların günlük aktivitelerdeki performansının azaldığını bildirmişlerdir. [126]. Çakıcı (2020)'nin geriatrik KOAH hastalarında ve Aydemir (2023)'in KOAH hastalarında yapmış olduğu araştırmada ise da KOAH evresi ilerledikçe hasta bakımına olan ihtiyacın arttığı görülmektedir [31], [110]. Fabricius ve ark (2011)'nin 65 yaş üstü bireylerde KOAH prevelansını araştırdıkları çalışmada üçüncü ve dördüncü evre KOAH'ın sıklıkla görüldüğü belirtilmiştir [127]. Çalışmamız literatürle paralellik göstermekte olup çalışmamızda KOAH evresi 4. evre olanların bakım bağımlılığı puanları KOAH evresi 1. ve 2. evre olanlara göre daha yüksektir. Literatürde gözlenen sonuçların çalışma

sonucumuzu destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir.

KOAH kronik ve ilerleyici bir hastalık olduğundan bireylerin yaşadığı semptomlar zamanla artmaktadır. Yaşlanmayla meydana gelen fizyolojik değişikliklerin yanı sıra KOAH 'ın ilerleyen evrelerinde artan semptomlar KOAH'ı yönetimini zorlaştırma ve bakım bağımlılığı düzeylerini artırmaktadır [128]. Duman (2020)'ın KOAH'lı bireylerle yaptığı araştırmada KOAH tanısı alma süreleri arttıkça bakım bağımlılığı düzeyinin yükseldiği belirlenmiştir [118]. Kara (2019)'nın KOAH'lı hastalarda yaptığı başka bir çalışmada hastalık süresi uzadıkça bakım bağımlılığı düzeyinin arttığı saptanmıştır [121]. Bizim çalışmamızda KOAH hastalık süresi 3-5 yıl arasında olan hastaların bakım bağımlılığı düzeyleri KOAH hastalığı 3 yıl ve altında olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamız bu yönüyle literatürle paralellik göstermiştir.

Kronik hastalığı bulunan bireylerde ek kronik hastalıkların varlığı hastaların bağımsızlıklarının azalmasına ve semptomların şiddetinin artmasına neden olmaktadır. Korhan ve ark. (2013)'nın dâhiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığını inceledikleri çalışmada dâhili kliniklerde yatan hastaların %60,3'ünün kronik bir hastalığının olduğu belirlenmiş olup dâhiliye kliniğinde yatan hastaların, cerrahi kliniğinde yatan hastalara göre daha bağımlı olduğu görülmüştür [17]. Türk ve Üstün (2018)'ün KOAH hastalarının bağımlılık düzeyini incelediği bir çalışmada, KOAH'a ek kronik hastalığı olan bireylerin, kronik hastalığı olmayan bireylerden daha bağımlı olduğu saptanmıştır [26]. Jarab ve ark (2012)'ı tarafından KOAH'lı hastalarla yapılan çalışmada, hastaların yarıdan fazlasının KOAH ile birlikte diyabet, hipertansiyon, artrit, osteoporoz gibi ek hastalıkları bulunduğu ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği belirtilmiştir [129]. Göksel ve ark (2002)'nin yaptıkları araştırmada diabetes mellitusun KOAH ataklarının seyri üzerine etkisini incelemiş olup diyabetin KOAH hastalarında hastanede kalış süresini uzattığı saptanmıştır [130]. Çalışmamız literatürle benzer olup KOAH'a ek olarak başka bir kronik hastalığı olan geriatric bireylerin bakım bağımlılık düzeyleri ek kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksektir. Ek kronik hastalıkların varlığı mevcut hastalık semptomlarını şiddetlendirerek ya da semptomları artırarak bakım bağımlılık düzeyinde artışa neden olmuş olabilir.

KOAH hastalarında hastaneye yatış sıklığındaki artış hastanın hastaneye ihtiyacı olduğunun bir göstergesi olup KOAH alevlenmelerin sık olduğunun bir göstergesidir[120]. Hastalarda alevlenmelerin sık olması hastayı bağımlı hale getirmektedir. Duman (2020)'ın çalışmasında bireylerin KOAH nedeniyle hastaneye

yatış deneyimi arttıkça bakım bağımlılığı düzeyinin de arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca bu araştırmada hasta bireylerin yaklaşık yarısının 3 ve daha fazla hastaneye yatış deneyimi olduğu ve %71,9'unun 1-5 kez alevlenme nedeniyle acile başvurduğu görülmüştür [118]. Janssen ve ark. (2014)'nın KOAH, KKY ve KBY hastalarının bakım bağımlılığını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların hastaneye yatış sayısı arttıkça bakım bağımlılığının arttığı belirlenmiştir [27]. Akıncı ve Pınar (2011)'ın KOAH hastaları ile yaptıkları çalışmada ise KOAH sebebiyle daha önce hastanede yatışı bulunan hastaların daha düşük aktivite düzeyine sahip oldukları görülmüştür [119]. Janssen ve ark. (2014) ile Kara (2019)'nın yaptığı başka bir çalışmada KOAH hastalarının hastaneye yatış sayısı arttıkça bakıma bağımlılık düzeyinin de arttığını bildirmişlerdir [27], [125]. Aynı şekilde Taşçı ve ark (2011)'nın hastanede yatan KOAH hastaları üzerinde yaptıkları retrospektif bir çalışmada, komorbidite hastalığı olan KOAH hastalarının daha uzun süre hastanede yattığını bulmuşlardır [131]. Bizim çalışmamızda hastaneye bir kez yatanların ya da hiç hastaneye yatmayanların bakım bağımlılığı düzeyleri 2 ile 3 ve daha fazla hastaneye yatanlara göre daha düşüktür. Araştırma bulgumuz bu yönüyle literatürle paralellik göstermiştir.

Dinlenme sırasında ciddi kronik hipoksemisi olan hastalarda uzun süreli oksijen tedavisi sağkalımı artırır [42]. KOAH'lı bazı hastalarda kronik hipoksemi oluşmaktadır dolayısıyla evde de oksijen tedavisine devam etmeleri gerekmektedir. Aydemir (2023)'in yaptığı çalışmada KOAH hastalarının %56,2 sinin evde oksijen kullandığı belirlenmiş olup KOAH nedeniyle evde uzun süreli oksijen tedavisi kullanma durumuna göre bakım bağımlılığı puanı açısından anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir [110]. Aldan (2019)'ın KOAH'lı hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların %58'inin oksijen tedavisi aldığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda hastaların %61,8'i evde oksijen kullanmakta olup %5,8'i ise daha önce evde oksijen kullanıp bırakmıştır [132]. Bizim çalışmamızda evde oksijen kullanan bireylerin kullanmayanlara göre bakım bağımlılığı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızın literatürden farklı olmasının sebebinin çalışmanın yapıldığı ilde KOAH hastalığının sık görülmesinden ve ilin hava kirliliğinin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kronik hastalıklar nedeniyle kullanılan ilaç sayısındaki artış polifarmasiye neden olarak bireylerin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemekte; hastaneye yatış sayısı ve süresini etkileyerek bağımlılık düzeyini arttırmaktadır. Çakıcı (2020)'nın yaşlı KOAH hastaları ile yaptığı çalışmada kullanılan ilaç sayısının hastalarda bakım bağımlılığını artıran bir faktör

olduğu görülmüştür [31]. Kara (2019) 'nın KOAH hastalarında bakım verme bağımlılık düzeyinin araştırıldığı bir çalışmada sürekli ilaç kullananların, ilaç kullanmayanlara göre daha bağımlı oldukları rapor edilmiştir [125]. Aydemir (2023)'in yapmış olduğu çalışmada ise KOAH nedeniyle kullanılan ilaç sayısı artıkça bakım bağımlılığının arttığı görülmüştür [110]. Jarab ve ark. (2012) tarafından KOAH hastalarına verilen ilaç eğitiminin sağlık sonuçlarına etkisini araştıran çalışmada, hastaların ilaç bilgisi ve uyumunda anlamlı artış, eğitim sonrasında hastaneye başvurularda azalma gözlemlendi. [129]. Çalışmamızda KOAH hastaların ilaç kullanma durumlarına göre bakım bağımlılığının arttığı görülmüş olup literatür doğrultusunda paralellik göstermektedir.

Koronavirüs salgını nedeniyle hastanede yatan hastaların yaklaşık %90' ında bir veya daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu görülmüştür [133]. Covid-19 ile hastaneye yatırılan yetişkin hastaların üçte birinden fazlasında, KOAH gibi solunumsal bir hastalık olduğunu göstermektedir [133], [134]. Erdal (202)'in yaptığı çalışmada covid-19 tanılı hastaların bakım bağımlılıkları orta düzey bulunmuştur [135]. KOAH'ın ve Covid-19'un getirdiği semptomlar nedeniyle hastalar daha bağımlı hale gelmektedirler. Çalışmamız literatür doğrultusunda paralellik göstermektedir. KOAH geriatric bireylerin yaşamını birçok yönden etkilemekte, bireylerin yaşam kalitesinin düşmesine, destek ve destek ihtiyacının artmasına yol açmaktadır. KOAH'lı kişiler hayatlarının farklı alanlarında (alışveriş, giyinme, ikincil günlük yaşam aktiviteleri vb.) değişen derecelerde bağımlı olmaktadır [136]. Literatüre bakıldığında KOAH evresinin artmasına paralel olarak bireylerin yaşamsal faaliyetlerini sürdürmede zorluk yaşadıkları ve başkalarından yardım almak zorunda kaldıkları belirlenmiştir [31], [126]. Aydemir (2023)'in çalışmada KOAH'lı hastaların %50.5'inin günlük bakımda yardıma ihtiyaç duyduğu görülmüştür [110]. Tel (2012) ve Demirel (2014)'in KOAH hastalarının fonksiyonel ve özbakım becerilerinin belirlendiği çalışmada hastaların yaklaşık yarısının günlük bakım için yardıma ihtiyacı olduğu saptanmıştır [137], [138]. Yılmaz ve ark. (2017)'nin KOAH hastalarında yorgunluğun günlük yaşam aktivitelerine etkisini araştırdıkları çalışmada Nefes darlığının derecesine bağlı olarak bireyin günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilendiği ve günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duyulduğu belirlendi [139]. Bizim çalışmamızda KOAH nedeni ile yardıma ihtiyaç duyan geriatric bireylerin bakım bağımlılığı yardıma ihtiyaç duymayanlara göre daha yüksektir. Araştırma bulgumuz bu yönüyle literatürle paralellik göstermiştir. Bu sonuçlar araştırmanın **H1** hipotezini doğrulamaktadır.

