

T.C.
DOKUZEYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

99503

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI
OLAN HASTALARIN YAŞAM KALİTELERİNİN
İNCELENMESİ**

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

HAZIRLAYAN

Kamer ATAGÖZ

99503

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

TEZ DANIŞMANI

Doç.Dr. Günsel BAŞER

99503

İZMİR-1998

“Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi” isimli
bu tez 07.01.1999 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.



Jüri Başkanı
Doç.Dr.Günsel BAŞER



Jüri Üyesi
Prof.Dr.Zühal BAHAR



Jüri Üyesi
Dr.Sevgi KIZILCI

ÖNSÖZ

Araştırmanımı yürütülmesi sırasında değerli katkıları olan danışmanım Doç. Dr. Günşel Başer'e Zonguldak Sosyal Sigortalar Göğüs ve Meslek Hastalıkları Hastanesi çalışanlarına, her konuda maddi ve manevi yardımlarını esirgemeyen aileme, çalışmamı başarı ile tamamlamak için destek olan Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürü Yrd. Doç. Ayşe Ocakcı ve tüm arkadaşlarıma, Bilgisayar Mühendisi Numan Gür ile yazılıma katkıları bulunan Güray Bilgisayar'a ve çalışmaya katılan hastalara teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ

TABLO DİZİNİ

ÖZET

BÖLÜM I

GİRİŞ

- | | |
|---------------------------------|----|
| 1. 1. Problemin Tanımı ve Önemi | 8 |
| 1. 2. Araştırmanın Amacı | 11 |

BÖLÜM II GENEL BİLGİLER

- | | |
|--|----|
| 2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı | 12 |
| 2. 1. 2. Kronik Bronşit | 13 |
| 2. 1. 3. Amfizem | 14 |
| 2. 1. 4. KOAH'ın Etiyolojisinde Rol Oynayan Etmenler | 16 |
| 2. 1. 5. Kronik Bronşitin ve Amfizemin Mix Tipi | 18 |
| 2. 1. 6. KOAH'da Fizik Muayene Bulguları | 19 |
| 2. 1. 7. Tedavi | 20 |
| 2. 2. Yaşam Kalitesi | 21 |
| 2. 3. KOAH Hastalarının Yaşam Kalitesi Ölçümünde Kullanılan Ölçek Ve Soru Formları | 26 |
| 2. 4. Hemşirelik Bakımı | 29 |

BÖLÜM III ARAÇ VE YÖNTEM

- | | |
|---|----|
| 3. 1. Araştırmanın Şekli | 34 |
| 3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri | 34 |
| 3. 3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi | 34 |
| 3. 4. Örneklemenin Özellikleri | 34 |
| 3. 5. Verilerin Toplanması | 35 |
| 3. 6. Veri Toplama Araçlarının Özellikleri | 35 |
| 3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları | 37 |
| 3. 8. Verilerin Değerlendirilmesi | 37 |

BÖLÜM IV

BULGULAR

- | | |
|--|----|
| 4.1. Araştırma Örneklemine Alınan Hastalara İlişkin Bulgular | 39 |
| 4.2. KOAH'lı Hastaların Hastalıklarına İlişkin Bulgular | 40 |

BÖLÜM V

TARTIŞMA

- | | |
|---|----|
| 5.1. KOAH'lı Hastaların Tanıtıcı Özellikleri | 50 |
| 5.2 KOAH'lı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalite Puanları | 50 |
| 5.3 KOAH'lı Hastalık Özelliklerine Göre Yaşam Kalite Puanları | 53 |
| 5.4 KOAH'lı Hastaların Yaşam Kalitesinin Alt Boyutlarıyla Toplam Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki | 54 |

BÖLÜM VI SONUÇ VE ÖNERİLER

6. 1. Sonuçlar	56
6. 2. Öneriler	58

KAYNAKLAR

EK-1 HASTA TANITIM FORMU

EK-2 SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ



TABLO DİZİNİ

TABLO 1 Araştırmanın Örneklemine Alınan Hastalara İlişkin Bulgular	39
TABLO 2 KOAH'lı Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri	40
TABLO 3 Bireylerin Yaşlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları	41
TABLO 4 Bireylerin Cinsiyetine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları	42
TABLO 5 Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları	42
TABLO 6 Bireylerin Mesleklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları	43
TABLO 7 Bireylerin Çalışma Yıllarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları	43
TABLO 8 Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları	44
TABLO 9 Bireylerin Hastalığa Sahip Oluş Yıllarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları	44
TABLO 10 Bireylerin Hastaneye Yatış Sayısına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları	45
TABLO 11 KOAH'lı Hastaların Yaşam Kalitesinin Alt Boyutları İle Toplam Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki	47

SUMMARY

This research was applied as a definer in order to determine the quality of life of the patients with Chronic Obstructive Pulmonary Diseases lying in Social Insurance Professional Thoracic Illnesses Hospital and the relationship between the quality of life and socio-demographic varieties and the varieties depend on the illness. 60 patients with Chronic Obstructive Pulmonary Diseases who had suitable peculiarity and who lied in the hospital in January and February were taken as samples.

Two form were used to collect the data. The fist form was prepared by the researcher examining the literature concerned with the subject. This form consisted of the socio-demographic characteristic of the inviduals and the variations depend on the illness. The second form is the quality of life scale called SF-36 which was developed and adapted to our county by Pınar to measure the quality of life.

While the depended variety of the research is the point obtained from the life scale, the independent varieties are socio-demographic peculiarity and varieties connected with the illness. The Variant analyses, Tukey's B test, t-test and correlation analyses were used to appraise the data obtained .

According to the research resulths, 57 (%95) people out of 60 who took part in the research got 50 or less than 50 points from the quality of life scale, 3 people (%5) got point between 51-70. The highest point to obtained in the quality of life scale is 100. According to this, the quality of life points of the patients with Chronic Obstructive Pulmonary Diseases were very low.

It was determined that age dose not have an effect on the functional condition, the state of goodness, the general health and the total quality of life where as only sex has formed difference in the points of the state of goodness but not in the other three sections.

The education state of the patiens, the length of working year and martial status did not affect their quality points.

Althought when the patients' quality of life points were examined according to their occupations, not a meaningful difference could be found statistically between the functional condidions, the general health and the total quality of life, a meaningful difference was found in the state of goodness. According to the result of Tukey's B test made to find out which group caused this difference, it was determined that there was a meaningful difference between the retired and farmers.

According to the result of the research, it is understood that the more the number of the patients to be lying in hospital and the longer period of the illness, the lower their quality of life points are.

According to results of correlation analyses made to determine the relationship between the lower dimension of the quality of life of the patients with Chronic Obstructive Pulmonary Diseases and the total quality of life points, a positive and statistically meaningful relation was found between the functional condition, the state of goodness, the general health and the total quality of life of the individuals.

Depending on the results of the research, some suggestions were given to the nurses with the aim of helping to rise the quality of the patient and their families.



ÖZET

Bu Çalışma; Zonguldak il sınırları içinde bulunan Sosyal Sigortalar Göğüs ve Meslek hastalıkları hastanesine yatan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan hastaların yaşam kalitelerini belirlemek, yaşam kalitesi ile sosyodemografik değişkenler ve hastalık ile ilgili değişkenler arasındaki ilişkileri araştırmak amacı ile tanımlayıcı olarak uygulanmıştır. Ocak ve Mart ayları arasında hastaneye yatan, örneklemin özelliklerine uygun olan 60 KOAH'lı hasta örnekleme alınmıştır.

Verilerin toplanmasında iki form kullanılmıştır. Birinci form; araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanmıştır. Bu form bireylerin sosyodemografik özelliklerini ve hastalık ile ilgili değişkenleri içermektedir. İkinci form; yaşam kalitesini ölçmek üzere geliştirilen ve Pınar(16) tarafından ülkemize uyarlanan SF-36 adlı yaşam kalitesi ölçeğidir (Short form health survey-36).

Araştırmanın bağımlı değişkeni yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen puan, bağımsız değişkenleri ise sosyo demografik özellikler ve hastalık ile ilgili değişkenlerdir. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, varyans analizi, Tukeys B testi, t- testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma sonuçlarında, çalışmamıza katılan 60 kişiden 57'si (%95) yaşam kalitesi ölçeğinden 50 puan ve altında, 3 kişi (%5) 51-70 puan arasında almıştır. Yaşam kalitesi ölçeğinde alınabilecek en üst puan 100 puandır. Buna göre KOAH'lı hastaların yaşam kalite puanları oldukça düşüktür.

Yaşın fonksiyonel durum, iyilik hali, genel sağlık ve toplam yaşam kalitesi puanı üzerinde etkili olmadığı, cinsiyetin ise yaşam kalitesi puanları arasında sadece iyilik hali bölümünde anlamlı fark oluşturduğu, diğer üç bölümde fark oluşturmadığı saptanmıştır.

Hastaların eğitim durumunun, çalışma yıllarının, medeni durumlarının, bireylerin toplam yaşam kalitesi puanını etkilemediği belirlenmiştir.

Hastaların mesleklerine göre yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında fonksiyonel durum, genel sağlık ve toplam yaşam kalitesi alanında, meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamazken, iyilik hali alanında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu farkın hangi gruptan geldiğini anlamak amacıyla yapılan Tukey's B testi sonucunda emekli grup ile çiftçiler arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Araştırma sonucuna göre hastaların hastaneye yatış sayıları ve hastalık süresi arttıkça yaşam kalite puanlarının azaldığı görülmektedir.

KOAH'lı hastaların yaşam kalitesinin alt boyutları ile toplam yaşam kalite

puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucuna göre fonksiyonel durum, iyilik hali, genel sağlık anlayışı ile bireylerin toplam yaşam kalitelesi puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Araştırma sonuçları doğrultusunda hasta ve ailesinin yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla hemşirelere önerilerde bulunulmuştur.



BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde teknolojik gelişmeler ve doğuştan beklenen yaşam süresindeki artış bağlamında kronik hastalıklı bireylerin nüfusu giderek artmaktadır. Kronik hastalıklar sanayileşmiş ülkeler başta olmak üzere dünya genelinde önemli bir sağlık sorunu olmak konumuna gelmiştir.

Kronik hastalıklar, uzun süren, geri dönüşsüz, ilerleyici ve hatta ölümcül olabilme özelliği nedeni ile hasta birey ve ailesi için bir kriz durumudur. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), kronik hastalıkların bu özellikleri yanı sıra yaşlılık, bağımlılık güçsüzlük gibi yönleriyle ön plana çıkmaktadır(24,48,49,26).

KOAH, kronik bronşit, amfizem ve daha az sıklıkla bronşektazi ve bronşiyel astım gibi bir grup solunum sistemi hastalığını tanımlar(12). Temel sorun solunum güçlüğüdür. Zararlı etken maddeler kronik bronşitte, bronşlarda kalınlaşmaya ve sekresyon artışına, amfizemde alveol duvarlarının zedenlenmesine neden olur. Dokulardaki bu patolojik değişimler sonucu akciğerlere giden hava akımı ve gaz değişimi engellenir. Geri dönüşsüz ilerleyici olan bu durumda ölüm, solunum asidozu, koma, ağır akciğer kollapsı ve sağ kalp yetmezliğinden olur(12,7,53,51).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ölüm nedenleri arasında kanser ve kardiyovasküler hastalıklardan sonra KOAH üçüncü sırada gelmektedir (49). Türkiye'de de kesin sayı bilinmemekle birlikte KOAH akciğer hastalıkları içinde en sık görülen ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığında, 1992'de KOAH'dan ölüm oranının yüz binde 18,6 olduğu belirtilmektedir(52,37,13).

KOAH'a, sigara içen, kömür madeni ocağında çalışan, endüstriyel gazlar vb. zararlı etmenlerle uzun süre karşı karşıya kalan bireylerde daha sık rastlanmaktadır. Bu nedenle KOAH ileri yaşlarda ve erkeklerde daha fazla görülmektedir. İstatistiklere bakıldığında, KOAH hastalarının %15'inden fazlasını, KOAH'dan ölümlerin %95'inden fazlasını 55 yaş üzeri bireyler oluşturmaktadır ve erkeklerde kadınlara göre

%10-25 kadar fazla görülmektedir (17,18,6,11,25,38, 51).

KOAH'lı birey için kanserde olduğunun aksine belirli bir yaşam süresinden söz etmek güçtür. KOAH'lı bireyin solunum yapabilme yeteneği aynı zamanda onun yaşam süresinin ve yaşam kalitesinin belirleyicisidir. Yaşlılık, etken madde ile karşı karşıya kalmayı sürdürme, ilaçlara yanıtın az olması, ağır hipoksemi, alveollerde rezidüel volumün azalması ,FEV1<%50'nin altına düşmesi(Birinci saniyedeki zorlu ekspretuar volum), korpulmonale gelişmesi yaşam süresini kısaltan, niteliğini azaltan durumlardır (53,7,48,51,11,17,26).

Bununla birlikte erken tanı ve tedavi ile bireyin yaşam süresinin uzatılması, daha nitelikli yaşaması olanaklıdır. Bu hedefle tedavi, hastanın yeterli solunum yapabilmesine yardım etmeye odaklanmıştır. Oksijen desteği, bronkodilatatör ilaçlar, kortizon, ikincil enfeksiyonlardan korunma, mekanik ventilasyon sağlama gibi desteklerle KOAH'lı birey yaşamını sürdürmeye çalışır(38,51,48,6,25).