5.2. KOAH ÖZ-ETKİLİLİK DURUMUNA İLİŞKİN TARTIŞMA

Ülkemizde yaşlı nüfustaki artışla birlikte KOAH prevalansı her geçen gün artmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte hastalığın ileri evrelerinde semptomların sıklığı ve ciddiyeti artmakta KOAH'lı bireyler günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelebilmektedir. Hastaların, günlük yaşamlarını etkileyen semptomları yönetmek, hastalıkla baş etmek için yüksek öz-etkililik düzeyine sahip olmaları gerekmektedir [35].

Kara ve Mirci (2002) 'nin KOAH hastalarıyla yaptığı çalışmada ise öz-etkililik ölçeği puan ortalaması 2.49 ± 0.29 olarak saptanmıştır [105]. Lee ve ark. (2014)'nin KOAH hastalarıyla yaptığı bir çalışmada ise öz-etkililik puan ortalaması 3.33 ± 0.80 olarak bulunmuştur [36]. Bal Özkaptan ve Kapucu (2016)'nın KOAH'lı bireylerde yaptıkları çalışmada öz-etkililik puan ortalamalarının düşük olduğu bulunmuştur [35]. Andenaes ve ark. (2014)'nin KOAH'lı bireylerin öz-etkililik düzeylerini incelediği araştırmada hastaların öz-etkililik düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir [140]. Ağdemir' in yaptığı başka bir çalışmada KOAH'lı hastaların öz-etkililik puan ortalamalarının düşük olduğu bulunmuştur [120]. Bizim çalışmamızda geriatrik bireylerin KOAH öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalaması $2,96 \pm 0,61$ olarak belirlenmiş olup öz-etkililik düzeyleri orta düzeyde saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda KOAH'lı bireylerin öz-etkililik düzeyinin yurt dışında yapılan çalışmalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık hastaların eğitim düzeyi, sağlık sistemlerindeki farklılıklar, pulmoner rehabilitasyonun yapısı, sağlık okuryazarlığının yüksek olması ve ülkeler arasındaki kültürel farklılıklardan kaynaklanabilir [35], [36], [141]. Bizim çalışmamızda öz-etkililik düzeyinin orta çıkmasının sebeplerini hastaların yaşlarının birbirine yakın olması, evre 3 ve 4 KOAH hastası sayısının yarıdan fazla olması, birçok kronik hastalıkları olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda KOAH Öz-etkililik ölçeği alt boyutlarına ilişkin ortalamaların sırası ile Olumsuz Etki için $2,96 \pm 0,770$; Duygusal Durum için $2,78 \pm 0,769$; Fiziksel Çaba için $1,52 \pm 0,558$; Hava Çevre Etkisi için $2,43 \pm 0,713$; Davranışsal Risk Faktörleri için $2,70 \pm 0,710$ olduğu belirlenmiştir. En düşük puanın ise "Fiziksel Çaba" alt boyut puanına ait olduğu görülmüştür. Bal Özkaptan ve Kapucu (2016)'nın KOAH hastaları ile yaptığı çalışmada olumsuz etki 1.9 ± 0.4 , duygusal durum 1.5 ± 0.4 , fiziksel çaba 1.1 ± 0.2 , hava ve çevre etkisi 1.2 ± 0.2 , davranışsal risk faktörleri $1,2 \pm 0,3$ olarak belirlenmiştir [35]. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar KOAH'lı hastalarda fiziksel aktivite seviyelerinin aynı yaştaki

sağlıklı kişilerden ve diyabet ve kardiyovasküler hastalıklarda dahil olmak üzere diğer kronik hastalığı olan bireylerden daha düşük olduğunu göstermektedir [102]. Bal Özkaptan ve Kapucu (2016) Lee ve ark. (2014)'nın yaptığı çalışmada da KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ölçeği alt boyutu olan fiziksel çaba puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür [35], [36]. Hastaların “Fiziksel Çaba” öz-etkililik puanlarının en düşük bulunmasının nedeni, KOAH'lı hastalarda solunum aktivitesi ve fonksiyonu ciddi şekilde bozulmakta olup, bunun hastaların fiziksel aktivitelerini ciddi şekilde kısıtladığı ve özgüvenlerini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Bu çalışmada hastaların KOAH öz-etkililik puanlarının düşük olması yaşanan bölgenin coğrafi özellikleri, günlük aktivitelerini yerine getirebileceklerine olan güvenlerinin azalmasından ve hastaların bireysel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yaşla birlikte ortaya çıkan biyolojik, fizyolojik ve psikolojik bozulmalar nedeniyle kişilerde işlev kaybı, rol ve statü kaybı, bağımsızlığın azalması, sosyal yaşamın azalması, öz-etkililiğin azalması gibi sorunlar yaşanmaktadır [142], [143], [144]. Güçlü (2018)'nın yaşı 70 ve altında olan bireyler ile yaptıkları çalışmada KOAHÖEÖ toplam puanlarının yaşı 76 ve üstü olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir [34]. Gurtaş (2016)'ın diyaliz hastalarıyla yaptığı bir çalışmada ise yaşlılıkla birlikte öz-etkililik düzeyinin azaldığı saptanmıştır [145]. Aynı şekilde Mollaoğlu ve Bağ (2009)'ın hemodiyaliz uygulanan hastalarda çalışmasında da benzer sonuçlar tespit edilmiştir [146]. Yurt dışında yapılan çalışmalarda ise; Lee ve ark. (2014)'nın KOAH hastalarıyla yaptığı çalışmada da KOAH'lı bireylerin öz-etkililik düzeyi ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır [36]. Bunun yanı sıra DePalma ve ark. (2015)'nin çalışmasında yaş arttıkça öz-etkililiğin de arttığını saptamıştır [147]. Çalışmamız literatür doğrultusunda paralellik göstermiş olup yaşı 75 ve altında olan kişilerin KOAHÖEÖ'nden, Olumsuz Etki, Duygusal Durum puanları yaşı 76 ve üstü olanlara göre daha yüksek olup yaş arttıkça bireylerin öz-etkililiği puanlarının azaldığı saptanmıştır.

Ülkemizdeki yapılan çalışmalarda yurtdışındaki çalışmalara göre, geriatrik bireylerin eğitim seviyesinin ve sağlık-okuryazarlığının düşük olmasının bu farklılığı ortaya çıkardığını düşündürmektedir. Yaşlanma ile meydana gelen görme yeteneğinde, motor fonksiyonlarda azalma, hastalık semptomlarındaki artış ve hastalığa ek kronik hastalıkların eklenmesi bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizliğe bağımsızlık düzeylerinde azalmaya yol açması, hastaların aktivitelerini gerçekleştiremeyeceklerini düşünmelerine dolayısı ile öz-etkililiklerinin düşmesine yol

açmış olabilir. Ayrıca hastalarımızın öz-etkililik düzeyinin orta çıkmasının sebeplerini hastaların yaşlarının birbirine yakın olmasından, ileri evde KOAH hastası olmalarından, birçok kronik hastalıkları olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Araştırmaya katılan hastaların medeni durumuna göre KOAH Öz-etkililik Fiziksel Çaba alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür. Buna göre bekar olan geriatric bireylerin Fiziksel Çaba puanları evli olanlara göre daha yüksektir. Güçlü (2018)' nün KOAH'lı hastalarla yaptığı çalışma da evli olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin bekarlardan daha yüksek olduğu sonucuna varılmış [34]. Tekin Yanık ve Erol (2016)'un Tip 2 diyabetli bireylerle yaptığı çalışmasında evli olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin bekarlardan daha yüksek olduğu sonucuna varılmış. Literatürde medeni duruma göre KOAH öz-etkililik düzeyinin etkilenmediği çalışmalar da bulunmaktadır [148]. Bekar olan hastaların destek alacağı kişilerin az olması ve fiziksel aktivitelerini kendileri yapmak durumunda olması öz-etkililikteki bu farkı oluşturduğu söylenebilir.

Tütün kullanımı, akciğer dokularında oksidatif hasara neden olarak KOAH gelişimine zemin hazırlamaktadır. Davranış değişikliği yaparak bireylerin sigarayı bırakmasını sağlamak gerekir. Hastaların davranış değişikliğine uymaması düşük öz-etkililik olarak ifade edilmektedir. Eroğlu (2023)'nün yaptığı çalışmada sigara kullanmayan ve bırakmış olan hastaların öz-etkililik düzeylerinin sigara kullananlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir [109]. Acar (2021)'in KOAH'lı bireylerde yaptığı çalışmada KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalaması sigara kullananlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur [149]. Kar (2018)'in çalışmasında sigara içenlerin hastaların KOAH toplam puan ve Davranışsal Risk Faktörleri, Hava/Çevre Etkisi, Fiziksel Çaba alt boyut puan ortalamalarının hiç sigara içmeyen ve sigara içmeyi bırakanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür [150]. Çalışmamızda sigara içip bıraktığını ifade eden bireylerin KOAHÖEÖ toplam puanı, Fiziksel Çaba, Hava Çevre Etkisi, Davranış Risk Faktörleri alt boyut puan ortalamalarının hiç içmeyenlere göre daha düşüktür. Sigarayı bırakmak bir öz-etkililik davranışıdır. Özellikle KOAH hastalığına sahip bireylerin sigara içmeye devam etmesi, hastaların düşük öz-etkililik düzeyine sahip olduklarını gösterir. Sigara kullanımının devam etmesini nedenleri; öğrenilmiş çaresizlik, sigaranın baş etme mekanizması olarak kullanılması, sigara bırakmanın bundan sonra bir şeyi değiştirmeyeceğini düşünme, sosyal ortamlara dahil olma aracı olarak görme sayılabilir.