Ancak yaşamı uzatma, niteliğini artırma adına yapılan bu tıbbi girişimler bireyin başatmesi güç bir kriz yaşamasını önleyemez. KOAH'lı birey için hastalık süreci yaşamının son günleri kadar güç yaşanır. Her an solunumunun duracağı korkusu, hava açlığı, ağrı yaşama, oksijen tüketimini azaltmak için en temel gereksinimi olan konuşmaktan kaçınma, hareketlerini kısıtlama ya da hiç yapamayarak bağımlı hale gelme birey ve ailesi için acı veren bir durumdur. Aynı zamanda sosyal fonksiyonlarındaki azalma hastayı sosyal izolasyona iter. Fiziksel sınırlılık hastayı sedanter bir yaşama zorlar. Solunum güçlüğüünün ilerlemesi ile birlikte hastanın beslenme alışkanlıkları da değişir. Yetersiz beslenme sonucu hastada kilo kaybı görülür. Geceleri daha da zorlaşan solunum hastanın uykusuz kalmasına neden olur. Zaman içerisinde gelişen fizyolojik fonksiyonlardaki yetersizlik hastayı psikolojik yönden de etkiler. Yapılan araştırmalarda KOAH hastalarında sıklıkla huzursuzluk, anksiyete, davranış bozuklukları ve depresyona rastlanmıştır (35,31,37,39,27,12,2,26).

Görüldüğü gibi sorun sadece soluk alıp verme ile sınırlı değildir. Vücudun diğer sistemlerinde oluşturduğu fizyopatolojik değişimlerle birey biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak hastalıktan etkilenir (12,51,28). Eğer hasta yaşlı ise etkilenim daha ağır yaşanır. Hasta sağlık durumunun izin verdiği düzeyde günlük yaşam aktivitelerini

yerine getirerek ve hastalığı ile nasıl başa çıkacağını öğrenerek yaşam kalitesini artırmaya çalışır. Ancak hastalığından dolayı bozulan dengesini kurabilmesi ve sürdürebilmesi için desteklenmeye gereksinimi vardır(2,15). Tedavi ve bakımını sürdüren doktoru ve hemşiresi yakınında olan ve bildiği destek sistemleridir. Her iki destek hastanın kalan tüm yaşamı boyunca gereklidir. Hemşirelik desteği; doyum verici yaşam için, kaliteli yaşama yönelik olarak hasta bireyin güçlendirilmesi, kendine bakım yeteneklerinin artırılması tedavi programına uyumun sağlanması, yeteneklerini sonuna kadar kullanabilecek davranış ve becerilerini geliştirebilmesini hedefler.

Günümüzde tüm sağlık profesyonelleri sadece yaşamın uzunluğu ile değil artan şekilde niteliği ile ilgilenmekte ve hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesine yönelmektedirler. Hemşirelik belki aynı sözcüklerle değil ama öteden beri nitelikli bir yaşama inanmış, bütüncül ve insancıl anlayış ile bakımını uygulamıştır. Hemşirelik bakımı Maslow'un insan gereksinimlerinden, Henderson'un hasta gereksinimlerine, günlük yaşam aktivitelerinden Amerikan Hemşireler Birliğinin geliştirdiği fonksiyonel sağlık davranış örüntülerine giden süreçte bireyin biyo-psiko-sosyal yönlerini kapsamaktadır. Ancak yaşam kalitesi kavram olarak 1980'li yıllarda hemşirelikte tanınmaya başlamış ve hemşirelik girişimlerinin sonuçlarının değerlendirilmesinde gittikçe kabul görmektedir(46, 22,42,9,13,39).

Yaşam kalitesi, istenilen ile var olan arasındaki farkı yansıtır. Süregelen hemşirelik bakım anlayışına getirdiği farklı yön, bireyin ne istediğinin, nasıl bir yaşam arzuladığının öğrenilerek bakımda yer verilmesidir(48,47,2).

Pınar, diyabet hastalarında, Akyol, hemodiyaliz hastalarında yapmış oldukları çalışmalarda; hastaların sahip oldukları ve arzuladıkları yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve hastalık ile ilişkisinin belirlenmesinin, hastalara yeterli bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesinde önemli bir rehber olduğunu belirtmektedirler (2,15,46).

Yine, yaşam kalitesi ölçeği uygulanan bir grup kanserli hastada, yaşam kalitesi puanı yüksek olanların, öğretilen stresle baş etme tekniklerini uyguladıkları ve daha az deprese oldukları ve stresle daha iyi baş ettikleri bulunmuştur (19).

Tüm bunlardan anlaşılacağı üzere, hemşire yaşam kalitesi sonuçlarını bakımı

için bir veri tabanı olarak kullanabildiği gibi yaşam kalitesini bir semptom olarak ele alıp nedenlerini inceleyebilir ve bakımının sonuçlarını ölçmede bir değerlendirme yöntemi olarak kullanabilir.

Yurtiçi ve yurtdışı literatür incelendiğinde hemşirelikte yaşam kalitesi çalışmalarının daha çok kanserli hastalar üzerinde yoğunlaştığı, KOAH'lı hastalar ile yapılan çalışmaların daha az olduğu görölmektedir. Bu konuda çalışmaların yapılması gerekliliği ve yapılacak çalışmaların hemşireler ve hizmeti alanlar için yeni bilgi elde etme ve bakımın geliştirilmesinde önemli katkıları olacağı düşünölmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; KOAH'lı hastaların yaşam kalitelerini ve yaşam kalitesini etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır



BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Solunum sisteminin kronik hastalıkları bireylere ciddi şekilde sınırlılık ve yetersizlik yaşatan, ölüm oranında artışa yol açan önemli hastalıklar olarak kabul edilir. Bu hastalıklardan en yaygın olanı Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) dır.

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tanımı;

KOAİ, aşırı sekresyon birikimi, ödem, bronkospazm veya akciğer doku harabiyeti sonucu oluşan solunum yolları obstrüksiyonu ile gelişen ilerleyici bir hastalıktır. KOAİ terimi ile kronik bronşit, amfizem, bronşektazi, ve astım gibi obstrüktif hastalıklar ifade edilse de son literatürde astım ve bronşektazi KOAİ'dan ayrılmaktadır(48,20,53,6,51) .

KOAİ, Amerika Birleşik Devletleri'nde önde gelen ölüm ve yetersizlik nedenlerindendir. Yaşlı nüfusun yaklaşık %15'inin KOAİ'li olduğu tahmin edilmektedir. 1991 yılında Amerika'da bu nedenden 85 544 ölüm görülmüş ve KOAİ ölüm nedenleri arasında 3. sırayı almıştır. 1985 yılında KOAİ nedenli ölümlerin % 95 'inden fazlasının 55 yaş üzerindeki kişiler olduğu görülmektedir. Erkek ve kadın cinsiyetleri arasında 55 yaşın altında benzer mortalite oranları izlenirken , bu yaştan sonra erkeklerde ölüm oranı belirgin olarak artmakta, 70 yaş civarında kadınların iki katından fazla olmaktadır. KOAİ'nin gerçek insidansını saptamak , tanıyla ilgili bir görüş birliği olmamasından ve iki ya da daha fazla obstrüktif hastalığın bir arada bulunmasından dolayı zordur(38,49,3).

1966-1986 yılları arasında kalp ve serebrovasküler hastalıklar nedeni ile ölüm oranları azalırken (%45-%58) aynı yıllar arasında KOAİ nedenli ölüm oranları %71 oranında artmış hastalık insidansındaki artış da buna paralellik göstermiştir. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığında; 1992 yılında 75000 hastanın kronik bronşit, amfizem ve astım tanısı ile hastaneye yattığı, 1086 hastanın kronik bronşit ve astım nedeni ile öldüğü ve ölüm oranının 18.6/100000 olduğu saptanmıştır. Yine Yataklı

Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığında; aynı yıl hastaneye yatan hastalardan ölenlerin yaklaşık %20'sinin KOAH ve astım nedeni ölümleri olduğu görülmektedir. Amerikan Akciğer Birliği bu artışı, sigara içme ve havada bulunan zararlı maddelerle yüksek oranda karşılaşmaya bağlamakta ve KOAH'ın ileri yaş grubunun hastalığı olduğu belirtilmektedir. (13,38,47).

KOAH başlığı altında kronik bronşit ve amfizem ele alınmıştır.

2.1.2. Kronik Bronşit

Kronik bronşit; solunum yolları iritanlarına bağlı olarak ortaya çıkan ve üst üste iki yıl ve yılda en az üç ay devam eden sürekli ve ilerleyici(prodaktif) öksürük ve balgam çıkarma ile özelleşen bir akciğer hastalığıdır (1,2,3,4,6,7,15,17,19,20,26, 43, 44, 45,53).

Bir başka ifade ile kronik bronşit ,bronşiyal ağaçtaki aşırı mukus sekresyonu demektir. Bu mukus kronik ve ilerleyici öksürüğe yol açar. Çevresel ve kişisel etmenlerin etkisiyle bronşit ve pnömoni atakları amfizemin ortaya çıkışını kolaylaştırır. (3,6,38,53)

Kronik bronşitteki en erken değişikliklerden biri sekretuar bezlerde görülmektedir. Etken maddeler solunum iritanları ve özellikle sigara mukosilier temizliğin bozulmasına, goblet hücrelerinin ve bronşiyal mukus bezlerinin hipertrofisi ve hipersekresyonuna neden olur. Hem goblet hücreleri hem de mukus glandlarındaki hücreler sayı ve miktar bakımından artar. Normal durumda goblet hücreleri terminal bronşiyollerin distalinde bulunmazlarken hastalık durumunda bu bölgede yayılım gösterir. Sonuçta, bronşiyal konjesyon artar, bronşiyol ve küçük bronşların lümenleri mukus arttıkça daralır. Submukozal bezlerin genişlemesi ile birlikte ödem ve havayolu mukozal enflamasyonu görülür. Kronik bronşitte görülen temel patolojik olaylar havayolu obstrüksiyonu ile birlikte solukverme (ekspirasyon) hızının azalmasıdır. Havayolu obstrüksiyonun nedenleri ise normalde, öksürük ve mukosilier hareket bronşları korurken kronik bronşitte mukus miktarındaki artış bronşları mekanik olarak tıkar, bezlerin hipertrofisi ile bronşial lümenin çapının daralması da bronşial duvarın kalınlığını artırır. Zamanla, normalde steril olan alt solunum sistemi bakterilerle

kolonize olur ve sekresyonda yüksek miktarda polimorfonükleer nötrofil lökositler bulunur. Bu lökositlerin daha fazla bronşiyal inflamasyon ve doku hasarını uyarıcı bir rol oynadıkları saptanmıştır. Bronşiyal duvar harap oldukça granüler ve fibrotik squomöz epitel, normal silyalı epitelin yerini alır. Bu skarlaşma, daralmaya ve hava yolu obstrüksiyonuna yol açar. (1,3,12,20,34 ,38)

Kronik bronşitli hastanın genel görünümü; aşırı kilolu ve ekstremiteler sıcaktır. Başlangıcında solunum sıkıntısından daha fazla öksürük vardır. Bol miktarda balgam olup hasta belirgin derecede siyanotiktir. Üst solunum yolu enfeksiyonları yaygındır. Korpulmonale ve sağ kalp yetmezliği yaygın görülür. Radyogramda diyafragma pozisyonu normal, akciğerler normal veya bronkovasküler yapıda artma ve kardiyomegali vardır (2,4,15,20,43).

2.1.3. Amfizem

Geniş anlamı ile amfizem kelimesi vücudun herhangi bir dokusunda patolojik hava toplanmasını ifade eder. Amfizem hava kirliliği ve sigara kullanımı ile birincil ve ikincil olarak gelişen, alfa-1antitripsin proteininin azlığı nedeni ile terminal bronşiollerin distalindeki hava yollarının (respiratuar bronşiyoller, ductus ve saccus alveolarisler ve alveoller) dilatasyonu ve çeperinin zedelenmesi sonucu bu bölümlerin normalden daha fazla hava içermesi durumudur (3,7,38,34,53).

Amfizemdeki değişiklikler; proteolitik enzim inhibitörünün eksikliğinden veya proteolitik enzimlerin sayıca çok fazla olmasından kaynaklanır. Normalde proteaz inhibitörü ile proteolitik enzim arasında bir denge vardır. Genel bir proteaz inhibitörü olan α_1 -antitripsinin kalıtsal eksikliği, tekrarlayıcı enfeksiyonlar, çevresel iritanlar ve sigara içimi, ikincil olarak alfa -1 antitripsinin etkisini ve miktarını azaltır ve elastaz artışına neden olur(12,34).

Bu elastaz-anti-elastaz sisteminde ortaya çıkan dengesizlik , distal yollar ve alveollerin temel elastin yapısında yıkıma yol açarak normalden daha büyük ve ölü hava boşluklarına neden olur. Alveol septal duvar kayboldukça kan damarlarının yoğunluğu da azalır ve amfizemle sonuçlanır. Kollapsa ve alveoler elastikiyetinin kaybolmasına bağlı zorlu ekspirasyon gelişir, gaz değişimi bozulur (3,4,7,20,38, 34, 53).