Geriatrik hastalar kendilerini gerçekleştirmede yeteneklerine ilişkin güven eksikliği duyarlar. Bu güven eksikliği düşük öz-etkililik olarak ifade edilmektedir [29], [30], [31], [32]. Bireylerin sosyal güvencesinin olması bireylere güven vermekte dolayısıyla öz-etkililik düzeylerini arttırmaktadır. Aydemir (2023)'in çalışmasında %79.9'unun sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir [110]. Acar (2021)'in çalışmasında katılımcıların %93,2'sinin sosyal güvencesinin bulunmaktadır [149]. Yine aynı çalışmada KOAHÖEÖ puan ortalaması sosyal güvencesi olanlarda olamayanlara göre yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda hastaların %95,1'i sosyal güvenceye sahiptir. Çalışmamızda KOAHÖEÖ Hava Çevre Etkisi alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüş olup literatürle paralellik göstermektedir.

KOAH evresindeki artış bireyin sağlık durumunun kötüye gitmesine sebep olurken hastaların öz-etkililiklerini düşürmektedir [102]. Acar (2021)'in yaptığı çalışmada KOAH evresi 1 olanların KOAHÖEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu gözlenmiştir [149]. KOAH evrelerine göre öz-etkililik puan ortalamasına bakıldığında ise ileri evre KOAH'ı olan bireylerin daha düşük öz-etkililiğe sahip olduğu saptanmıştır [34]. Bal Özkaptan ve Kapucu (2015) ve Lee ve ark. (2014) ile Eroğlu (2023)'nin yaptığı çalışmada GOLD III ile IV evresinde KOAH tanısına sahip olan hastaların öz-etkililik düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir [32], [36], [109]. Bizim çalışmamızda KOAH hastalık evresi 3. evre olan hastaların KOAHÖEÖ toplam puanı hastalık evresi 4. evre olanlara göre daha yüksektir. KOAH'ın ilerleyen evrelerinde prognozun kötüleşmesi hastalığın yönetiminin zorlaşmasına geriatrik bireylerin bakım gereksinimlerinin artmasına dolayısıyla öz-etkililik düzeylerinin azalmasına neden olmuş olabilir.

Hastaların alevlenme sıklığı arttıkça hastaneye başvuru ve yatış sayıları da artmaktadır. Bu nedenle hastaneye yatış sayısının artması hastalığın prognozunda kötüleşmeyi gösterdiğinden, öz-etkililik düzeylerinde azalma olması beklenmektedir. Kar (2018) tarafından yapılmış çalışmada, daha önce hastaneye yatan hastaların öz-etkililik düzeylerinin düşük olduğu belirlenmişti [150]. Koçak (2021) yapmış olduğu araştırmada son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı ve süresi arttıkça öz-etkililik düzeyinin düştüğü bulunmuştur [151]. Eroğlu (2023)'nin yaptığı çalışmada KOAH nedeniyle hastaneye yatış sayısı 4 ve üzeri olan hastaların öz-etkililik düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir [109]. Kar (2018) tarafından yapılmış çalışmada, daha önce hastaneye yatan hastaların öz-etkililik düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir [150]. Benzo ve ark.

(2016)'nın yapmış olduğu çalışmada aynı şekilde hastaneye yatış sayısının artması öz-etkililik düzeyini düşürmektedir [152]. Ağdemir (2017)'in yaptığı araştırmada KOAH hastalarının daha önce hastaneye yatma durumuna göre KOAHÖEÖ alt boyutlarından Davranışsal Risk faktörler alt ölçeği puanı düşük bulunmuştur [106]. Bizim çalışmamızda, KOAHÖEÖ, Olumsuz Etki, Fiziksel Çaba alt boyut puanları için hastaneye bir kez yatanların ya da hiç hastaneye yatmayanların iki, üç ve daha fazla defa hastaneye yatanlara göre puanları daha yüksektir. Ayrıca hastaneye iki defa yatanların puanları hastaneye üç ve daha fazla yatanlara göre daha yüksek puan aldığı tespit edildi. Duygusal Durum, Hava Çevre Etkisi alt boyut puanı için hastaneye bir kez yatanların ya da hiç hastaneye yatmayanların puanları iki, üç ve daha fazla hastaneye yatanlara göre daha yüksektir. Çalışma sonucumuz literatürle paralellik göstermekte olup, hastaneye yatma sıklığının artması öz-etkililiğin düştüğünü göstermektedir.

Ek bir kronik hastalığa sahip olma daha fazla semptom ve komplikasyona ortaya çıkartmaktadır. Bu durum bireyin hastalığı üzerindeki kontrolünü azaltır ve onu daha bağımlı hale getirir. Hastaya ek bir kronik hastalığın eklenmesi daha da fazla semptom ve komplikasyon yaratmakta olup bu durum bireyin hastalık üzerindeki kontrolünün azalmasına ve daha bağımlı hale gelmesine neden olur [153]. Çalışmamızda başka bir kronik hastalığı olanların olmayanlara göre KOAHÖEÖ, Hava Çevre Etkisi, Duygusal Durum, Olumsuz Etki, Davranış Risk Faktörleri alt boyut puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Literatürde çalışmamıza paralel gösteren çalışmalar bulunmaktadır [146], [154]. KOAH'ın temel özelliklerinden biri olan nefes alma sorunları ve kronik hastalıkla ilişkili diğer semptomların eklenmesi, bireyin günlük aktiviteleri gerçekleştirme ve olumlu sağlık davranışları gerçekleştirme konusundaki güvenini azaltabilir.

Hastalık sürecinin getirdiği fiziksel kısıtlılıklar kronik hastalığı olan geriatric bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerini zorlaştırmakta ve hastaların öz-etkililiklerini düşürmektedir [102]. Ağdemir (2023)'in çalışmasındaki öz-etkililik puan ortalamasının, hastalık süresi 1 yıldan az olan hastaların 1-5 yıl, 6-10 yıl ve 11 yıl ve üzeri olan hastalara göre yüksek olduğu belirlenmiştir [120]. Park (2017)'in KOAH'lı hastaların öz-bakım davranışlarını incelediği çalışmada öz-bakım davranışları ve hastalık süresi arasında anlamlı bir fark saptanmıştır [155]. Çalışmamızda KOAH Öz-Etkililik Ölçeği, Duygusal Durum ve Davranış Risk Faktörleri alt boyutları için KOAH hastalık süresi 3 yıl altında olanların puanları KOAH hastalığı 3-5 yıl arasında olanlara göre daha yüksektir. Fiziksel Çaba, Hava Çevre Etkisi alt boyutları için KOAH hastalık süresi 3 yıl

altında olanların puanları KOAH hastalığı 3-5 yıl arasında olanlara ve 5 yıl üzerinde olanlara göre daha yüksektir.

Hastaların etkili baş etme düzeyine ulaşması için kronik hastalıkların bireysel yönetiminde yardıma ihtiyaçları bulunmaktadır. KOAH'lı geriatrik bireyler düşük öz-etkililiğin bir sonucu olarak, nefes darlığına neden olabileceğini düşündüklerinden, yapabilecek fiziksel yeterliliğe sahip oldukları aktiviteleri dahi yapmaktan kaçınmakta ve günlük aktivitelerini yerine getirirken başka kişilere bağımlı hâle gelmektedirler [82], [104], [156]. Ceyhan ve Ünal (2018)'ın yaptığı kronik hastalıklarda öz-etkililik düzeylerinin incelendiği çalışmalarında toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma ile ev işlerini yapmada KOAH ve KKY'li hastaların ölçek puan ortalamaları diğer kronik hastalıklara göre daha düşük bulunmuştur [102]. Ağdemir (2017)'in KOAH hastaları ile yaptığı çalışmada, hastaların günlük yaşam aktivitelerinde başkalarından yardım alma durumları ile KOAHÖEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmış olup günlük işlerinde başkalarından yardım alan hastaların öz-etkililik düzeyinin anlamlı derecede daha düşük olduğunu bulmuştur [106]. Koçak (2021)'in yaptığı çalışmada günlük aktivitelerini yerine getirirken herhangi birinden yardım almayan hastaların öz-etkililik genel puanı ve alt boyut puanları, yardım alanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir [151]. Çalışma bulgumuz literatürle benzer olup KOAH nedeniyle yardıma ihtiyaç duyanların öz-etkililikleri düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar araştırmanın **H1-2** hipotezini doğrulamaktadır.

5.3. BAKIM BAĞIMLILIĞI VE ÖZ-ETKİLİLİK ARASINDAKİ İLİŞKİ TARTIŞMASI

Hastaların bakım bağımlılığını birçok bağımlı değişken etkilemektedir. Çalışmamızda bağımlı değişken olan öz-etkililik düzeyi ile arasındaki ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda bakım bağımlılığı puanlarının KOAH'lı geriatrik hastalarda öz-etkililik üzerindeki etkisi doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir. Bakım Bağımlılığı puanları ve KOAH Öz-Etkililik arasında orta düzey ve negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,622$; $p=0,000$). Bireylerin Bakım Bağımlılığı Ölçeği puanlarında meydana gelen bir puanlık bir artış KOAH Öz-etkililik puanlarında $0,-0,027$ birim bir azalmaya neden olmaktadır ($\beta = -0,027$). Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama gücünü gösteren R^2 değeri ise $0,380$ olarak hesaplanmıştır. Kaşıkçı ve Alberto (2007) tarafından yapılan KOAH'lı Türk hastalarda aile desteği, öz-etkililik ve öz-bakım davranışı çalışmasında

aile desteği ile öz bakım davranışı arasında ve öz-etkililik ile öz bakım davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişkiler bulunmuştur [157].  in'de KOAH'lı hastalarda yapılan bir çalışmada aile desteği ile öz bakım davranışı arasında hafif anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir [158]. Çalışmalardan da görüldüğü üzere hastaların ailelerinin fiziksel ve psikolojik desteklerine ihtiyaçları olduğunu, aile desteğinin artmasıyla birlikte hastaların öz-bakım davranışlarının da arttığını görülmektedir.  z-bakım davranışları artan hastaların öz-etkililik düzeyleri de artmaktadır [159].

Araştırma sonuçlarımız da KOAH tanısı alan geriatrik bireylerin bakım bağımlılığı düzeyi arttı ca tekrarlı hastane yatışları, günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması, fonksiyonel kapasitenin zayıflaması, çoklu ilaç kullanımı ve KOAH evresinin ilerlemesi gibi nedenlere bağlı olarak öz-etkililik düzeyinin azaldığını destekler sonuçları tespit etmiştir.