Amfizemli hastanın genel görünümü zayıf, sıklıkla kaşektiktir. Göğüs ön arka çapı artmıştır ve hasta dudaklarını büzerek (pursed-lips) solunum yapar. Yardımcı solunum kaslarını belirgin derecede kullanır. Ekstremiteler normal veya soğuktur. Amfizemin başlangıç belirtisi solunum sıkıntısı olup daha hafif oranda da öksürükle seyreder. Siyanöz hafif veya hiç yoktur. Balgam miktarı azdır ve üst solunum yolu enfeksiyonlarına nadiren rastlanır. Solunum sesleri belirgin derecede azalmıştır. Nadiren kor pulmonale ve sağ kalp yetmezliği görülür. Radyogram'da kalp küçük ve sarkmıştır. Diyafragma alçalmış ve düzleşmiştir. Akciğerde parlaklığı artmış bölgeler gözlenir(4,7,10,35,20,53).

KOAH'ta AKCİĞER FONKSİYON TESTLERİ VE KAN DEĞERLERİ

	BRONŞİT	AMFİZEM (20,38,49)
FEV1/FVC	Azalmış	Azalmış
TLC	Normal veya hafif artmış	Önemli derecede artmış
RC	Orta derecede artmış	Belirgin derecede artmış
Akciğer Kompliansı	Normal veya azalmış	Normal veya azalmış
Hava yolu direnci	Artmış	Normal veya hafif artmış
Arteriel PO ₂	Orta veya aşırı derecede azalmış	Hafif veya orta derecede azalmış
Arteriel Hiperkapni	Kronik durumda	Akut solunum yolu enfeksiyonunda
Hemotokrit	Genellikle %70'e varabilir	Normal veya hafif yüksektir %55'i aştığı seyrek

FEV1 : Birinci saniyedeki zorlu ekspiruar volum
FVC : Zorlu vital kapasite
TLC : Total akciğer kapasitesi
RC : Rezidüel volume

2.1.4. KOAH'ın Etiyolojisinde Rol Oynayan Etmenler

SİĞARA KULLANIMI; KOAH mortalite ve morbititesi ile sigara kullanımı arasında bir paralellik vardır. İngiltere’de Doll ve Hill, ABD’de Hammond ve Horn tarafından yapılan prospektif araştırmalarda sigara tiryakilerinde içmeyenlere göre KOAH mortalitesinin altı kat fazla olduğu, pipo veya puro içenlerde üç kat fazla olduğu tesbit edilmiştir. Sigara içmeyenlerde öksürük ve balgamin ortaya çıkma oran %15 iken günde 10-20 adet sigara içenlerde %40-50,günde 2 paket ve daha fazla içenlerde %70-80 oranındadır.Pasif içiciliğin KOAH üzerine etkisi olduğu henüz belirlenememiştir (2,7,22 25, 26,51) .

HAVA KİRLİLİĞİ; Hava kirliliği mukus sekrekresyonunun artmasına ve pulmoner fonksiyonlarda hafif bir azalmaya neden olur. KOAH ile ilgili bütün epidemiyolojik araştırmalar bu hastalığın havası kirli şehir ve endüstrileşmiş bölgelerde oturanlarda temiz havalı yerlerde yaşayanlara göre daha fazla görüldüğünü ortaya koymuştur (7,48).

MESLEKİ ETMENLER; KOAH mesleki olarak devamlı şekilde endüstriyel gazlar, dumanlar , mineral ve tozlarla karşılaşan bireylerde daha sıktır. Fransa’nın Toulouse şehrinde benzer alışkanlıkları bulunan işçilerde yapılan karşılaştırmalı bir araştırmada tozlu fabrikada çalışan 50 yaş ve üzeri işçilerde %21, tozsuz fabrikada çalışanlarda %12 oranında kronik bronşit bulunmuştur(49,53).

SOSYO EKONOMİK DURUM; Genellikle hijyenik koşulların iyi olmadığı yerleşim bölgelerinde yaşayanlar ile geliri düşük bireyler arasında KOAH daha sık görülür. İngiltere ve Galler’de son 50 yıldır bronşit mortalitesi sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda yüksek olanlara göre altı kat fazla olduğu belirtilmektedir (1,6,51,).

SOLUNUM SİSTEMİ İLE İLGİLİ ENFEKSİYONLAR; Çocuklukta geçirilen pnömoni, bronkopnömoni ve sık tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları ileride gelişecek KOAH için zemin hazırlamaktadır. İngiltere’de 5-11 ve 11-14 yaşlarında bir grup çocuğun solunum fonksiyonlarına bakılmış, sık solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocukların solunum fonksiyonlarında değişiklikler saptanmıştır (1,3,25).

KALITIM; Bronşitli kişilerin akrabalarında da bronşit daha sık görülmektedir. Anne babaya göre kardeşlerin, çift yumurta ikizlerine göre tek yumurta ikizlerinin FEV'lerinin benzer olması kalıtımın etiyolojide önemli olduğunu vurgulamaktadır(4,47).

ALPHA1 PROTEAZ İNHİBİTÖRÜ(α 1-Pİ) EKSİKLİĞİ; Amfizemdeki temel lezyonun elastas, tripsin ve kollejenaz gibi proteolitik enzimlerin alveol duvarlarına etkisiyle oluştuğu anlaşılmıştır. Bu enzimler lökositler ve makrofajlar tarafından salgılanır. Kanda alfa 1 globulin fraksiyonunda proteolitik enzimleri inhibe eden proteaz inhibitörü vardır. Bunların en önemlisi alfa 1 anti-tripsin enzimidir. Bu enzim tripsinden başka doku harabiyeti yapan diğer enzimlerin etkisini de önler yani genel bir proteaz inhibitörüdür. İnsanlarda anti-tripsin düzeyi değişiktir ve genetik kontrol altındadır. Bu enzim alt solunum yollarında kuvvetli bir doku yıkıcı proteaz olan “nötrofil elastaz”ın “dokuları tahrip etmesini önler. Batı ülkelerinde KOAH ‘lı hastaların %0.5-2’sinde alfa 1 anti-tripsin enzim eksikliği saptanmıştır(712,51)

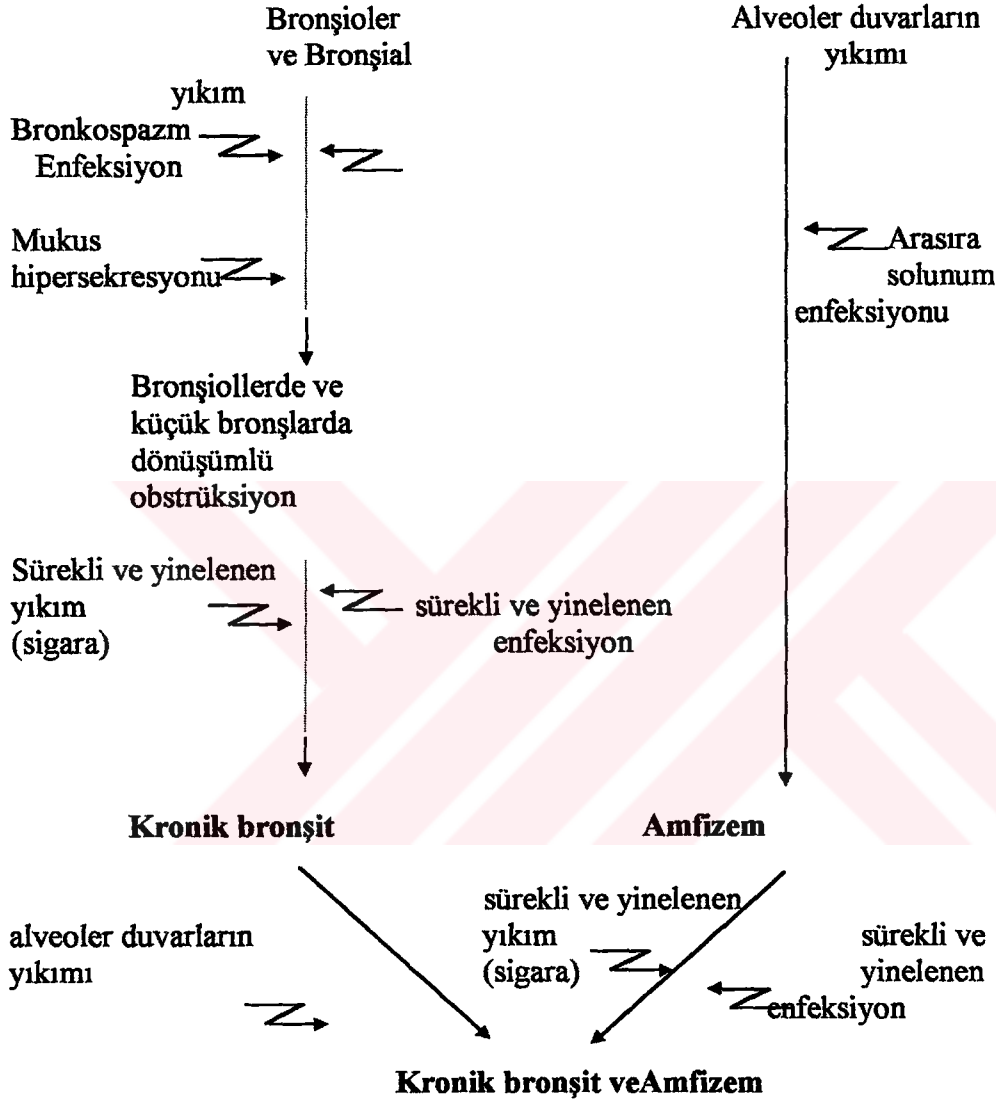
Yukarıda belirtilen ve bunun dışındaki bir çok etmen KOAH’ın oluşumunu değişik düzeylerde etkilemektedir.. Şekil 1’de çevresel ve konakçıya ait etmenlerin KOAH oluşumundaki etkinlik düzeyleri görülmektedir. (49)

<i>Etkinlik Derececi</i>	<i>Çevre faktörleri</i>	<i>Konakçı faktörleri</i>
Kesin etkin	Sigara Mesleksel karşılaşma	Alfa 1 antitripsin yetmezliği
Büyük olasılıkla	Hava kirliliği Sosyoekonomik durum Alkol Çocuklukta pasif sigara içimi Diğer mesleksel karşılaşma	Düşük doğum ağırlığı Çocukluk solunum enfeksiyonu Atopy (Ig E yüksekliği) Bronş hiperreaktivitesi Aile öyküsü
Tahmin edilen	Adenovirüs enfeksiyonu Diyette C vitamini eksikliği	Genetik yatkınlık grubu kan Ig A’nın az sekrete edilmesi

Şekil 1: KOAH’da risk faktörleri(49)

2. 1. 5. Kronik Bronşitin ve Amfizemin Mix Tipi

Hastada biri daha dominant olmak üzere her iki hastalığın semptom ve belirtileri bir arada gelişebilir buna mix tip denir. Birlikte görülmesi en sık sigara içenlerdedir. Aşağıdaki şekil 2 mix tipi göstermektedir.



Şekil 2: Kronik bronşit ve amfizem oluşumunun şematik gösterimi (20)

KOAH'da yaşam süresini kısaltan faktörler (3,4,48,51)

- İleri yaş
- Sigara içmeye devam etmek
- FEV1< % 50
- FEV 1 deki azalmanın hızlı olması
- Bronkodilatatörlere yanıtın az olması

- Hipoksemi
- Kor pulmonale

2.1.6. KOAH'DA FİZİK MUAYENE BULGULARI

KOAH hastalarında bulgular, hava akımı sınırlanmasının derecesine , pulmoner hiperinflamasyonun şiddetine ve vücut yapısına bağlıdır. KOAH hastasının muayenesinde, nefes darlığı, solunum kaslarının fonksiyonları gözlemle değerlendirilir. Bu hastalarda muayene odasına girerken, giyinip soyunurken, takipne ve solunum sıkıntısı gözlenir. Aynı zamanda nefes darlığı nedeniyle uzun cümleler kuramazlar ve konuşmalarını sık sık kesmek zorunda kalırlar.

KOAH hastalarında dinlenme durumunda *solunum hızı* genellikle 16/dk' nın üzerindedir. Hiperkapni varsa solunum hızı 25/dk veya üzerindedir. Hastaların bir kısmında **pursed lips** solunum geliştirir. Hastaların yardımcı kaslarını kullandıkları sternokleidomastoid'in inspiryumda kasılmasından anlaşılır. İleri dereceli havayolu obstrüksiyonu olan bu hastalar aynı zamanda yardımcı kasların etkinliğini artırmak için otururken gövdesini öne doğru eğip, kollarının üzerine yaslanırlar. Solunum yetmezliği ileri derece olan hastalarda **paradoks solunum** görülür. Paradoks solunum; üst abdomen duvarının inspiryumda içeri doğru hareket etmesidir. Hasta sırtüstü yatarken daha belirgindir. İleri dereceli KOAH hastalarında diğer bir bulgu **hoover sign**'dir. Hoover sing, inspiryumda göğüs kafesinin alt ve lateral kısmının içeri doğru hareketidir. Bu durumda göğüs kafesinin **göğüs ön-arka çapı** artar. Diğer bir bulgu ise; **Trakeal tug**'dur. Trekeal tug, trakeanın inspiryumda diafragmanın kontraksiyonu ile mediasten yapılarının aşağıya doğru çekilmesidir. İnspiryumda sistolik basınç ekspiryuma göre en az 10 mm Hg düşüktür. KOAH hastalarında perküsyonla **hipersonorite** alınır. Dinlemekle solunum sesleri azalmış, ekspiryum uzamış, kalp sesleri derinden gelmektedir. **İnce veya kaba raller, ronküsler** duyulabilir. Kor pulmonalenin gelişimi ile **jugular venöz basınçta** artma, **hepatomegali** ve **pulmoner hipertansiyon** bulguları da tabloya eklenir. **Santral siyanoz ve periferik ödem** kor pulmonalenin en belirgin bulgularıdır. Hastaların yaklaşık %50 sinde öksürük nedeni ile **inguinal herni** bulunur. (3,20,26,28,49,51)

KOAH'lı hastalar değişik derecede dispne yaşırlar ;

Birinci Derecede Dispne: Düz zeminde yaşıtlı kişilerin postürü gibi durur ve yürürler. Ancak yokuş veya merdiven çıkarken dispne vardır.