Literatürde KOAH tanılı geriatrik bireylerde bakım bağımlılığı ve öz-etkililik düzeylerinin birlikte değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmaması nedeniyle sonuçlar ile ilgili literatür karşılaştırması yapılamamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Öz-etkililik ve bakım bağımlılığı arasındaki ilişkiyi incelediğimiz araştırmamızda, KOAH'lı geriatrik hastalarda elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda bildirilmiştir.

- Hastaların BBÖ puan ortalamasını $41,29 \pm 14,09$ olduğu belirlenmiş olup orta düzeyde bağımlı oldukları belirlenmiştir.
- Hastaların KÖEÖ puan ortalamasının $2,96 \pm 0,614$ olduğu belirlenmiş olup orta düzeyde KOAH öz-etkililikleri oldukları belirlenmiştir. Alt boyutlara ilişkin ortalamalar sırası ile Olumsuz Etki için $2,96 \pm 0,770$; Duygusal Durum için $2,78 \pm 0,769$; Fiziksel Çaba için $1,5294 \pm 0,55839$; Hava Çevre Etkisi için $2,43 \pm 0,713$; Davranışsal Risk Faktörleri için $2,7059 \pm 0,71028$ olarak hesaplanmıştır.
- Çalışmamızda bakım bağımlılığı düzeyinin BKi, sigara kullanımı, KOAH evresi, KOAH hastalık süresi, başka kronik hastalıklar, Covid 19 geçirme, KOAH nedeni ile hastaneye yatma sıklığı, evde oksijen kullanımı, hastaların ilaç kullanma durumları, KOAH nedeni ile yardıma ihtiyaç duyma durumuna gibi faktörlere göre değişim gösterdiği belirlenmiştir.
- Çalışmamızda KOAH öz-etkililik düzeyinin yaş, BKi, medeni durum, sosyal güvence, sigara kullanımı, KOAH evresi, KOAH hastalık süresi, başka kronik hastalıklar, KOAH nedeniyle hastaneye yatma sıklığı, evde oksijen kullanımı, ilaç kullanma, KOAH nedeni ile yardıma ihtiyaç duyma, KOAH hastalığı nedeni ile eğitim alma gibi faktörlere göre değişim gösterdiği belirlenmiştir ($p < 0,05$).
- Bakım Bağımlılığı puanları ve KOAH Öz-Etkililik puanları arasında istatistiksel olarak orta düzey ve anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = -0,622$; $p = 0,000$).
- Bireylerin Bakım Bağımlılığı Ölçeği puanlarında meydana gelen bir puanlık bir artış KOAH ÖZ-Etkililik puanlarında $0, -0,027$ birim bir azalmaya neden olmaktadır ($\beta = -0,027$).
- Çalışmamızda KOAH tanılı geriatrik hastalarının bakım bağımlılığı düzeyi

arttıkça öz-etkililik düzeyi azaldığı saptanmıştır.

6.2. ÖNERİLER

Çalışma sonuçlarımıza göre aşağıda yer alan önerilerde bulunulmuştur.

- KOAH'lı hastalara bakım veren hemşireler tarafından hastaların bütüncül bakım yaklaşımı çerçevesinde değerlendirilmesi, hastaları değerlendirirken bakım bağımlılıklarını ve öz-etkililik düzeylerini değerlendirmeleri,
- Hasta ve yakınlarına bilgilendirme, danışmanlık eğitimleri ve ev ziyaretleri, tele sağlık hizmetleri gibi müdahale çalışmaları ile nitel çalışmalar yapılması,
- Hastaların bireysel bakım gereksinimlerinin belirlenip, bütüncül değerlendirerek multidisipliner ekip tarafından bakım ihtiyaçlarının giderilmesi,
- Hastaların sigara bırakmalarını sağlamak amacıyla davranış değişikliği eğitimleri ve bu değişikliklerin takibi, kilo kontrol takibi ve eğitimlerinin verilmesi,
- Hastaların bağımlılıklarını azaltmak ve öz-etkililiklerini arttırmak için pulmoner rehabilitasyon programları,
- Çalışma sonuçlarının geçerliliği ve güvenilirliğinin artırılması amacıyla, araştırmanın örneklem sayısı artırılıp daha büyük gruplarda uygulanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- [1] Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), (2023, 4 Mayıs). [Online]. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2022-49667>
- [2] A. Nalbant, *Yaşlanmanın Biyolojisi, Türk Fiz Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, c.52, ss.52, 2006.
- [3] DSÖ,(2023, 10 Haziran). [Online]. Erişim: <https://population.un.org/wpp/Graphs/Probabilistic/POP/65plus/900>”.
- [4] M. Özcan, B.B. Eröksüz. A. Sağır, & B. Doğu, “Geriatric Ekibiyle Yaşlının Bakım Planının Yapılması,” *Türkiye Klinikleri Geriatri*, pp.64-68, 2018.
- [5] T. Tchkonja & J.L. Kirkland, “Aging, Cell Senescence, and Chronic Disease: Emerging Therapeutic Strategies.” *Journal of the American Medical Association*, v. 320, p. 1319–1320, 2018.
- [6] NS. Gooneratne, NP. Patel, & A. Corcoran, “Chronic Obstructive Pulmonary Disease Diagnosis and Management in Older Adults,” *J Am Geriatr Soc*, v. 58, pp. 1153-62, 2010.
- [7] G. Sharma & J. Goodwin, “Effect of Aging on Respiratory System Physiology and Immunology.” *Clin Interv Aging*. v. 1, pp.253-260, 2006.
- [8] R.A. Incalzi, S. Scarlata, G. Pennazza, M. Santonici, & C. Pedone, “Chronic Obstructive Pulmonary Disease,” *European Journal of Internal Medicine*, v. 25, pp. 320-8, 2014.
- [9] Ç. Biber, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Fizyopatolojisi,” *Türkiye Klinikleri Pulmonary Medicine-Special Topics*, c. 3, sayı 1, ss.22-8, 2010.
- [10] D. Adeloye, P. Song, Y. Zhu, H. Campbell, A. Sheikh & I. Rudan, “Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modelling analysis,” *The Lancet Respiratory Medicine*, 2022.
- [11] GOLD Global Strategy for the Diagnosis, “Management and Prevention of COPD Report. 2020”, (2023, Mart 25) [online]. Erişim:<https://goldcopd.org/gold-reports/>
- [12] “World Health Organization, Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), (2023 Ekim, 20) [online]. Erişim:<https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory->

diseases#tab=tab_1”.

- [13] “World Health Organization, Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), (2023, Ekim 21) [online].Erişim:<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369695/9789290620044-eng.pdf?sequence=1>
- [14] S. Üner, & P. Oktay, *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllıkları* ss.33-50, 2021.
- [15] H.F. Kılıç, S. Cevheroğlu & S. Görgülü, “Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılık Düzeylerinin Belirlenmesi,” *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, c. 10, sayı 1, ss.22-8, 2017.
- [16] G. Türk & R. Üstün, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerin Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi,” *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, sayı.11, c.1, ss.19-25, 2018.
- [17] EA. Korhan, GH. Yönt, Y. Tokem, Ö. Karadağ, E. Sarioğlu & K. Yıldız, “Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Belirlenmesi,” *Journal of Nursology*, c. 16, sayı 4, ss.199-204, 2013.
- [18] G. Li, X. Wang & L. Liu. “The care dependency of patients after laparoscopic abdominal surgery and associated factors in China,” *Appl Nurs Res.* v. 38, p.95-98, 2017.
- [19] M. Muszalik & T. Kornatowski, “Functional Assessment of Geriatric Patients in Regard to Health-Related Quality of Life,” *Clin Interv Aging*, v. 19, p.61-67, 2014.
- [20] S. Taylor & E. Dorothea, “Orem: Self- Care Deficit Theory of Nursing, Alligood MR, editor In Nursing Theorists and Their Work,” *Mosby Inc*, pp.240-257, 2006.
- [21] K. Çevik K & E. İsmet, “Nöroşirurji Kliniğinde Yatan Hastaların Bağımlılık Düzeylerinin Hemşirelik Bakım Kalitesini Algılamalarına Etkisi,” *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, c.22 , Sayı 2, ss.76-83, 2014.
- [22] “H. Tel v& N. Güler, “Yaşlıların Evde Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Durumu ve Yaşam Kaliteleri,” *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, c. 13, sayı 2, ss. 59-67, 2011.
- [23] S.Ö. Yazıcı & I.I. Kalaycı, “Yaşlı Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi,” *Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*, c. 3, sayı 3, ss.385-390, 2015.
- [24] F.M. Brito, & M.G.M. Fernandes, “Nursing Care Dependency of The Hospitalized Elderly: a Cross Sectional Study,” *Online Braz J Nursing*, v. 15, p. 591-593, 2016
- [25] M. Kanervisto,E. Paavilainen & J. Heikkilä, “Family Dynamics in Families of Severe COPD Patients,” *Journal of Clinical Nursing*, v. 16, p.1498-505, 2007.

- [26] G. Türk & R. Üstün, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerin Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi,” *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, c. 11, sayı 1, ss.19-25, 2018.
- [27] D.J. Janssen, J.M. Schols, E.F. Wouters, & M.A. Spruit, “One-Year Stability Of Care Dependency In Patients With Advanced Chronic Organ Failure,” *Journal Of The American Medical Directors Association*, v. 15(2), p. 127-32, 2014.
- [28] EJ. Kissel, T. Dassen & C. Lohrmann, “The Clinical Utility of The Care Dependency Scale in Rehabilitation: Nurses’ Perception,” *J Res Nurs*, v.15 (6):pp.547-561, 2010.
- [29] H.A. Abedi, S. Salimi, A. Feizi, & S.S. Vaghasloo, “Assessment of Relationship Between Self-Efficacy and Self-Care in COPD Patients.” *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, v. 10(1), p. 68-74, 2012.
- [30] R. Garrod, J. Marshall & F. Ones, “Self Efficacy Measurement and Goal Attainment After Pulmonary Rehabilitation,” *International Journal of COPD*, v. 3(4), p. 791- 796, 2008.
- [31] M. Çakıcı & ZG. Metin, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Geriatrik Bireylerde Dispne, Bakım Bağımlılığı ve Kırılganlık Arasındaki Etkileşim,” *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, c.18, sayı 5, ss.45-56, 2020.
- [32] B.B. Özkaptan & S. Kapucu, “Koah’lı Bireylerde Öz-Etkililiğin Geliştirilmesinde Evde Bakımın Önemi,” *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2015
- [33] F. Hasson & F. Hasson, “I Can Not Get a Breath: Experiences of Living With advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease,” *International Journal of Palliative Nursing*, v. 14(11), p. 527- 531, 2008
- [34] H. Güçlü, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik Ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri,” Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bozok Üniversitesi, Yozgat, 2018.
- [35] BB. Özkaptan & S. Kapucu, “Home Nursing Care with the Self-Care Model Improves Self-Efficacy of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease,” *Japan Journal of Nursing Science*. v.13, pp.365–377, 2016.
- [36] H. Lee, “Predictors of Low Levels of Self-Efficacy Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in South Korea,” *Nursing and Health Sciences*, pp.78–83, 2014.
- [37] R. Aylaz, G. Güneş, & L. Karaoğlu, “Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Sosyal, Sağlık Durumları ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi,” *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, c. 12, sayı 3, ss.177-183, 2005.

- [38] P. Güner & Ç. Güler, “Yaşlıların Ev Güvenliği ve Denetim Listesi,” *Türk Geriatri Dergisi*, c. 5, sayı 4, ss.54-150, 2002.
- [39] E. Okur, R. Karaçal & C. Sarı, “Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Hastalık Algısı,” *Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, c. 3, sayı 1, ss. 45-52, 2013.
- [40] S. Valente, G. Pasciuto, R. Barabei & GM. Corbo, “Do We Need Different Treatments for Elderly COPD Patients,” *The Lancet Respiratory Medicine* v. 80, pp. 357-68. 2010.
- [41] D. Adeloye & P. Song, at all, “Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modelling analysis,” *The Lancet Respiratory Medicine*, 2022.
- [42] Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2023, 15 Mart). [Online]. Erişim:<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-73897/h/turkiye-khh-astim-KOAH-onleme-ve-kontrol-programi2009-.pdf>
- [43] Türk Toraks Derneği, (2023, 4 Mayıs). [Online]. Erişim: <https://toraks.org.tr/site/community/news/10329>
- [44] İ. Başyigit, “KOAH Patogenezi ve Fizyopatolojisi” *Türk Toraks Derneği Toraks Cerrahisi Bülteni*, c.1, sayı 2, ss.114-8, 2010.
- [45] G. Caramori, P. Casolari P, A. Barczyk, AL. Durham, A. Di Stefano & I. Adcock “COPD İmmunopathology,” *Seminars in immunopathology*, 2016.
- [46] JC. Hogg, F Chu, & S. Utokaparch, “The Nature of Small-Airway Obstruction in Chronic Obstructive Pulmonary Disease,” *The New England Journal of Medicine*. 2004.
- [47] Y. Wang, J. Xu & Y. Meng, “Role of inflammatory cells in airway remodeling in COPD” *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2018.
- [48] N. Ogan, E. Günay, E. Akpınar & E. Sayın “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Fenotiplerine Göre İnflamatuar Hücrelerin Değerlendirilmesi,” *Kocaeli Tıp Dergisi*, c. 9, sayı 1, ss.7-41, 2020.
- [49] J. Wright & A. Churg, “Advances in the pathology of COPD, J Histopathology” c. 49, sayı 1, 2006.
- [50] GA. Morello, R. Fernandez-Botran, P. Peyrani, T. Wiemken, A. Reyes, & U. Gauhar, “Role Of Cytokines In The Lung And Systemic Inflammation In Patients With COPD. C74 Advances In Translational COPD” *American Thoracic Society*, 2017.
- [51] Y. Wang, J. Xu, Y. Meng, IM. Adcock & X. Yao, “Role of inflammatory cells in airway remodeling in COPD,” *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2018
- [52] JC. Hogg & W. Timens “The Pathology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease,”

Annu Rev Pathol, sayı 4, ss.435-59, 2009.

- [53] AJA. McGuinness & E. Sapey. "Oxidative stress in COPD: sources, markers, and potential mechanisms." *Journal of clinical medicine*. c. 6, sayı 2, ss. 21, 2017.
- [54] K. Pandey, S. De & P. Mishra, "Role of Proteases in Chronic Obstructive Pulmonary Disease," *Frontiers in Pharmacology*, 2017.
- [55] S. Ulaşlı Sarınc & M. Ünlü, "KOAH'ın Ağırılık Sınıflamasında Yeni Konsept," *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, c. 1, sayı 1, ss.9-13, 2013.
- [56] AM. Albarrati, NS. Gale, MM. Munnery, JR Cockcroft, & DJ. Shale, "Daily physical activity and related risk factors in COPD," *BMC Pulmonary Medicine*, v. 20(1):pp. 1-8, 2020.
- [57] R. Rodriguez-Roisin, M. Drakulovic, DA. Rodriguez, J. Roca, J.A. Barbera & P.D. Wagner, "Ventilation-Perfusion İmbalance and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Staging Severity," *J Appl Physiol*, v. 106, pp.1902-1908, 2009.
- [58] BB. Brashier & R. Kodgule, "Risk Factors and Pathophysiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)," *Journal of The Association og Physicians of India*, 2012.
- [59] N. Mercado, K. Ito & PJ. Barnes, "Accelerated Ageing of the Lung in COPD: New Concepts," *J. Thorax*, v.70(5), pp.482-489, 2015.
- [60] W. MacNee, "Is Chronic Obstructive Pulmonary Disease an Accelerated Aging Disease," *Annals of the American Thoracic Society*. 2016.
- [61] S. Pehlivan & A. Karadakovan, "Yaşlı Bireylerde Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Tanılaması," *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, c. 2, sayı 3, ss.385-395, 2013
- [62] N. Schlecht, K. Schwartzman, & J. Bourbeau, "Dyspnea as Clinical İndicator in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease," *Chronic Respiratory Disease*, v.2, p. 183-191, 2005.
- [63] A. Anzueto & M. Miravittles, "Pathophysiology of Dyspnea in COPD," *Postgraduate Medicine*, v. 129, p. 366-74, 2017.
- [64] P.R. Burgel, P. Nesme-Meyer, P. Chanez, D. Caillaud, P.Carré & T. Perez, "Cough and Sputum Production are Associated with Frequent Exacerbations and Hospitalizations in COPD Subjects," *J. Chest*, v. 135, pp. 975-82, 2009.
- [65] T.A. Seemungal, G.C. Donaldson, A. Bhowmik, D.H. Jeffries, & J.A. Wedzicha, "Time Course and Recovery of Exacerbations in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease," *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 161, pp. 1608-13, 2000.

- [66] C. Tálamo, MM. de Oca, R. Halbert, R. Perez-Padilla, JRB Jardim & A. Muino, "Diagnostic Labeling of COPD in Five Latin American Cities," *Chest*. v. 131, pp. 60-7, 2007.
- [67] M.A. Spruit, J.H. Vercoulen M.A. Sprangers & E.F. Wouters, "Fatigue in COPD: an Important Yet Ignored Symptom," *The Lancet Respiratory Medicine*, v. 5, pp. 542-4, 2017.
- [68] J. Walker, "Enabling Good Nutritional Care for Patients with COPD," *Journal of Community Nursing*, v. 33, pp.61-4, 2019.
- [69] H. Elbi, "GOLD 2013 Rehberine Göre Aile Hekimliği Sisteminde KOAH'a Yaklaşım," *Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi*, c. 5, sayı 3, ss.108-113, 2014.
- [70] A. Kocabaş, S. Atış, L. Çöplü, E. Erdiñ, B. Ergen, A. Gürgün, N. Köktürk, M. Polatlı, E. Şen E & N. Yıldırım, "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu 2014." *Turkish Thoracic Journal*, c.15(2), ss. 1-11, 2014.
- [71] N. Köktürk, C. Saçkesen, Z.P. Önen, S. Özkan, C.N. Kocabaş, F.Ö. Erkeköl, "Türkiye kronik hava yolu hastalıkları önleme ve kontrol programı (gard Türkiye) birinci basamakta çalışan hekim eğitimi bilgi değerlendirme sonuçları," *Tuberk Toraks*, c.65, sayı 1, ss. 80-89, 2017.
- [72] İ. Takmak, "KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)"ta Akılcı İlaç Kullanımı ve Semptom Kontrolü Eğitiminin Öz Etkililik, Emosyonel Durum ve Klinik Parametrelere Etkisi," Doktora Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Pamukkale Üniversitesi Denizli, Türkiye, 2019.
- [73] Türk Toraks Derneği, "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Koruma, Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu," *Türk Toraks Dergisi*, c.5, sayı 3, ss.28-31, 2014.
- [74] S. Günay, M. Sariaydin & N.Y. Demirci, "KOAH Tedavisinde Yeni Bronkodilatörler ve Kombinasyonları," *Tuberk Toraks*, c.64(3), ss. 240-245, 2016.
- [75] G. Çelik, A. Kaya & A. Çiledağ, "KOAH'da Bronkodilatör Tedavi Ve Destek Tedavileri," *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, c.1, ss.124-34, 2010.
- [76] D. P. Tashkinc & C.B. Cooper, "The Role Of Long-acting Bronchodilators In The Management Of Stable COPD," *J. Chest*, v. 125(1), pp. 249-59, 2004.
- [77] A. Agusti & R. Faner, "Chronic Obstructive Pulmonary Disease Pathogenesis," *Clinics in Chest Medicin*. v. 41(3), p. 307-314, 2020.
- [78] P.A. Ford, A. L. Durham AL, R.E. Russell, F. Gordon, I. M. Adcock & P. J. Barnes, "Treatment Effects of low-Dose Theophylline Combined with an İnhaled Corticosteroid in COPD," *Chest*, v. 137(6), pp. 1338-44 ,2010.