İkinci Derecede Dispne: Hasta düz bir zeminde kendi adım hızı ile 1,5 km dispne olmadan yürür. Ancak normal kişilerin adım hızında yürüdüğünde dispnesi olur.

Üçüncü Derecede Dispne: Düz bir zeminde 100 m veya bir kaç dakika yürümekle dispne oluşur.

Dördüncü Derecede Dispne: Az bir çaba ile örneğin giyinme veya konuşmakla dispne oluşur (25,53)

2. 1. 7. TEDAVİ

Bu iki hastalıktaki tedavi ve bakımın amacı;

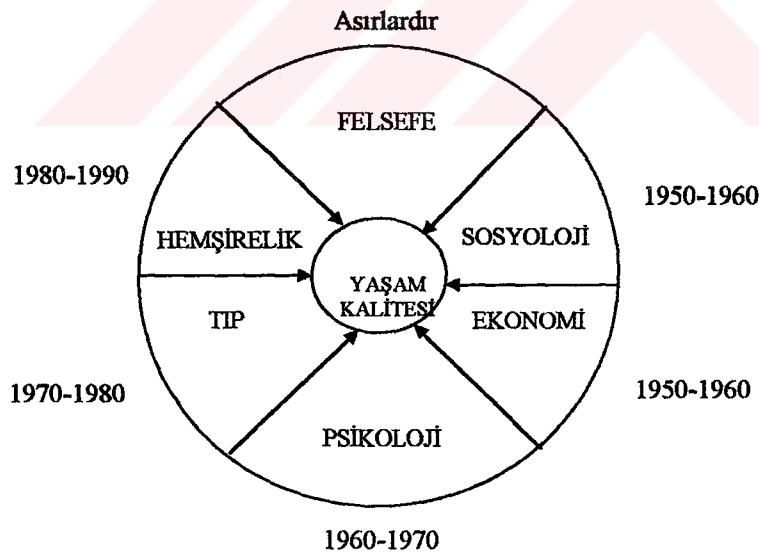
- Hastalığın ilerlemesini durdurmak
- Hava yolu sekresyonu ve inflamasyonu azaltmak
- Bronkospazmı ortadan kaldırıp solunumu maksimuma çıkarmaktır

İlaç Tedavisi; Sekresyonun atılımı, infiltrasyon ve bronkospazmı tedavi etmek amacıyla bronkodilatör ilaçlar, ikincil koruma için antibiyotikler, uzun süreli semptom kontrolü için kortikosteroidler, sekresyonu azaltmak ve yumuşatmak için mukolitik ilaçlar kullanılmaktadır. İlaç tedavisinin yanı sıra bu hastalarda solunum egzersizleri, göğüs fizyoterapisi, oksijen tedavisi, mekanik ventilasyon tekniklerinden birisi veya birkaçı birlikte uygulanır (11,26,25,51,53).

2.2. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi kavramı ilk bakışta basit bir kavram gibi görünmesine karşın oldukça geniş kapsamlı ve çok boyutludur. II. dünya savaşından sonra kullanılmaya başlayan “yaşam kalitesi” terimi günümüze kadar sık kullanılmış ve çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Bu kavramın tanımlanması oldukça güçtür. Bunun nedeni, yaşam kalitesinin sürekli gelişim içerisinde olması, çok yönlü özellikler taşıması ve subjektif bir kavram oluşudur (2,46). Araştırmacıların çoğu yaşam kalitesi tanımını, doyum, mutluluk, moral, pozitif etki, algı değerlendirmesi, sağlık, psikolojik esenlik gibi kavramlarla eş anlamlı olarak kullanmışlardır (44). Genel anlamda bireysel “iyi oluş” ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesi kavramı yaşamda nelerden zevk aldığımızı, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğimizi ifade eder. (16,29, 42,44)

Yaşam kalitesi kavramı hemşirelik dışındaki diğer disiplinlerde de yaygın olarak kullanılmaktadır (Şekil 3). Yaşam kalitesi kavramı çeşitli yıllarda felsefe, sosyoloji, ekonomi, psikoloji gibi alanlarda da kullanılmıştır. Bu kavram 70-80’li yıllarda tıp alanında kullanılırken 80-90’lı yıllarda hemşirelik alanında ilgi görmüştür(18,32,38).



Şekil 3:Yaşam kalitesi kavramının değişik disiplinlerde kullanımı

Tüm disiplinlerin ortak kabuk ettikleri görüşe göre, yaşam kalitesi objektif durumların ötesinde, bireyin kendi yaşamına ilişkin doyum ve mutluluğudur. Bir başka deyişle, bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur. McCall (1975)ve Campbe (1976) yaşam kalitesinin hem subjektif hem objektif göstergelerini

desteklemişlerdir. Subjektif göstergeler bireyin yaşadıkları, objektif göstergeler ise yaşatan etmenlerdir (22,42).

Kaliteli yaşamın ne olduğu, yıllarca filozofların tartışma konusu olmuştur. Polonyalı filozof Tatarkiewicz 'in o zamanda yaptığı "mutluluk" tanımı bugün yaşam kalitesi kavramını tanımlamaktadır (44).

Yaşam Kalitesinin Bölümleri;

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamının çeşitli yönlerine ilişkin öznel doyum ifadesidir. Bu nedenle bireyin yaşam kalitesinden söz ederken bireyin pek çok alanı ele alınarak incelenmektedir. Bunlar fiziksel, psikolojik, sosyo-ekonomik alanlardır. Bireyin tüm bu alanlar dahil yaşamından doyum bulması, mutluluk duyması ve memnuniyeti ile yaşam kalitesinin artışı paralellik göstermektedir.

Fiziksel iyilik hali: Fiziksel iyilik halini yaşam kalitesinin objektif göstergeleri belirler. Bireyin mevcut durumuna karşın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi ve bunları yaparken zevk duymasıdır. Özbakımının, solunumunun, beslenmesinin, aktvitesinin yeterli düzeyde olması ve bu durmumdan mutluluk duyması, doyum bulmasıdır.

Psikolojik iyilik hali: Subjektif göstergeler temelde psikolojik iyilik halini yansıtmaktadır. Bireyin kendi yaşantısını değerlendirmesi, yaşamına dair hissetiklerinin ifadesidir. Farklı durumlara uyum sağlayabilmesi yeni stratejiler geliştirebilme yeteneğidir. Olumlu ve olumsuz duygular, bilişsel etmenler, hisler ve düşünceler öznel konular oldukları için ancak o birey tarafından algılanabilir ve değerlendirilebilir. İşte bu değerlendirme sonucunda bireyin yaşamından hoşnut olma durumu emosyonel iyilik halini oluşturmaktadır.

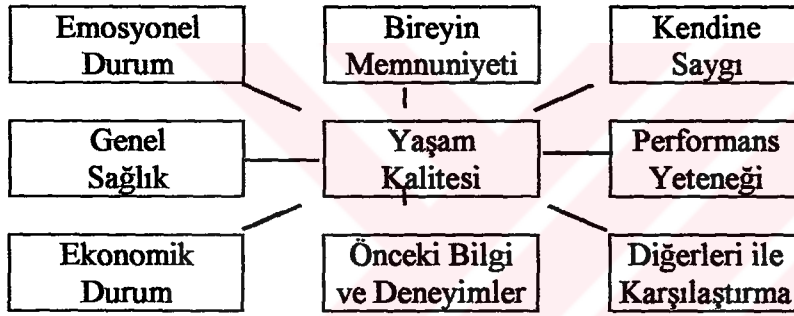
Sosyo-ekonomik anlamda iyilik hali: Bireyin sosyal güç yeterliliğine sahip olması, ekonomik yönden iyi olması, sosyal güvencesinin olması, gelir düzeyi belirli bir standartta olan işinin olması, toplum tarafında kabul görmesi, sosyal ilişkilerinde yeterli olması, tüm bunları yaşarken kendini yeterli görmesi, kendini geliştirmeye ve eğlenmeye zaman ayırması ya da özetle sosyo-ekonomik durum ile bireyin

memnuniyetinin kesişmesidir. Ayrıca bireyin aile yaşamında duyduğu doyumun öznel yaşam kalitesi üzerine önemli bir etkisi olduğu saptanmıştır (2,5,14,16,28,30,31,51).

Kısaca yaşam kalitesi nelerden zevk aldığımızın, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğimizin ifadesidir (44,16,22).

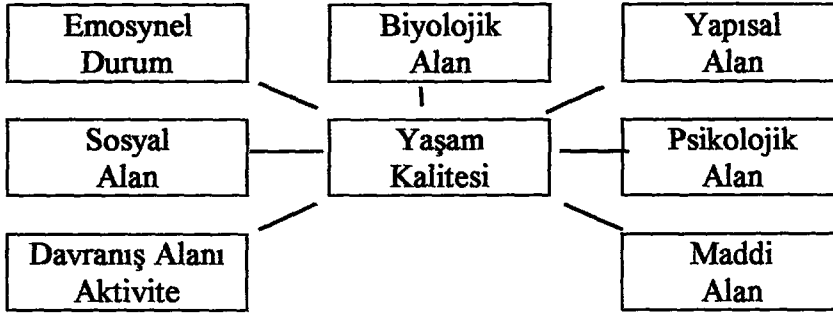
Edlund makalesinde; bireyin aktiviteleri, alışkanlıkları, yaşam şekli, yaratıcılık kapasitesi çocukluk ve eğitim durumunun bireyin yaşam kalitesi görüşünde belirleyici bir etken olduğunu söylemektedir(22).

Ortak bir tanımı olmayan yaşam kalitesi kavramı, birçok araştırmacı tarafından çok boyutlu bir yapı olarak tanımlanmıştır. Şekil 4’de yaşam kalitesinin tanımında etkili olan ortak etmenler gösterilmiştir.



Şekil 4: Yaşam Kalitesinin Tanımında Etkili Olan Etmenler

Hörnquist’e göre sağlık alanında yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde mutlaka ele alınması gereken konular şöyledir; fiziksel, psikolojik ve sosyal davranışsal yapı.



Şekil 5: Hörnquist'e göre yaşam kalitesi incelemelerinde bu alanların hepsi ele alınmıştır(33).

Padilla ve arkadaşları, yaşam kalitesinin bölümlerini hemşirelik ile ilişkilendirerek integre etmişlerdir (43).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde ele alınması gereken bölümler psikolojik, emosyonel esenlik, fiziksel esenlik, rol işlevi gibi bireysel esenlik ve maddi esenliktir. Hemşirelik alanında her bir bölüm şu alanları içermektedir;

- Yaşamdan doyum alma, yararlılık, beden imgesi, anksiyete, otonomi, dinlenme ve uğraşı ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı, yaşamın normaliliği ve mutluluk gibi durumlar içeren *psikolojik emosyonel esenlik*
- Fonksiyonel yeterlilik, günlük yaşam aktiviteleri, yeme, iştah, cinsellik, uyku, zindelik, yorgunluk, sağlık-hastalık görüşü, tanı ve tedavinin sonucunu içeren *fiziksel esenlik*
- Bireysel fonksiyonlar, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi *sosyal ve bireysel esenlik*
- Varolan durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma, sağlık sigortası, iş güvencesi, ev değiştirme gibi *finansal ve maddi esenlik* (43)

Yaşam kalitesi kavramından sağlık alanında 1950'li yılların sonunda söz edilmeye başlanmıştır. 1970 ve 80'li yıllarda kavram büyük bir gelişme göstermiştir. Sağlık alanında yaşam kalitesi kavramı ilk bakışta; sağlık hizmeti veren yerlerde değerlendirme yapabilmek için değerli bir ölçüt gibi görülür, ancak bunu anlayabilmek için daha derin sorular sorulması gerekir. Ne gibi bir kalite söz-konusudur?, Kavram kimin tarafından tanımlanmaktadır?, Kim için tanımlanmaktadır? Yaşamın kaliteli ya da

kalitesiz olduğu kararını kim verecektir?(32)

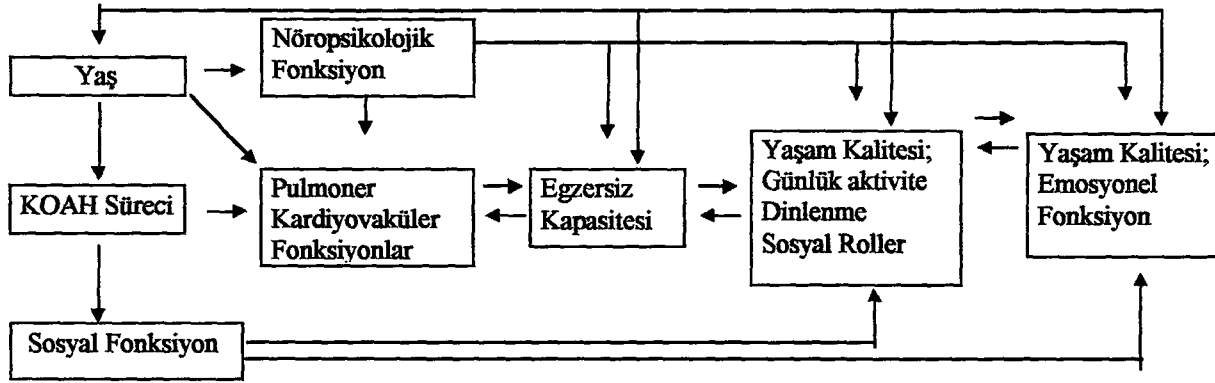
Sağlık hizmetlerinin geleneksel modellerinde amaç hastalığın tedavisi ve acı çekmesinin sonlandırılması iken günümüzde bu amaca sağlığın sürdürülmesi ve artırılmasına yardımcı olacak yaşam biçiminin ve bireysel felsefenin yaratılması da eklenmiştir. (2)

Sağlığı geliştirmede amaç, yaşam kalitesini artırmaktır. “Sağlık alanında yaşam kalitesi nedir? Bireyin sağlıklı olması mıdır? İşinden doyum sağlaması mıdır? Standartlara uygun yaşaması mıdır? Bu etken ya da başka etkenlerin bileşeni midir?” şeklindeki tartişmaları çözümlmek için 1989 yılında Reviki, “Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi” terimini kullanarak yaşam kalitesinin sağlık ile ilgili boyutunu ayırmıştır (8,41,42).