- [79] E.G. Balbay, F. Aytekin, Ö. Balbay, AN. Annakkaya & P. Arbak, "Hiperkapnik Solunum Yetmezliği Gelişen Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Hastalarında Noninvaziv AVAPS (Average Volume Assured Pressure Support) Modu," *Konuralp Tıp Dergisi*, c. 10, sayı 1, ss.55-60, 2018.
- [80] P.K. Ekren & A. Gürgün, "KOAHA'da Pulmoner Rehabilitasyon: Kime, Ne Zaman, Nasıl," *Güncel Göğüs Hastalıkları Dergisi*, c. 1, sayı 1, ss.124-3, 2013.
- [81] F.İ. Yeşiler, D. Kosovalı, Ü.G. Şendur, A. Sutukoğlu, & M.K. Bayar, "Hiperkapnik Solunum Yetmezliği ve Yüksek Akım Nazal Oksijen Tedavisi," *Respiratory Case Reports*. c.8, sayı 1, 2019.
- [82] M. Morgan & J. Britton, "Chronic Obstructive Pulmonary Disease 8: Nonpharmacological Management Of COPD," *Thorax*, v. 58(5), p.453-457, 2003.
- [83] H. Tel & M. Şahbaz, "Evde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumu ile Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi," *Türk Geriatri Dergisi*, c. 9, sayı 2, ss. 85-93, 2006.
- [84] Ö. Bilgin, D. Özdemir, F. Saçkan & İ. Güney, "Nefroloji ve Onkoloji Kliniklerinde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Belirlenmesi," *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, c.1, sayı 2, ss.14-23, 2020.
- [85] E. Kavuran & N. Türkoğlu, "The Relationship Between Care Dependency Level and Satisfaction With Nursing Care of Neurological Patients in Turkey," *Internation Journal Of Caring Sciences*, v. 11(2), p.725-733, 2018.
- [86] F. Düzgün, D. Yılmaz, H. Kara & H. Durmaz "Bir Üniversite Hastanesinin Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi," *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, c. 11, sayı 4, ss.367-373, 2019.
- [87] A.O. Şahin, "Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi ile İlgili Bir Çalışma," Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye 2006.
- [88] S.Ö.Yazıcı & İ. Kalaycı, "Yaşlı Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi," *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*, c. 3, sayı3, ss.385-90, 2015.
- [89] F.Ö. Tuncay & T.K. Fertelli, "Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Bireylerde Bakım Bağımlılığı ve İlişkili Faktörler," *Kocaeli Tıp Dergisi*, c. 9, sayı 1, ss.32-40, 2020.
- [90] DD. Çeçen, "Roper, Logan ve Tierney'in Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeli Doğrultusunda 'Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu'nun geliştirilmesi ve Hemşirelik Bakımına Etkisinin İncelenmesi," Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye, 2011.

- [91] E. Özbudak & A. Oksay Şahin, “Hastanede Yatan Yaşlı Bireylerin 307 Bakım Bağımlılıkları, Hemşirelik Bakımı İle İlgili Değerlendirmeleri ve Bu Durumlar Arasındaki İlişki,” *İnönü Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, c. 9, sayı 1, ss.307-322, 2021.
- [92] F.A. Akça, *Mesleki Temel Kavramlar*, İstanbul, Türkiye: Nobel Tıp Kitabevleri, ss. 2-28, 2011.
- [93] L. Dinç, “Hemşirelik Hizmetlerinde Etik Yükümlülükler,” *Hacettepe Tıp Dergisi*, c. 40, ss.113-119, 2009.
- [94] S. Çivi & M.Z. Tanrikulu, “Yaşlılarda Bağımlılık ve Fiziksel Yetersizlik Düzeyleri ile Kronik Hastalıkların Prevalansını Saptamaya Yönelik Epidemiyolojik Çalışma,” *Turkish Journal of Geriatrics*, c.3, sayı 3, ss. 85-9, 2000.
- [95] F. Buckinx, Y. Rolland, J-Y Reginster, C. Ricour, J. Petermans & O. Bruyère, “Burden of Frailty in The Elderly Population: Perspectives For a Public Health Challenge,” *Archives of Public Health*. v. 73, pp.1-7, 2015.
- [96] S. Avas & F. Akçiçek, “Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme,” *Ege Tıp Dergisi*, c. 49, sayı 3, 2010.
- [97] Ç. Ayşe & N. Olgun, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı’nın Pulmoner Rehabilitasyon İle Yönetimi,” *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, c. 21 sayı 1, ss. 103-13, 2005.
- [98] P. Ergün, “Geriatrik Olgularda Pulmoner Rehabilitasyon ve Evde Bakım,” *Türkiye Klinikleri Göğüs Hastalıkları-Özel Konular*, c. 10, sayı 3, ss. 247-52, 2017.
- [99] “Ng J.Y. Yee, S.F. Tam, W.W. Yew & W.K. Lam, “Effects of Video Modeling on Self-Efficacy and Exercise Performance of COPD Patients,” *Social Behavior and Personality an International Journal*. v. 27(5), pp. 475-486, 1999.
- [100] S. Aksayan & S. Gözüm, “Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-Etkililik (Kendini Etkileme) Algısının Önemi,” *Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, c. 2, ss.35-42, 1998.
- [101] Ç. Yiğitbaş & A. Yetkin, “Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Öz-Etkililik-Yeterlik Düzeyinin Değerlendirilmesi,” *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, c.7, sayı 1, ss.6-13, 2003.
- [102] A. Bandura, “Self-Efficacy: Toward A Unifying Theory Of Behavioral Change,” *Psychological Review*. v. 84, pp. 191-215, 1977.
- [103] Y. Ceyhan & A. Ünsal, “Farklı kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması,” *Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi*

Elektronik Dergisi, c.11, sayı 4, ss.263-273, 2018.

- [104] C. H. Johnston-Brooks & M.A. Lewis, “Self-Efficacy İmpacts Self-Care and HbA1c in Young Adults With Type 1 Diabetes,” *Psychosomatic Medicine*, v. 64, p. 43-51, 2002
- [105] L.K. Wigal, T.L. Creer & H. Kotses, “The Copd Self-Efficacy Scale,” *Journal of Chest Surgery*, v. 99, p. 1193-1196, 1991.
- [106] M. Kara & A. Mirici, “Koah Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu’nun Geçerlilik ve Güvenirliği,” *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, c. 34, ss. 61-66, 2002.
- [107] B. Ağdemir, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Öz-Etkililik Ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki,” Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan Üniversitesi, Erzincan, Türkiye, 2017.
- [108] H. Kulakçı, T. Kuzlu Ayyıldız, O.N. Emiroğlu & E. Köroğlu, “Huzur Evinde Yaşayan Yaşlıların öz yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi,” *Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, c. 5 sayı 2, ss.53-64, 2012.
- [109] S. Sharoni & S. Wu, “Self-Efficacy And Self-Care Behaviour of Malaysian Patients With Type 2 Diabetes: A Cross Sectional Survey,” *Nursing and Health Sciences*, v. 14, p. 38-45, 2012.
- [110] S.G. Eroğlu, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Dispne Ve Yorgunluğun Öz Etkililik Düzeyine Etkisi,” Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye, 2023.
- [111] A. Aydemir, KOAH’ lı Hastalarda Beslenme, Yorgunluk Durumu ve Bakım Bağımlılığının Değerlendirilmesi,” Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, 2023
- [112] D. Yıldırım, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapabilme Durumları,” Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, 2011.
- [113] N. Cihangir, “Astımlı Adölesanlarda Uyum ve Öz-Bakım Modellerine Göre Geliştirilen Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi,” Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye, 2007.
- [114] G.H. Yönt , E.A. Korhan, L. Khorshid, İ. & Eşer, A. Dijkstra, “Bakım Bağımlılığı Ölçeğinin (Care Dependency Scale) Yaşlı Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi,” *Turkish Journal of Geriatrics*. c. 13, Özel Sayı, ss.71, 2010.
- [115] T.C. Sağlık Bakanlığı Beden Kitle Endeksi Hesaplama, (2023, 10 Haziran) [online], Erişim:<https://sbn.saglik.gov.tr/BKindeksi.aspx>

- [116] S. Taylan, S. Alan, & S. Kadioğlu, “Hemşirelik Roller ve Özerklik,” *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, ss. 66-74, 2012.
- [117] G. Öztunç & A. Karadağ, “Hemşirelik Bilim ve Sanatı. Hemşireliğin Doğası İçinde. Hemşirelik Esasları,” 2. Baskı, İstanbul, Türkiye: Akademi Basın ve Yayıncılık, 2013.
- [118] N. Kaya, K. Babadağ, *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*, İstanbul, Türkiye: Medikal Yayıncılık, 2008.
- [119] N. Duman, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin İnhaler İlaç Kullanımına Yönelik Öğrenim Gereksinimleri ve Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Belirlenmesi,” Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, Türkiye, 2020.
- [120] Ç.A. Akıncı & R. Pınar, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapma Sırasında Bağımlılık Durumları ve Etkileyen Faktörler,” *e-Journal of New World Sciences Academy*, c. 1, sayı 6, ss 9-18, 2011.
- [121] B. Ağdemir & P. Karakurt, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Öz-Etkililik ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki,” *2nd International Conference on Nursing*. pp.13, İstanbul, Turkey, 2018.
- [122] N. Kara, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Bakım Bağımlılığı,” Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2019.
- [123] F.D. Üçsular, A.K. Demir & G. Polat, “KOAHLı Olguların Sigara İçme Özellikleri,” *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, ss. 107-112, 2004.
- [124] E.J. Wagena, “The Efficacy of Smoking Cessation Strategies in People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Results from a Systematic Review,” *Respir Med.* v. 98 pp.805-815, 2004.
- [125] M. Bartal, “COPD and Tobacco Smoke,” *Monaldi Arch Chest*. 2005.
- [126] N. Kara, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Bakım Bağımlılığı,” Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2019.
- [127] E.Ç. Kütükcü, H. Arıkan, M. Sağlam, N.V. Yağlı, D.İ. İnce, & Ö. Çiğdem, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Çok Boyutlu Hastalık Şiddeti ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi,” *Journal Of Exercise Therapy And Rehabilitation*, 2015.
- [128] P. Fabricus, J.L. Marott , J. Vestbo, & P. Lange, “Prevalence of COPD in Copenhagen,” *Respiratory Medicine* v. 105, pp. 410-417, 2011.
- [129] R.Ç. Akyl & Z. Durna, *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAHL) ve Bakım*, 1. Baskı, Ankara, Türkiye: Nobel Tıp Kitabevleri, ss.75-93, 2012.