Sağlık alanında yaşam kalitesi; bireyin kendisini nasıl hissettiği ve günlük yaşam aktivitelerini nasıl yaptığı ile ilgili sağlık durumunu tanımlamak için kullanılan bir kavram olarak kabul grmştir. Bu yaklaşım sağlık ile ilgili yaşam kalitesi kavramının doğmasına neden olmuştur. Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi ölçümleri ile bir hastalık ve hastalığın tedavisinin yaşamın fiziksel, sosyal, emosyonel boyutları üzerine etkilerinin incelenmesi hedeflenmektedir(14,45,50).

KOAH'ta yaşam kalitesi modeli;

KOAH'da yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar 1980'li yıllarda göstermektedir(35).



Şekil 6: KOAH'da yaşam kalitesini etkileyen hastalıklarla ilişkili etkenler ve diğer etkenler arasındaki etkileşimi açıklayan model(35)

Mc Sweeny , KOAH'lı hastalarda yaşam kalitesini etkileyen hastalıkla ilişkili etkenler ve diğer etkenler arasındaki ilişkiyi yukarıdaki modelle açıklamıştır (35).

KOAH, hastanın egzersiz kapasitesini ve aktivitelerini kısıtlayarak yaşam kalitesini etkilemektedir. Sosyal fonksiyon da yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Pulmoner ve kardiyovasküler fonksiyonlar da KOAH'dan etkilenmektedir. Bu da hastada nörolojik bozukluklara ve emosyonel değişikliklere yol açmakla yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bu modelde yaştan hastalıkla direk ilişkisi yokken yaşam kalitesini doğrudan etkilediği gösterilmektedir. Bu modelde, Mc Sweeny ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmanın sonucu olan ekonomik durum ile yaşam kalitesi arasında pozitif yöndeki korelasyon yer almamaktadır(35).

2. 3. KOAH HASTALARININ YAŞAM KALİTELERİNİN ÖLÇÜMÜNDE KULLANILAN ÖLÇEK VE SORU FORMLARI

Yaşam kalitesinin ölçümü; bireyin hastalığına karşın elde ettikleri ile istekler arasındaki farktır. Ya da hastalığın günlük yaşama etkisinin ve iyilik halinin, kabul edilen standartta uygun olarak sayısallaştırılmasıdır.

Yaşam kalitesinin ölçümünde üç amaç sıralanabilir.

1. Belirli bir zamanda bireyleri birbirinden ayırabilme ; hastalığın başlangıcından şu ana kadar geçen süreci belirleme,.

2. Prognozu belirleyebilme; hastalığı, geçmişi, şimdiki, ve gelecekteki süreci belirleyebilme.
3. Hastalığın başlangıcından itibaren belirli bir kesitte oluşan değişiklikleri belirleyebilmek.

Yaşam kalitesi ölçekleri bireyin yaşam kalitesini ölçmektedir. Aynı zamanda özel bir hastalık ile ilgili yönünü de ölçmektedir. KOAH'a özgü olan ölçekler dispne, öksürük, balgam gibi bir dizi semptomun yanında egzersiz toleransı, kişinin ruh hali gibi KOAH'tan etkilenen parametreleri de sorgular. KOAH'ta yaşam kalitesini ölçen pek çok ölçek vardır. Bunların genel özelliği fiziksel rahatsızlık, emosyonel durum, sosyal etkileşim gibi durumları içermesidir. En sık olarak kullanılanlardan birisi Health-related-quality of life (HRQL)'dır. HRQL, bireyin evde ve dışarıda aktivitelerini yerine getirebilme ve bunlardan zevk alma düzeylerini ölçer. The Sicknes impact profile- Hastalık etki profili (SIP) ise yeni bir ölçüm aracıdır. KOAH hastalarında sıklıkla kullanılmaktadır. Özellikle hastalıkla ilişkili davranış bozukluğunu belirlemek üzere tasarlanmıştır. 12 faaliyet alanını içerdiği için yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde geniş bilgi verir. Geçerlilik ve güvenilirliği yurt dışı çalışmalarda yapılmıştır. Hastanın kendi kendine uyguladığı 20-30 dakika süren bir ölçüm aracıdır. Uzun süre alması ise dezavantajıdır. Medical outcomes study (MOS)'un avantajı ise kısa olmasıdır. Yine birey kendi kendine uygulayabilir. Bireyin fiziksel, sosyal ve mental fonksiyonlarını içeren bir ölçektir. The Kats Adjusment Scale (KAS)'ın diğerlerinden farkı KOAH hastalarının ve yakınlarının yaşam kalitelerinin ölçümünde kullanılmasıdır. Hastanın işlevleri konusunda bağımsız bilgi edinmek ve hastanın yaşamının niteliğinin diğer kişilerce nasıl görüldüğünü belirlemek için uygun bir ölçektir. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ve the profile of Mood States (POMS); KOAH hastalarında yaygın olarak uygulanan, alışılmış, kolay ve daha çok bireyin ruh halini ölçen ölçeklerdir.

Quality of well being scale (QWB) 50 sorudan oluşan bir ölçek olup özellikle ev rehabilitasyonu ve pulmoner rehabilitasyon programlarının etkinliğini değerlendirmektedir. Oxygen cost diagram (OCD), hastalar bu ölçekte dispne nedeniyle aktivitelerinin kısıtlandığı noktayı 100 mm'lik dikey bir çizgi üzerinde işaretlerler. BDI'da Mahler ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, sadece nefes darlığının derecesini ölçen bir ölçektir.

SGRQ, zaman içersinde bireyde olan değışimleri gösteren hastalık semptomları etkisi ve aktivite durumunu içermektedir. The COPD Coping Questionnaire (CCQ); KOAH'lılarda hastalıkla başa çıkma düzeyini belirler. CRQ, GUYATT ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Özellikle hastanın hastalığı üzerindeki kontrolünü, dispne, yorgunluk, emosyonel fonksiyonlarını içerir. MPQLda akciğer hastalarında bireyin iyilik halini belirler ve anksiyete vb..bireyin düşünce durumuyla ilgilenir (23,47,35,36,39,48).

Short Form-36 (SF-36) yaşam kalitesi ölçeğı; klinik araştırmalarda, sağlık politikalarının belirlenmesinde kronik hastalığa sahip bulgulara ve genel populasyon incelemelerinde kullanılmaktadır. 1992 yılında Stewart ve arkadaşlarının geliştirmiş oldukları MOS ölçeğini temel alarak War ve arkadaşları SF-36'yı oluşturmuşlardır. Mahler ve arkadaşları SF-36'yı kullanarak 1995 yılında KOAH'lı hastalarda dispne ve akciğer fonksiyonları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. PW.Jones KOAH'lı hastalarda yapmış olduğu çalışmada SF-36'nın kullanım kolaylığı üzerinde durmuştur. Gürsel'in yaşam kalitesi araştırması adlı yazısında SF-36'nın araştırmalarda ve astım hastalarında FEV1 ile iyi korelasyon gösterdiğini bildirmektedir. (49). SF-36 yaşam kalitesi ölçeğı Türkiye'de Pınar tarafından (1995) diyabet hastalarında uygulanmıştır. Türkçe dil geçerliliğini, ölçüm geçerlilik ve güvenilirliğini yapmıştır. Tel de KOAH'lı hastaların yaaşam kalite düzeylerinin incelediğı araştırmasında SF-36'yı kullanmıştır(46,50).

Yukarıda sözü edilen ölçeklerden bazıları KOAH hastalarının yaşam kalitesi ölçümünde kullanılmıştır. Ancak ülkemizde bunların geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarına rastlanılmamıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ve ulaşılabilen tek ölçek SF-36 olması nedeniyle tercih edilmiştir.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğı 3 temel sağlık alanında oluşmaktadır; fonksiyonel durum, iyilik hali ve genel sağlık anlayışı.

1. Fonksiyonel Durum : Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol sınırlaması ve emosyonel rol sınırlaması olmak üzere 4 alt alandan oluşmaktadır.

a-) Fiziksel fonksiyonellik durumu ile bireyin günlük yaşam aktivitelerinde sınırlılık yaşıyıp yaşamadıkları (yürüme, koşma, banyo yapma, giyinme, merdiven çıkma),

b-) Sosyal fonksiyonellik durumu ile hastalık nedeniyle bireyin yaşadığı ruhsal sıkıntının ailesini, arkadaşlarını ve komşularıyla ilişkisini ne düzeyde etkilediğini,

c-) Fiziksel rol sınırlılığı ile geçen 4 hafta boyunca fiziksel rahatsızlık problemlerine bağlı olarak iş ve günlük aktivitelerini yaparken sınırlılık yaşıyıp yaşamadığını,

d-) Emosyonel rol sınırlılığı ile son 4 hafta boyunca hastalığın getirdiği ruhsal durum sonucu iş ve rutin işlerini yaparken sınırlama yaşıyıp yaşamadığı belirlenir.

2. İyilik Hali : Mental sağlık, zindelik, yorgunluk ve ağrı boyutlarında oluşur.

a-) Mental sağlık ile geçen bir ay süresince psikolojik iyilik halini,

b-) Zindelik-yorgunluk ile hastanın yorgunluk, bitkinlik, enerji düzeyini,

c-) Ağrı ile geçen 4 haftada ne kadar ağrı yaşadığını ve ağrının günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme düzeyini belirler.

3. Genel Sağlık anlayışı: Genel sağlık anlayışı ile bireyin sağlığına genel bakış açısı ve son iki yıl içerisindeki sağlığındaki değişiklikleri incelenir.

2.4. HEMŞİRELİK BAKIMI

Kronik hastalığın getirmiş olduğu yetersizlik bireyi göreceli bağımsızlıktan, belirli bir bağımlılığa itmektedir. KOAH ortalama yaşam süresinin üçte ikisinden fazlasını etkileyen, yaşamının fiziksel, emosyonel, entellektüel, sosyal boyutlarında önemli sınırlılıklara neden olan, günlük yaşam aktivitelerinde zorunlu değişikliklere yol açan ve bireyin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Hastalığın, hasta ve ailesine yaşattığı sıkıntılar bu bireylerin yaşam kalitesinin tartışılmasına yol açmıştır (2,914,48).

Hastalık süreci, hastanın aktivitelerini kısıtlayarak bireyi fiziksel güçsüzlüğe itmektedir. Oysa bireyin yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan fizyolojik gereksinimlerin karşılanması gerekmektedir. Bu gereksinimler karşılanmadığı sürece kişinin yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi güçleşecektir (9).

İnsanın temel gereksinimlerinden olan solunum KOAH'lı hastaların en önemli sorunudur. Gelişen dispne, hastanın aktivitelerini sınırlamaktadır. Pek çok hastanın solunum güçlüğüne bağlı olarak kendi işlerini yapmak istediklerinde güçlük yaşadıkları görülmektedir. Hastaların yaşadığı hareket kısıtlılığı, düşük kas gücü ve ilaçların yan etkileri bireyin aktivitelerini sınırlandırdığı saptanmıştır. Özellikle banyo yapma, giyinme, yemek yeme bireyler için karşılanması son derece güç olan gereksinimlerdir. Aynı zamanda akciğerlerin aşırı hava ile dolu olması eğilmeyi gerektiren (ayakkabı giyme gibi) uzun süre ayakta kalma (duş alma, traş olma) gibi hareketleri zorlaştırdığı bilinmektedir (26,27,31,37,35,48).Hastalar sekresyon birikimi, solunum sıkıntısı, kullandığı ilaçların yan etkisi ile uyku düzenlerinin bozulmasından ve uyuyamadıklarından yakınmaktadırlar(28,31,35).

KOAH'lı bireydeki dispne; eğilme, yürüme, kaldırma gibi hareketleri, beslenmede yetersizlik,cinsel aktivite, uyku düzeninin bozulması gibi günlük yaşamdaki en önemli gereksinimlerini karşılayamaz hale getirmektedir. Hasta birey zaman içerisinde yerinden hareket etmeyen, vaktini evde geçiren bağımlı (sedanter) bir yaşama doğru eğilim göstermektedir (2,26,27,28,31).

Yaşanan dispne bireyin yalnızca fiziksel fonksiyonlarını etkilemekle kalmayıp aynı zamanda psikolojik sorunları da beraberinde getirmektedir. Her an solunumunun duracağı korkusu bireyde anksiyeteyi doğurmaktadır.Anksiyete de dispneyi arttırmaktadır.Bu durum hastanın kendini kısır bir döngü içinde hissetmesine, dolayısıyla ailesi ve sosyal çevresi ile olan ilişkilerinin de bozulmasına neden olmaktadır (14,27,26,49).

Benlik saygısında azalma, yalnızlık, günün büyük bölümünü yatakta geçirme, aileye yük olma duygusunun anksiyete ve depresyona neden olduğu bilinmektedir (27,28,31,35,36,37).

Reddedilmişlik ve değersizlik duygusu hastanın başedebilme gücünü azaltır. Bu duygular bireyin sosyal ilişkilerinin engellenmesinin yanısıra, hastanın ev ve iş edinme gibi pek çok sosyal hakkına da kısıtlama getirmektedir. Sosyal rollerin sınırlandırılması, kişilerarası ilişkilerinin azalmasına ve olumsuz davranışlar sergilemesine yol açar. Dolayısıyla hasta yaşadığı çevrenin sınırlandırılması, aktivitelerindeki yetersizlik nedeniyle yaşamını sağlıklı düzeyde sürdüremez ve yaşam kalitesi düşer (5,35,39).

Fizik ve psikolojik yetersizlikler sonucu işini sürdüremeyen hasta bireyin sorunlarına bir de kronik hastalığın getirdiği giderler eklenmektedir. Çok sık hastaneye yatma, tedavi ve ilaç giderlerinin artması bireyin ve ailesinin ekonomik yönden sıkıntı yaşamasına neden olur (8,35,41).

Yapılan çalışmalarda bu bireylerin hastalıkları nedeniyle fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik yönden olumsuz etkilendiklerini ve bunun paralelinde yaşam kalitelerinin düştüğü saptanmıştır (14,27,28,31,35,36,39,49).

KOAH'ın getirmiş olduğu çok yönlü olumsuzluklar bireyin ve ailesinin başatma mekanizmasını giderek tüketir ve yaşamın niteliğinin giderek azalmasına neden olur. Hemşireliğin temel amacı; kendi temel gereksinimlerini karşılayamayan bireye yardım ederek yaşam nitelik ve kalitesini arttırmaktır. Bu aşamada, hemşirenin bütüncül sağlık anlayışı içinde, bireyin sağlık problemlerine çözüm bulabilmek için, KOAH nedeniyle hastanın ve ailesinin yaşamının nasıl ve ne düzeyde etkilendiğini ve problemin oluşumunda rol oynayan risk faktörlerini bilmeye gereksinimi vardır (31,49).

Hemşirelik bilminde yaşam kalitesine yönelik çalışmalar, hastayı rahatlatma, yardım etme, uygun bakım verme ve tamamı hemşireliğin alanı içinde olan yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeye yönelik hemşirelik hedefleri ile paralellik gösterir (41,43).

İnsan yaşamının devamlılığını sürdürebilmesi için bireyin temel insan gereksinimlerinin karşılanması gerekmektedir. Hemşireliğin tanımında da belirtildiği gibi, hasta ya da sağlıklı bireyin hastalık vb nedenlerle kendi temel gereksinimlerini karşılayamadıkları zaman onlar adına bu gereksinimleri karşılama sorumluluğunu

hemşirelerin üstlendiği tüm hemşire kuramcılar tarafından ifade edilmektedir. Bağımlı bir yaşama doğru giden, yeterli ve dengeli beslenmeyen, uyku durumu bozulan, sürekli ilaç kullanmak zorunda kalan ve ikincil enfeksiyonlara hazır olan KOAH'lı hasta ile yakın iletişimde bulunarak var olan sorunlarını saptayarak sorunları çözmede hemşirelerin sorumlulukları vardır. Bir başka deyişle hemşire bilinen sorunları önlemek üzere harekete geçer hastayı hem fiziksel hem de ruhsal olarak rahatlatır ya da hastanın bağımlılığını en aza indirerek kişisel bakımı için sorumluluk duygusu uyandırır (6,9,15,22,28,31,51).

Hasta sağlık durumunun izin verdiği düzeyde günlük yaşam aktivitelerini (GYA) yerine getirerek, hastalık ve dispne atakları ile nasıl başa çıkabileceğini öğrenerek, GYA'ni yaparken doğru solunum tekniklerini kullanarak , dispne korkusu ile kısıtlanmış fiziksel aktivite düzeylerini yeniden geliştirerek yaşam kalitesini artırabilir (10,26,38).

Kişinin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyi arttıkça fiziksel, psikolojik yönden kendini iyi hissetmeye başlar böylece O'nun ve ailesinin yaşam biçimi olumlu yönde değişir (26,48,31).

Kronik hastalığın getirdiği GYA'indeki kısıtlamalar, değişimler ve yaşadığı farklılığın bireyin psiko-sosyal yönünü de etkilediği belirtilmiştir. Bireyin sosyal izolasyondan kurtulması, sosyal ilişkilerini sürdürmesi ve yakın çevresinden destek görmesi baş etme gücünü tekrar kazandırır. Bu durumda hastaların özellikle hastalıklarına uyum sağlayabilmesi için çıkabilecek sorunlarının da çözülmesi gerekir(2,26,39,48).

Bireyin içinde bulunduğu güç durumda hemşire hastanın anksiyetesini azaltmaya ve hastalığını kabullenmesine yönelik eğitim programları düzenlemelidir. Bu eğitim programlarına bireyin aile ve yakın çevresi de katılmalı ve ev ortamında eğitimi sürdürülmelidir (23,26,28,35,39).

KOAH'lı hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasında hemşirenin rolü hastanın gereksinimlerini tanımak, bu gereksinimleri saptamak ve olası riskleri kontrol etmek ve hastanın yeni yaşam biçimine uyumu için hastaya eğitim vermektir(26).

KOAH'lı bireyin eğitimi şunları içermelidir; KOAH nedir? KOAH'a neden olan etmenler nelerdir ?, tedavisi, ilaçlar diyeti nasıldır? Hastalık bireyin beslenmesini, solunumunu, uykusunu, günlük aktivitelerini nasıl etkiler? Solunum egzersizleri, postural drenaj, öksürme egzersizleri nedir? Nasıl yapılır? Sigarayı bırakmanın yararları nelerdir? şeklinde bir plan oluşturmalı, hasta ve ailesi ile birlikte hastalığın kabullenilmesi ve başa çıkma yolları öğretilerek, eğitim ve danışmanlık hizmeti sürdürülmelidir (9,23,26,28,38;47,48,51).

Son yıllarda pek çok araştırmacı verilen eğitim ve rehabilitasyonun gerekliliğini savunmaktadır. Bireyin varolan fonksiyonlarını sürdürme, fonksiyon yeteneğini arttırma, yaşam kalitesini iyi yönde değiştirmede önemli olduğu vurgulanmaktadır. Kaynaklarda, verilen eğitimin hastanın iyilik hali üzerinde olumlu etkisi olduğu ve verilen eğitim ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır (19,22,23,31).

Hemşirelik, bireyin maksimum düzeyde sağlıklı olmasına yardımcı olmayı amaçladığı için bu görüş doğrultusunda hastaların yaşam kalitelerinin incelenmesi önem taşımaktadır.

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Şekli

KOAH'lı hastaların yaşam kalitelerini belirlemek, yaşam kalitesi ile sosyodemografik değişkenler ve hastalık ile ilgili değişkenler arasındaki ilişkileri araştırmak amacı ile tanımlayıcı olarak uygulanmıştır.

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri

Araştırma Zonguldak il sınırları içinde bulunan Sosyal Sigortalar Göğüs ve Meslek hastalıkları hastanesinde yapılmıştır.

Sosyal Sigortalar Kurumu Göğüs ve Meslek Hastalıkları hastanesi 4 servisten oluşmaktadır. Hastanede 175 yatak, 13 doktor, 25 hemşire, 3 eczacı, 18 hizmetli bulunmaktadır. 1996 yılı içinde hastaneye başvuran hasta sayısı 4175 olup, bunun 1200'ü KOAH'lıdır.

3. 3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Sosyal Sigortalar Kurumu Göğüs ve Meslek hastalıkları hastanesine 1996-1997 döneminde yatan toplam 1200 KOAH'lı hasta evreni oluşturmaktadır. 1998 Ocak ve Mart ayları arasında hastaneye yatan, örneklemin özelliklerine uygun olan 60 KOAH'lı hasta örneklemini oluşturmaktadır.

3.4.1. Örneklemin Özellikleri

Sadece KOAH tanısı almış olup başka bir ek hastalığı olmayan, soruları yanıtlayabilecek durumda olan hastalar örnekleme alınmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında iki form kullanılmıştır. Birinci form; araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanmıştır. Form bireylerin sosyo-demografik özelliklerini ve hastalık ile ilgili değişkenleri içermektedir. İkinci form; yaşam kalitesini ölçmek üzere geliştirilen ve Pınar(16) tarafından ülkemize uyarlanan SF-36 adlı yaşam kalitesi ölçeğidir (Short form health survey-36). Bu ölçeğin Cronbach's Alpha değeri, diyabet hastaları, hemodiyaliz hastaları ve kardiyak hastaları için sırasıyla .91, .92 ve .90.5'tir. Total olarak da .92'dir.

Her iki form belirlenen örneklem grubuna araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Özellikleri

SF-36(short form) Ware(16) tarafından 1987 yılında geliştirilen bir ölçektir. Klinik araştırmalarda, kronik hastalığa sahip olan gruplara ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılabilir. 14 yaş ve üstüne uygulanabilmektedir.

Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin fonksiyonel durum, iyilik hali, genel sağlık durumu olmak üzere 3 ana başlığı ve bunun içinde 9 sağlık kavramı vardır.

SF 36' NİN HER BİR ALT BAŞLIĞININ SON PUANLAMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ				
3 majör sağlık alanı	9 sağlık kavramı	Toplam Ham Başlık puanı	Beklenen düşük ve en yüksek puan	Olası en puan
I. FONKSİYONEL DURUM	Fiziksel fonksiyon	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10-30	20
	Sosyal fonksiyon	6+9j	2-21	9
	Fiziksel Rol fonksiyon	4a+4b+4c+4d	0-4	4
	Emosyonel Rol Fonksiyon	5a+5b+5c	0-3	3
II. İYİLİK HALİ	Mental sağlık	9b+9c+9d+9f+9h	5-30	25
	Zindelik Yorgunluk	9a+9e+9g+9i	4-24	20
	Ağrı	7+8	2-11	9
III. GENEL SAĞLIK ANLAYIŞI	Sağlığa genel bakış açısı	1+10a+10b+10c+10d	5-25	20
	Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik	2	1-5	4
Skalanın değerlendirilmesi: Ham skala puanının dönüştürülmesi: Dönüştürülmüş puan: $\frac{\text{Ham skala puanı} - \text{En düşük olası puan}}{\text{Olası puan}} \times 100$ Örnek; Fiziksel fonksiyon puanı 21 ise bu puan şu şekilde dönüştürülür $[(21-10)/20] \times 100 = \%55$				

Tablo, beş sütundan oluşmaktadır. 1.sütun fonksiyonel durum, iyilik hali, genel sağlık anlayışını içeren 3 majör sağlık alanını göstermektedir. 2.sütun; bu 3 majör sağlık alanına göre, 9 sağlık kavramının dağılımını göstermektedir. 3.sütun; bu kavramların skalada hangi sorularla ifade edildiğini, 4.sütun; her bir sağlık kavramı için alınabilecek en düşük ve en yüksek puanı, 5.sütun ise skalada her bir sağlık kavramı için alınabilecek ortalama olası puanı göstermektedir.

Tablonun alt bölümünde skalanın değerlendirilmesi bulunmaktadır. Üç majör sağlık alanından elde edilen puanlar skalanın *ham puanını* oluşturmaktadır. Bu ham skala puanının kullanılabilir olması için, tabloda belirtilen formül kullanılarak *dönüştürülmüş skala puanı* elde edilmiştir.

Sonuç olarak, fonksiyonel durum, iyilik hali ve genel sağlık anlayışı

bölümlerinden elde edilen dönüştürülmüş puanların toplanmasıyla bireylerin *yaşam kalitesi* puanı elde edilmiştir.

Yaşam kalitesi ölçeği ve herbir ifadenin puanlaması Ek 2 de verilmiştir.

SF-36 her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilgili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (pozitif puanlama). Skala puanı 0-100 arasındadır.

SF-36'yı seçmemizin nedenleri; kavramın tanımı ve kullanımı konusunda basılı bir rehberin olması ayrıca pek çok klinik araştırmada kullanılmış ve bu çalışmalarda, geçerlilik ve güvenilirliğinin gösterilmiş olmasıdır. Tatlıcıoğlu ve arkadaşları 1994 yılında yapmış oldukları çalışmada KOAH hastalarında bir saniyedeki zorlu ekspirasyon düzeyi(FEV1) ve SF-36 ile ölçülerek elde edilen yaşam kalitesi puanı arasındaki ilişkiye bakılmış ve iyi bir korelasyon gösterdiğini bildirmiştir. Diğer bir ifade ile FEV1 düzeyi artıkça yaşam kalitesi artacaktır. Pınar, diyabet hastalarında, Tel'de KOAH'lı hastalarda yaşam kalitesini belirlemek amacı ile bu formu kullanmışlardır.