- [130] A.S. Jarab, SG. AlQudah, M. Khmour, M. Shamssain, &TL. Mukattash, “Impact of Pharmaceutical Care on Health Outcomes in Patients with COPD,” *International Journal of Clinical Pharmacy*, c. 34, sayı 1, ss.53–62, 2012
- [131] T. Göksel, G. Çok, H. Karakuş, A. Güzelant, & Ü. Bayındır, “Diabetes Mellitusun Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Ataklarının Seyri Üzerindeki Etkisi,” *Toraks Dergisi*, c. 3, sayı 1, ss. 26- 30, 2002.
- [132] C. Taşçı, D. Arık, E. Uçar, M. Özkan, E. Tozkoparan & H. Bilgiç, “Yatarak Tedavi Gören KOAH’lı Hastaların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi,” *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. c. 2, sayı 2, ss 4-6, 2011.
- [133] G. Aldan, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Dispne, Sağlık Durumu ve Yaşam Kalitesi İlişkisi,” Yüksek Lisans Tezi, iç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye, 2019.
- [134] B. Gallo Marin, G. Aghagoli, K. Lavine, L. Yang, & E.J. Siff, “Predictors of COVID-19 severity: A literature review,” *Rev Med Virol*, v. 31 (1), pp. 1-10, 2021.
- [135] J.M. Leung, M. Niikura, N. Yang, C. W. T. & D.D. Sin, “COVID-19 and COPD,” *Eur Respir J*. c.13, sayı 2, ss.45-72, 2020.
- [136] A. Erdal, “Yoğun Bakımdaki Covid-19 Tanısı İle Yatan Hasta Semptomları, Bakım Bağımlılığı Ve Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi,” Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep, Türkiye, 2021.
- [137] E. Kaya, S. Özbek, A. Tekin, S. Ergin & A. Yaman, “KOAH’lı Yaşlı Hastalarda Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi,” *Turkish Journal Of Geriatrics*. c. 13. sayı 2, ss.111-116, 2010.
- [138] U. Demirel, “KOAH ’lı Hastalarda Fonksiyonel Performans Ve Öz-Bakım Gücünün Belirlenmesi,” Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, 2014.
- [139] H. Tel, Z. Bilgiç & Z. Zorlu, “KOAH Hastalarında Dispne ve Yorgunluğun Değerlendirilmesi. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Güncel Kavramlar ve Uygulama,” *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, ss. 257-272, 2012.
- [140] C.K.Yılmaz, G. D. Aşiret, F. Çetinkaya & S. Kapucu, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Yorgunluğun Günlük Ve Enstrümental Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi,” *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, c.20, sayı 2, ss.114-121,2017.
- [141] R. Andenaes, SB. Bentsen, K. Hvinden, MS. Fagermoen & A. Lerdal, “The Relationships of Self-Efficacy, Physical Activity and Paid Work to Health-Related Quality of Life Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD),” *Journal of*

Multidisciplinary Healthcare. pp. 239–247, 2014.

- [142] H.Y. Song & K.A. Nam, “Psychometric Properties of the Korean Version of the Pulmonary Rehabilitation Adapted Index of Self-Efficacy (PRAISE) for individuals with COPD,” *International Journal of COPD*. pp. 2611–2620, 2017.
- [143] H.K. Softa, H. Uçukoğlu, G.U. Karaahmetoğlu & D. Esen, “Yaşlılarda Ölüm Kaygısı Düzeyini Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi,” *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2011
- [144] Ü. Polat & B.B. Kahraman, “Yaşlı Bireylerin Sağlıklı yaşam Biçimi Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki,” *Fırat Tıp Dergisi*, c.18, sayı 4, ss.213-218, 2018.
- [145] M. Kızılkaya & N. Koştu, “Yaşlılıkta Ölüm Kavramı ve Hemşirelik Yaklaşımı,” *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, c. 9, sayı 4, ss.29-33, 2006.
- [146] K.Ç.Gurlaş, “Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Yeterlilik ve Sosyal Destek Düzeyleri,” Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erciyes Üniversitesi, Kayseri, Türkiye, 2016
- [147] M. Mollaoğlu & E. Bağ, “Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz-Yeterlilik ve Etkileyen Faktörler,” *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, c. 72, ss.37-42, 2009.
- [148] M. DePalma, L. Trahan, J. Eliza & A. Wagner, “The Relationship Between Diabetes Self-Efficacy and Diabetes Self-Care in American Indians and Alaska Natives,” *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*. v. 22, pp.1-23, 2015.
- [149] Y.T. Yanık & Ö. Erol, “Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi,” *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, c. 19, sayı 3, ss.166-174, 2016.
- [150] G. Acar, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Öz-etkililik Ve İlaç Kullanmaya İlişkin Sağlık İnançlarının Psikososyal Uyum Üzerine Etkisi,” Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, Türkiye, 2021
- [151] S. Kar, “KOAH’lı Hastalarda Öz-Etkililiğin, Bakım Verenlerin Yükü ile İlişkisi,” Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Haliç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2018.
- [152] Y. Koçak, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve Öz-etkililikle İlişkisi,” Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye, 2021

- [153] R. P. Benzo, B. Abascal-Bolado & M.M. Dulohery, “Self-management and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): The mediating effects of positive affect,” *Patient Educ Couns.*, v. 99(4), pp. 617-623, 2016.
- [154] D. Efe & S. Kocaöz, “Adherence to Diet and Fluid Restriction of Individuals on Hemodialysis Treatment and Affecting Factors in Turkey,” *Japan Journal of Nursing Science*, v.12, pp.113-123, 2015.
- [155] G. Muz & R. Eğlence, “Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü Ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi,” *Bahkesir Sağlık Bil Derg.*, c.2, sayı 1, ss.25-32, 2013.
- [156] S.K. Park, “Factors Affecting Self-Care Behavior in Koreans with COPD,” *Applied Nursing Research*. 2017.
- [157] M. Mollaoğlu, *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, İstanbul, Türkiye: Nobel Tıp Kitabevleri, ss.51-65, 2012.
- [158] M.K. Kaşıkçı & J. Alberto, “Perceived Self-Efficacy And Self-Care Behavior Of Turkish Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease,” *Journal of Clinical Nursing*, v. 23, p.1498- 1505, 2007.
- [159] J. Xiaolian, “Family Support and Self-Care Behavior of Chinese Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients,” *Nursing Health Sciences*, v. 4, p. 41-49, March 2002.
- [160] B. Bal Özkaptan, “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Öz-bakım Modeline Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Öz-Etkililik Üzerine Etkisi,” Doktora Tezi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye, 2013.

8. EKLER

8.1. EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU

Hasta No:

A) Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu

1.Yaş:.....

2. Cinsiyet: () Kadın () Erkek

3. Boy:..... **Kilo:**..... **Beden Kitle İndeksi:**.....

4. Eğitim durumu: () Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlköğretim () Lise () Üniversite ve üzeri

5. Medeni durumunuz: () Evli () Bekar

6. Çalışma durumunuz: () Hayır ()Evet

7. Gelir durumunuz: () Gelir=Gider ()Gelir>Gider ()Gider>Gelir

8. Sosyal güvenceniz: () Var () Yok

9. Birlikte yaşadığınız bireyler: () Yalnız () Aile bireyleri ile () Kurumda kalıyor () Diğer (Açıklayınız.....)

10. Sigara kullanım durumunuz:

	Süresi	Günlük tüketim miktarı
a) Halen içiyorum		
b) İçtim bıraktım		
c) Hiç içmedim		

B-Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikler

11. KOAH evresi: () 1.Evre () 2.Evre () 3.Evre () 4.Evre

12. KOAH tanısı alma süresi:ay/yıl

13. Mevcut hastalık dışında başka bir kronik hastalık varlığı:

() Evet (belirtiniz)..... () Hayır

14. COVID-19 hastalığı geçirme durumu: Evet () Hayır ()

15. Hastaneye KOAH nedeni ile yatma sıklığınız: () - Hiç () 1 defa () 2 defa () 3 ve daha fazla

16. Son bir yılda KOAH'a bağlı sıkıntılarınızla (alevlenme) acil servise gelme durumunuz: () Evet (Kaç Kez:.....) () Hayır

17. Şu an evde oksijen kullanım durumunuz : () Evet () Hayır () Daha önceden kullanıyordum

18. Evde oksijen kullanıyor iseniz dozu, günlük kullanım süresi ve ne zamandır kullandığınız?doz/.....günlük kullanım süresi/.....toplam kullanım süresi

19. Kullandığınız ilaç grubu: (Birden fazla ilaç grubu işaretleyebilirsiniz)

İlaç grubu	İlaç adı	Veriliş dozu	Sıklığı	Kullandığı süre
Bronkodilatatör				
Mukolitik/Ekspektoran				
İnhaler/nebül				
Steroid				
Diğer				
Diğer				

20. KOAH'tan dolayı başka birinin yardımına gereksinim duyma durumunuz: ()

Evet () Hayır () Kısmen

21. Hastalık konusunda eğitim alma durumu () Evet () Hayır

22. Hastalığınız konusunda eğitimi veren kişi: () Hemşire () Hekim () Diğer
(.....)

C-Yaşanılan Eve İlişkin Özellikler:

23. Oturduğunuz ev tipi: () Apartman dairesi () Müstakil Tek katlı () Diğer:.....

24. Isınmak için ne kullanıyorsunuz? () Soba () Kalorifer

25. Evde sigara içen var mı? () Evet () Hayır

8.2. 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 ve daha önce öğrendiği bilgi/becerileri hatırlamada					