3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları

Ölçeğin önemli bir dezavantajı uyku, kontrollü fonksiyon, seksüel fonksiyon ve aile fonksiyonu ile ilgili başlıkları içermemesidir. Bu nedenle araştırmada KOAH'lı hastaların bu yönleri ele alınamamıştır.

Araştırma yapılan hastanenin teknik donanım yetersizliği nedeniyle hastaların FEV değerlerine bakılamamıştır.

Zaman kısıtlılığı nedeniyle örneklem, evreni temsilde yetersiz kalmıştır.

3. 8. Verilerin Değerlendirilmesi

SF-36'ya göre ölçeğin standart değerlendirilmesi yapılmış, elde edilen veriler SPSS programında kodlanarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen puan, bağımsız değişkenleri ise sosyo demografik özellikler ve hastalık ile ilgili değişkenlerdir. Bu değişkenler arasındaki fark ve ilişkiyi incelemek üzere, varyans analizi, tukeys B testi, t- testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Levene's testi yapılarak grupların homojenitesi sağlanmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan KOAH'lı hastaların tanıtıcı özellikleri, toplam yaşam kalitesi puan dağılımı, hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri, yaşam kalitesinin alt boyutları ile toplam yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki ve bunları etkileyen etmenler ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Araştırma örneklemine alınan hastaların tanıtıcı özellikleri; Hastalıklarına ilişkin bulgular ve toplam yaşam kalitesi puan dağılımları tablo 1’de görülmektedir.



Tablo 1. Araştırmanın Örneklemine Alınan Hastalara İlişkin Bulgular

TABLO 1.KOAH'lı Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	SAYI	%
Yaş		
18-27	1	1.70
28-37	-	-
38-47	4	6.70
48-57	4	6.70
58 Yaş ve Üstü	51	85.00
Cinsiyet		
Kadın	25	41.70
Erkek	35	58.30
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar Değil	43	71.70
Okur-Yazar	4	6.70
İlkokul Mezunu	-	-
Ortaokul Mezunu	11	18.30
Yüksek Okul Mezunu	2	3.30
Mesleği		
Memur	1	1.70
Çiftçi	11	18.30
İşçi	1	1.70
Serbest Meslek	3	5.00
Emekli	34	56.70
Ev Hanımı	10	16.70
Çalışma Yılı		
1-5 Yıl	3	5.00
6-11 Yıl	2	3.30
12-17 Yıl	4	6.70
18 Yıl ve Üzeri	41	68.30
Medeni Durumu		
Evli	44	73.30
Bekar	-	-
Dul	15	25.00
Boşanmış	1	1.70
Kiminle Yaşadığı		
Yalnız	3	5.00
Eş	16	26.70
Eş ve Çocuklar	32	53.30
Çocuklar	8	13.30
Aile Büyükleri	1	1.70
Diğer	-	-
Sosyal Güvencesi		
Var	60	100
Yok	-	-

Tablo.1’de araştırma kapsamına alına KOAH’lı hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir.

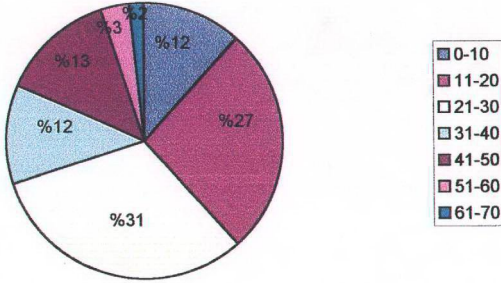
Araştırmamıza katılan hastaların %85’i 58 yaş ve üstü iken, %1’i 18-27 yaş grubunu oluşturmaktadır. Hastaların, %58.30’u erkek, %41.70’i kadındır. Eğitim durumlarına bakıldığında %71.70’inin okur-yazar olmadığı, %2’sinin yüksekokul mezunu olduğu görülmektedir. KOAH’lı hastaların %56.70’ini emekliler, %18.30’unu çiftçiler, %16.70’ini ev hanımları, %5’ini serbest meslek sahipleri, %1.70’ini memurlar, %1.70’ini işçiler oluşturmaktadır. Çalışma yıllarına bakıldığında ise örneklem kapsamındaki KOAH’lı hastaların %68.30’unun 18 yıl ve üzerinde, %3.30’unun da 6-11 yıldır çalışanlar olduğu saptanmıştır. Hastaların %73,30’u evli, %25’inin dul, %1.70’inin boşanmış olduğu belirlenmiştir. Bu gruptaki hastaların %53.30’unun eş ve çocuklarıyla, %26.70’inin eşiyle, %13.30’unun çocuklarıyla, %5’inin yalnız, %1.70’inin aile büyükleriyle yaşadığı saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki hastaların tamamının sosyal güvencesi bulunmaktadır.

TABLO 2.KOAH’lı Hastaların Hastalıklarına İlişkin Bulgular	Sayı	%
Sahip Olduğu Hastalık Yılı		
1-5 Yıl	20	33,30
6-11 Yıl	13	21,70
11 Yıl ve Üzeri	27	45,00
Hastaneye Yatış Sayısı		
Bir Kez	18	30,00
İki Kez	13	21,70
Üç Kez	5	8,30
Hiç Yatmayan	11	18,30
Dört Kez ve Üzeri	13	21,70

Tablo 2’de hastaların hastalıkları ile ilgili tanıtıcı özellikleri verilmiştir.

Hastaların %45’i 11 yıl ve daha uzun süredir hasta iken %33.30’u 1-5 yıldır, %21.70’i 6-11 yıldır KOAH tanısına sahiptir. %18.30’unun bu yatışları hariç, son bir yıl içinde hastaneye hiç yatmadıkları, %21.70’inin iki kez, yine aynı oranda %21.70’inin dört kez ve üzeri, %30’unun bir kez hastaneye yattıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Grafik-1 KOAH'lı Hastaların Toplam Yaşam Kalitesi Puan Dağılımları



Yukarıdaki grafikte KOAH'lı hastaların toplam yaşam kalitesi puan dağılımı yer almaktadır. Bireylerin yaşam kalitelerini ölçmek için kullandığımız SF-36'nın skala puanı 0-100 arasındadır. Çalışmamıza katılan 60 kişiden 57 kişi (%95) 50 puan ve altında, 3 kişi (%5) 51-70 puan arasında almıştır. Hastaların hiç biri 70 ve üzeri puan alamamıştır.

TABLO 3. Bireylerin yaşlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları

Yaş	58 yaş ve ↓		58 yaş ve ↑			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	t	P
Fonksiyonel Durum	31,16	35,39	18,71	20,89	1,46	>0,05
İyilik Hali	27,47	9,71	29,07	12,96	0,35	>0,05
Genel Sağlık	25,56	21,39	23,58	15,53	0,33	>0,05
Toplam Yaşam Kalitesi	28,06	19,76	23,79	13,06	0,83	>0,05

* 58 yaş ve altı grup sayısı az olduğu için birleştirilmiştir (n=9).

Yukarıdaki tabloda KOAH'lı bireylerin yaşlarına göre dağılımı yer almaktadır. 58 yaş ve altı grubun fonksiyonel durum puanı $\bar{X}=31,16 \pm 35,39$, iyilik hali $\bar{X}=27,47 \pm 9,71$, genel sağlık $\bar{X}=25,56 \pm 21,39$ toplam yaşam kalitesi $\bar{X}=23,79 \pm 19,76$ olarak tesbit edilmiştir. Gruplar arası yaşam kalitesi ortalama puanları yönünden farkı belirlemek amacıyla t-testi yapılmıştır. Fonksiyonel durum, iyilik hali, genel sağlık anlayışı ve toplam yaşam kalitesi puanları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$, $p>0.05$, $p>0.05$, $p>0.05$)

TABLO 4 Bireylerin cinsiyetine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları

Cinsiyet	Kadın		Erkek		T	P
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Fonksiyonel Durum	20,57	25,24	20,59	22,84	0,02	>0,05
İyilik Hali	22,86	9,38	33,10	12,75	3,58	<0,02
Genel Sağlık	20,60	16,25	26,21	16,21	1,32	>0,05
Toplam Yaşam Kalitesi	21,34	14,13	26,63	13,93	1,14	>0,05

Yukarıdaki tabloda KOAH'lı bireylerin cinsiyetine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları yer almaktadır. Gruplar arası ortalamalarda farkı belirlemek amacıyla t-testi yapılmıştır, t-testi sonucuna göre kadınlar için fonksiyonel durum puanı $\bar{X}$ = 20,57±25,24 iyilik hali $\bar{X}$ = 22,86±9,38, genel sağlık $\bar{X}$ =26.60±16,25 ve toplam yaşam kalite puanı $\bar{X}$ =21,34±14,13 iken erkekler fonksiyonel durum $\bar{X}$ =20,59±22,84 iyilik hali $\bar{X}$ = 33,10±12,75 genel sağlık $\bar{X}$ =26,21±16,21 ve toplam yaşam kalite puanı için genel sağlık $\bar{X}$ =26,63±13,93 bulunmuştur. Test sonucuna göre kadın ve erkek olma durumu ile iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken ($p<0.02$) diğerleri arasında fark bulunamamıştır ($p>0.05$, $p>0.05$, $p>0.05$).

TABLO 5 Bireylerin eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları

Eğitim Durumu	OkurYazar Değil		Okur Yazar			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	T	P
Fonksiyonel Durum	19,41	21,97	17,00	23,54	0,60	>0,05
İyilik Hali	28,34	12,94	30,07	11,46	0,48	>0,05
Genel Sağlık	23,08	16,69	25,88	15,69	0,59	>0,05
Toplam Yaşam Kalitesi	23,61	13,74	26,50	15,33	0,70	>0,05

*Okur yazar grubuna, ortaokul mezunu ve yüksek okul mezunu birleştirilmiştir (n=13)

Yukarıdaki tabloda KOAH'lı bireylerin eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları ve bunlar arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Okur-yazar olmayanların fonksiyonel durum puanı $\bar{X}$ =19,41 ±21,97, iyilik hali $\bar{X}$ =28,34 ±12,94, genel sağlık $\bar{X}$ =23,08 ±16,69, toplam yaşam kalite puanı $\bar{X}$ =26,31 ±13,74olarak bulunmuştur. Fonksiyonel durum $\bar{X}$ =17,00 ±23,54, iyilik hali $\bar{X}$ =30,07 ±11,46, genel sağlık $\bar{X}$ = 25.88 ±15,69, toplam yaşam kalitesi $\bar{X}$ =26,50±15,33 olarak belirlenmiştir. Toplam yaşam kalitesi ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0.05$, $p>0.05$, $p>0.05$, $p>0.05$).

TABLO 6. Bireylerin mesleklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları

İş	Çiftçi		Serbest		Emekli		Ev Hanımı		f	P
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Fonksiyonel Durum	18,91	21,32	23,17	43,29	19,88	19,97	23,50	29,14	0,09	>0,05
İyilik Hali	20,30	9,94	33,26	6,29	32,69	12,82	22,89	9,87	4,4	<0,01
Genel Sağlık	25,45	16,19	17,50	16,11	26,40	15,96	16,75	17,36	1,2	>0,05
Toplam Yaşam Kalitesi	21,56	12,02	24,64	19,47	26,32	13,33	21,05	17,13	0,53	>0,05

Yukarıdaki tabloda KOAH'lı bireylerin mesleklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında fonksiyonel durum çiftçilerde ortalaması $\bar{X}=18,91\pm 21,32$ en düşük, ev hanımlarında $\bar{X}=23,50\pm 29,14$ ile en yüksektir. Yine emeklilerde iyilik hali, genel sağlık anlayışı, toplam yaşam kalite puan ortalamaları sırasıyla $\bar{X}=32,69\pm 12,82$, $\bar{X}=26,40\pm 15,96$, $\bar{X}=26,32\pm 13,33$ ile diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Puan ortalamaları arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi F değerleri sonucunda, gruplar arasında sadece iyilik hali için fark bulunmuştur $F=4.4$ ($p<0.01$). Bu farkın hangi gruptan geldiğini anlamak amacıyla yapılan Tukey's B testi sonucuna göre emekli grup ($\bar{X}=32.69\pm 12,82$) ile çiftçilerin ($\bar{X}=20.30\pm 9,94$) bu gruplardan farklı olduğu bulunmuştur.

TABLO 7. Bireylerin Çalışma Yıllarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Çalışma Yılı	18 Yıldan Az		18 Yıl ve -↑			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	t	P
Fonksiyonel Durum	32,75	37,77	19,15	19,84	1,55	>0.05
İyilik Hali	32,52	7,57	29,74	13,63	0,59	>0.05
Genel Sağlık	33,33	18,24	24,82	15,43	1,45	>0.05
Toplam Yaşam Kalitesi	32,87	16,90	24,57	13,31	1,61	>0.05

* 1-5 yıl, 6-11 yıl, 12-17 yıldır çalışan gruplar birleştirilmiştir (n=9).