8.3. EK 3: KOAH ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

*şu durumda solunum güçlüğünü yönetme veya sakınmaya ilişkin ne kadar yeterlisiniz	Çok Yeterliyim (5)	Oldukça Yeterliyim (4)	Biraz Yeterliyim (3)	Çok az yeterliyim (2)	Yetersizim (1)
Olumsuz Etki					
Solunum güçlüğü çektiğimi inkar ettiğimde					
Cinsel iktidarsızlık hissettiğimde					
Hayal kırıklığına uğradığımda					
Yatağa yattığımda					
Çaresiz olduğumda					
Alkol aldığımda					
Herkesten ve her şeyden uzaklaştığımda					
Endişeli olduğumda					
Bitkin düştüğümde ya da bunaldığımda					
Değerli bir eşyayı ya da birini kaybettiğimde					
Evde bir sorun olduğunda					
Yetersiz hissettiğimde					
TOPLAM:					
Duygusal Durum					
Çok yorgun olduğumda					
Üzüldüğümde					
Kızdığım					
Yaşamım konusunda endişelendiğimde					
Biri benden uzaklaştığında					
Bağırdığımda ya da çılgılık attığımda					
Çok fazla güldüğümde					
Korktuğumda					
TOPLAM:					
Fiziksel Çaba					
Merdivenleri çok hızlı çıktığımda					
Egzersiz yaptığımda ya da kendimi bedenen zorladığımda					
Ağır bir şey kaldırdığımda					
Havasız bir odada hareket yaptığımda					
Acele ettiğimde ya da telaşlandığımda					
TOPLAM:					
Hava/Çevre Etkisi					
Hava nemli olduğunda					
Ilık bir ortamdan soğuk bir ortama geçtiğimde					
Sigara içilen ortamlarda bulunduğumda					
Çok sıcak ve çok soğuk bir ortamda bulunduğumda					
Enfeksiyon/bulaşıcı bir hastalığım olduğunda (boğaz enfeksiyonu, sinüzit, soğuk algınlığı, nezle vb)					
Kirli hava					
TOPLAM:					
Davranışsal Risk Faktörleri					
Perhize uymadığımda					
Fazla yemek yediğimde					
Normal soluk alıp veremediğimde					
TOPLAM:					
GENEL TOPLAM:					

8.4. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

8.4.1. EK 4: Bakım Bağımlılığı Ölçeği Kullanım İzni

Ölçek kullanım izni

Gelen Kutusu x

25 May Per 10:01

☆

Zeynep Kaplan

Sayın Hocam,ben Zeynep Kaplan, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans öğrencisiyim. Danışmanım Ezgi Mutluay

25 May Per 14:42

☆

GÜLENDAM HAKVERDİOĞLU YÖNT

Merhaba Zeynep, Ölçeği tezinde kullanabilirsin. Ek'te ölçekle ilgili gerekli bilgileri gönderiyorum. Sevgiler Doç.Dr.Gülendam HAKVERDİOĞLU YÖNT

8.4.2. EK 5: KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Kullanım İzni

Ölçek kullanım izni

Gelen Kutusu x

20 Mar Pzt 16:52

☆

Zeynep Kaplan

Sayın Arzu MiriciBen Zeynep Kaplan, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans öğrencisiyim. Danışmanım Ezgi Mut

22 Mar Çar 22:20

☆

😊

←

⋮

Dr.Arzu Mirici

Alici: ben

Elbette seve seve... başarılar dilerim

20 Mar 2023 Pzt 16:52 tarihinde Zeynep Kaplan > şunu yazdı:

...

Yanıtla

Yönlendir

😊

8.5. EK 6: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Geriatrik Bireylerde Bakım Bağımlılığı ile Öz-Etkililik Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi’dir. Bu araştırma, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde bakım bağımlılığı ve öz etkililik arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Yaşlı Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde bakım bağımlılığı düzeyinin öz-etkililiği etkilediği düşünülmektedir. Çalışma için sizden, araştırmacı tarafından yüz yüze doldurulacak ‘‘Kişisel ve Tıbbi Özellikler Bilgi Formu’’, Bakım Bağımlılığı Ölçeği’ne ve KOAH Öz Etkililik Ölçeği’ne eksiksiz cevap vermeniz beklenmektedir. Bu çalışmada öngörülen süre 20-25 dakikadır. Sorulara vereceğiniz yanıtların içtenlikle olması cevapların geçerliliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle yanıtsız soru bırakmamanızı ve gerçeği yansıtan yanıtlar vermenizi rica ederiz. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve rahatsızlık söz konusu değildir. Bu çalışma tamamen bilimsel amaçlı yapılmıştır. Elde edilen veriler başka hiçbir alanda kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmadan istediğiniz zaman ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma konusuyla sizi ilgilendirebilecek ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler/gelişmeler olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, ya da diğer rahatsızlıklarınız için her zaman Hemşire Zeynep KAPLAN’a başvurabilirsiniz. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu çalışmada ver almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada ver almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi çalışmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz. Bu formu okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız. İmzalı bu formun bir kopyası size verilecektir. Katkılarınız için teşekkürler ederiz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce bana verilmesi gereken tüm bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana, aşağıda adı belirtilen araştırmacı hemşire tarafından yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak çalışmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, bana bu araştırma kapsamında yapılacak olan tedavi ve/veya uygulamalar ile şahsıma ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı altında olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Zeynep KAPLAN Görevi: Hemşire Adresi Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:

8.6. EK 7: GİRİŞİMSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARI

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Geriatrik Bireylerde Bakım Bağımlılığı ve Öz Etkililik Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi						
TITLE OF STUDY	Determination of the Relationship Between Self Efficiency and care Dependence in Geriatric Individuals with Chronic Obstructive Lung Disease						

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Açıklama			
	SİĞORTA	☐					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐					
	İLAN	☐					
	YILLIK BİLDİRİM	☐					
	SONUÇ RAPORU	☐					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐					
	DİĞER:						

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2022/160 Tarih: 17.10.2022 Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkez/lerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						
-----------------	---	--	--	--	--	--	--

GİRİŞİMSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. İsmail MALKOÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	
Prof.Dr. Ender GÜÇLÜ	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Mehmet ARICAN	Ortopedi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç.Dr. Atilla ÖNMEZ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr. Öğr. Üyesi Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Dr. Öğr.Üyesi Şükrüye ÖZDE	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr. Öğr.Üyesi Mehmet Ali SUNGUR	Biyostatistik ve Tıbbi Bilişim	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr. Öğr.Üyesi Ersin BEYAZÇİÇEK	Fizyoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr. Öğr.Üyesi Abdullah BELADA	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Öğr. Gör. Şerife YILMAZ	Hemşirelik Tarihi ve Etik	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varoller Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: _____ ALKOÇ
İmza: _____

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Geriatrik Bireylerde Bakım Bağımlılığı ve Öz Etkililik Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi
TITLE OF STUDY	Determination of the Relationship Between Self Efficiency and care Dependence in Geriatric Individuals with Chronic Obstructive Lung Disease

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Ezgi MUTLUAY YAYLA			
YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Hm. Zeynep KAPLAN			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
DESTEKLEYİCİ				
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☐		
	Diğer ise belirtiniz ****			
	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı
İmza

İmzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

8.7. EK 8: DÜZCE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ KURUM İZİNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 29.06.2022-182887

 T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi 

Sayı : E-69898333-903.99-182887
Konu : Araştırma İzni Hk.

GÜNLÜDÜR
29.06.2022

Sayın Zeynep KAPLAN

İlgi : 27.06.2022 tarihli ve E-Bila-307.99-182114 sayılı yazı

İlgi dilekçeniz ile, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dahiliye Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi olarak, tarafımızca yürütülmekte olan "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Yorgunluk ve Öz Etkililik Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu çalışmanız kapsamında Eylül 2022- Aralık 2023 tarihleri arasında Hastanemizde uygulama yapılabilmesi için gerekli izinlerin verilmesini talep etmekteyiz.

Söz konusu anket çalışması talebiniz üçüncü şahıslar ile paylaşılması şartı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Öner Abidin BALBAY
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürü (Başhekim)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSCLLR253T* Pın Kodu :29062 Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd7eK-5433&eD=BSCLLR253T&eS=182887>

A
T
e-
K

Bilgi için: Zeynep Metin (Zeynep Koç Vekaletiyile)
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni V.



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

8.8. EK 9: DÜZCE ATATÜRK DEVLET HASTANESİ KURUM İZİNİ



T.C.
Sağlık Bakanlığı
Düzce Atatürk Devlet Hastanesi

DÜZCE ATATÜRK DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ
DÜZCE ATATÜRK DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ
07/07/2022 16:21 - E-58230125 - 929 - 10777



00169330781

Sayı : E-58230125-929
Konu : Araştırma İzni Hk. (Zeynep KAPLAN)

Sayın; Zeynep KAPLAN

İlgi : 05/07/2022 tarihli dilekçeniz.

İlgi sayılı dilekçenizde "Kronik Akciğer Hastalığı Olan Geriatrik Bireylerde Öz Etkililik ve Bakım Bağımlılığı Arasındaki İlişki" başlıklı bir çalışma yapmayı planladığınız anlaşılmıştır. Söz konusu çalışmanızı kurumumuzda yürütmeniz Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Op. Dr. Volkan TEMİ
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: 5db9d703-f24b-410f-b816-6c5fc1907fac Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bilgi için: Onur MAÇKA
Veri Giriş Personeli



8.9. EK 10: DÜZCE VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZNİ



T.C.
DÜZCE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

DÜZCE İHTİŞAK BAŞKAN YARDIMCISI I
DÜZCE ÖZEL EKİP İHTİŞAK
13.06.2023 13:32:20 E-İHTİŞAK-2023-217668503
217668503

Sayı : E-61518654-799-217668503
Konu : Araştırma İzni

13.06.2023

VALİLİK MAKAMINA

Sağlık Bakanlığı Sağlık Alanında Yapılacak olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu gereğince; Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümü öğrencisi Zeynep KAPLAN'ın 05.06.2023 tarihli ve 217151138 barkot sayılı başvurusunda yapılmak istenen; **"Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Geriatrik Bireylerde Bakım Bağımlılığı ve Öz Etkililik Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi"** konu başlıklı bilimsel araştırma çalışmalarının Temmuz 2023-Aralık 2023 tarihleri arasında Düzce Atatürk Devlet Hastanesi Başhekimliği'nde yapmasına yönelik Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzni Talepleri Değerlendirme Kriterleri çerçevesinde izin verilmesini olurlarınıza arz ederim.

Dr. Yasin YILMAZ
İl Sağlık Müdürü

OLUR
Haluk ÇAKMAK
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek: doc00704320230612085733.pdf

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 77DDAE6A-A8A5-47D5-9E6E-11B2D1558635
Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bilgi için: HAMİYET ÇAĞLAR
Ebc



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Zeynep KAPLAN

Yabancı Dili : İngilizce

ÖĞRENİM DURUMU

Derece	Alan	Okul/Üniversite	Mezuniyet Yılı
Y. Lisans	İç Hastalıkları Hemşireliği	Düzce Üniversitesi	2024
Lisans	Hemşirelik	Sakarya Üniversitesi	2020
Lise		Düzce Arsal Anadolu Lisesi	2016