Yukarıdaki tabloda KOAH'lı bireylerin çalışma yıllarına göre dağılımı yer almaktadır. 18 yıldan az çalışan gurubun fonksiyonel durum puanı $\bar{X}=32.75\pm 37,77$, iyilik hali $\bar{X}=32,52 \pm 7,57$ genel sağlık anlayışı $\bar{X}=33,33\pm 18,24$ toplam yaşam kalite puanı $\bar{X}=32,87\pm 16,90$ ile 18 yıl ve daha fazla çalışanların yaşam kalite puan ortalamaları daha yüksektir. Gruplar arası ortalamalar yönünden farkı belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçlarında fonksiyonel durum, iyilik hali, genel sağlık

anlayışı ve toplam yaşam kalitesi puanları ile çalışma yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p>0.05$, $p>0.05$, $p>0.05$, $p>0.05$).

TABLO 8 Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Medeni Durum	Evli		Dul			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	T	P
Fonksiyonel Durum	23,26	25,38	13,20	16,60	1,47	>0,05
İyilik Hali	29,98	12,40	25,68	12,40	1,18	>0,05
Genel Sağlık	24,77	15,92	21,41	17,70	0,70	>0,05
Toplam Yaşam Kalitesi	26,00	14,71	20,10	11,79	1,44	>0,05

* Boşanmış ve dul olan grup birleştirilmiştir (n=16).

Yukarıdaki tabloda KOAH'lı bireylerin medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları yer almaktadır. Evlilerin fonksiyonel durum puanı $\bar{X}=23,26\pm25,38$ iyilik hali $\bar{X}=29,98\pm12,40$ genel sağlık anlayışı $\bar{X}=24,77\pm15,92$ toplam yaşam kalite puanı $\bar{X}=26,00\pm14,71$ ile dul olanlarda fonksiyonel durum puanı $\bar{X}=13,20\pm16,60$ iyilik hali $\bar{X}=25,68\pm12,40$ genel sağlık anlayışı $\bar{X}=21,41\pm17,70$ toplam yaşam kalite puanı $\bar{X}=20,10\pm11,79$ olarak saptanmıştır. Gruplar arası ortalamadan farkı belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucuna göre evli ve dul olma durumu ile fonksiyonel durum, iyilik hali, genel sağlık anlayışı ve toplam yaşam kalitesi puanları ile çalışma yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$, $p>0.05$, $p>0.05$, $p>0.05$).

* Araştırmaya katılan 60 kişinin hepsinin sosyal güvencesinin olması, birlikte yaşadığı kişilerin dağılımının uç noktalarda olması nedeniyle istatistiksel bir çalışma yapılmamıştır.

TABLO 9. Bireylerin Hastalığa Sahip Oluş Yıllarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

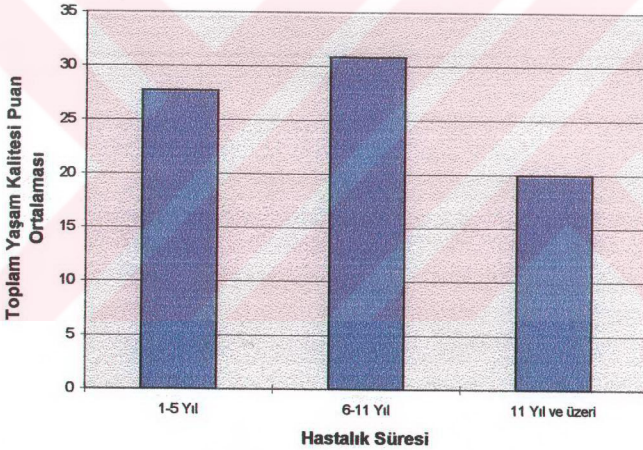
Hastalığa Sahip Yılı	1-5 Yıl		6-11 Yıl		11 Yıl - ↑			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	F	P
Fonksiyonel Durum	27,01	27,07	28,48	30,38	12,01	12,99	3.51	< 0.05
İyilik Hali	29,96	12,65	32,52	11,25	26,22	12,74	1.25	> 0.05
Genel Sağlık	26,00	12,15	31,52	23,33	18,61	13,58	3.23	<0,05
Toplam Yaşam Kalitesi	27,66	13,21	30,85	19,28	19,95	4,32	4.32	<0,02

Yukarıdaki tabloda KOAH'lı bireylerin hastalığa sahip oluş yıllarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları yer almaktadır. Arasındaki farkı belirlemek

amacıyla tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Varyans analizi sonuçlarına göre iyilik hali yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Fonksiyonel durum, genel sağlık, toplam yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$, $p<0.05$, $p<0.02$). Gruplar arasındaki farkın hangi gruptan geldiğini anlamak amacıyla Tukey's B testi yapılmıştır. Gruplar arasında fonksiyonel durum için 1-5 yıl ve 11 yıl ve üzeri hastalığa sahip olan grup arasında, genel sağlık anlayışında 6-11 yıl, 11 yıl ve üzeri hastalığa sahip grup arasında, toplam yaşam kalitesi için 6-11 yıl, 11 yıl ve üzeri grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür.

KOAH'lı hastaların hastalık süresi ile toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları grafik -1'de görülmektedir.

Grafik-1 KOAH'lı Hastaların Hastalık Süresi İle Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları Dağılımı



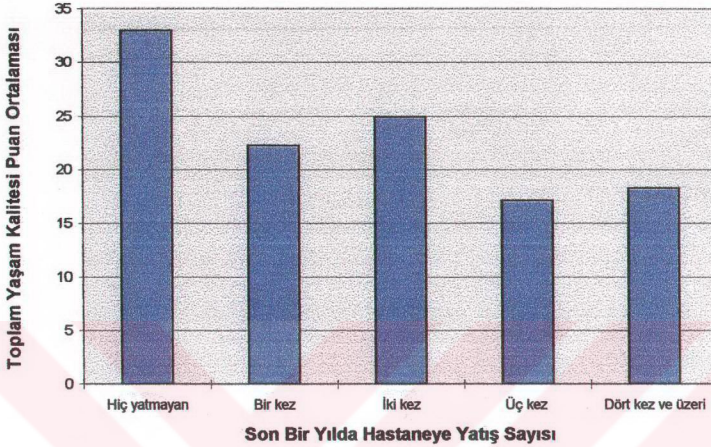
TABLO 10 Bireylerin Hastaneye Yatış Sayısına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Yatış Sayısı	Hiç		Bir Kez		İki Kez		Üç Kez		Dört ve - ↑			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	f	P
Fonksiyonel Durum	37,95	34,42	18,90	15,69	25,73	27,41	5,31	6,00	8,94	9,93	3,46	<0,02
İyilik Hali	28,84	12,81	31,23	13,31	28,99	14,40	25,15	11,50	26,77	10,29	0,34	>0,05
Genel Sağlık	32,05	20,34	25,69	10,67	20,19	17,09	21,00	17,09	19,23	17,69	1,23	>0,05
Toplam Yaşam Kalitesi	32,95	19,45	22,27	10,96	24,97	15,55	17,15	7,74	10,96	10,28	2,10	>0,05

Yukarıdaki tabloda KOAH'lı bireylerin son bir yıl içerisinde hastaneye yatış sayısı ile yaşam kalitesi puan ortalamaları yer almaktadır .Son bir yıl içinde hastaneye hiç yatmayan gurubun fonksiyonel puan ortalaması $\bar{X}=37,95\pm34,42$ iken bir kez yatanın $\bar{X}=18,90\pm15,69$ olarak bulunmuştur.Hastaneye hiç yatmayan gurubun iyilik hali yaşam kalite puan ortalamaları $\bar{X}=28.84\pm12,81$ iken bir kez yatan $\bar{X}=31,23\pm13,31$ iki kez yatan $\bar{X}=28,99\pm14,40$ üç kez yatanların $\bar{X}=25,15\pm11,50$ dört kez ve daha fazla yatanların $\bar{X}=26,77\pm10,29$ dir. Genel sağlık anlayışı ise yine hiç yatmayanların en yüksek iken $\bar{X}=32.05\pm20,34$ dört ve daha fazla yatanların $\bar{X}=19,23\pm17,69$ olarak belirtilmektedir. Toplam yaşam kalite puan ortalamaları hiç yatmayan gurubun $\bar{X}=32,95\pm19,45$ bir kez yatanın $\bar{X}=22,27\pm10,96$ iki kez yatanın $\bar{X}=24,97\pm15,55$ üç kez yatanların $\bar{X}=17,15\pm7,74$ dört kez ve daha fazla hastaneye yatanların yaşam kalite puanı $\bar{X}=10,96\pm10,28$ olarak düşüş gösterdiği bulunmuştur. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucuna göre iyilik hali, genel sağlık anlayışı ve toplam yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$, $p>0.05$, $p>0.05$)fonksiyonel durum için anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F:3.46$)($p<0.02$) .Bu farkın hangi iki gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey's B testi sonucuna göre hastaneye son bir yıl içerisinde hiç yatmayan grup ile dört ve daha fazla yatan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

KOAH'lı hastaların hastaneye yatış sayısı ile toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları grafik 2'de verilmiştir.

Grafik-2 KOAH'lı Hastaların Hastaneye Yatış Sayısı İle Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları Dağılımı



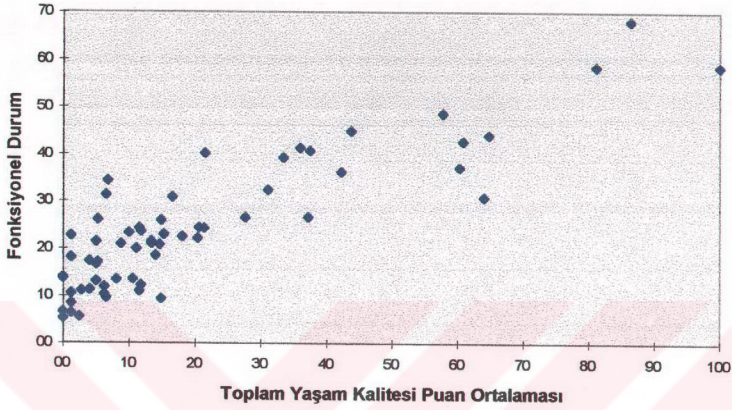
TABLO 11. KOAH'lı Hastaların Yaşam Kalitesinin Alt Boyutları İle Toplam Yaşam Kalite Puanları Arasındaki İlişki

	Toplam Yaşam Kalitesi	
	R	P
Fonksiyonel Durum	0.6	< 0.01
İyilik Hali	0.8	< 0.01
Genel Sağlık Anlayışı	0.8	< 0.01

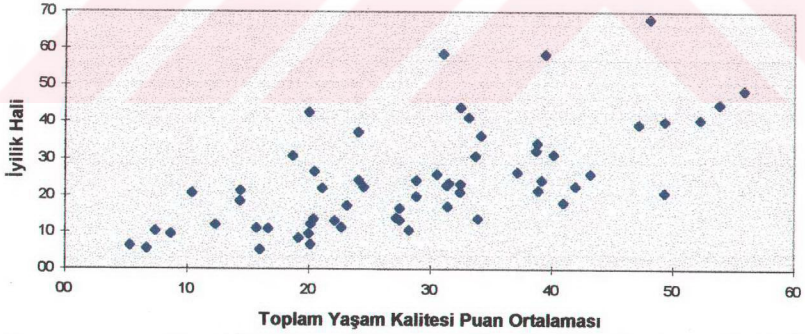
Yukarıdaki tabloda KOAH'lı bireylerin fonksiyonel durum, iyilik hali, genel sağlık anlayışları yaşam kalite puan ortalamaları ile toplam yaşam kalitesi ortalamaları arasında bir korelasyon olup olmadığı incelenmiştir. Araştırma sonucunda her bir alandaki yaşam kalitesi ile toplam yaşam kalitesi puanı arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.6$, $r=0.8$, $r=0.8$).

KOAH'lı hastaların toplam yaşam kalitesi puanı ile fonksiyonel durum, iyilik hali, genel sağlık anlayışı arasındaki ilişkiler grafik 4,5,6 da görülmektedir.

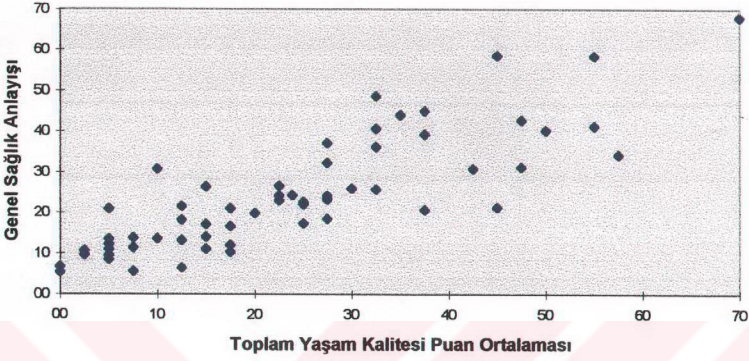
**Grafik-4 Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalaması ile
Fonksiyonel Durum Arasındaki İlişki**



**Grafik-5 Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalaması ile İyilik Hali
Arasındaki İlişki**



Grafik-6 Toplam Yaşam Kalitesi Puan Ortalaması İle Genel Sağlık Anlayışı Arasındaki İlişki



BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1. KOAH'lı Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

KOAH, 35-70 yaşları arasında görülen daha çok ileri yaş grubunun hastalığı olarak kabul edilmektedir. Aynı zamanda daha sık oranda erkeklerde görülmekle birlikte son yıllarda sigara içiminin kadınlarda artması ile kadınlarda da görülme oranı artmıştır (3,7,49,53). Çalışmamıza katılanların %85 gibi büyük bir kısmı 58 yaş ve üstü bireylerden oluşmaktadır. Yine araştırmamıza katılan kadınlar %42 iken erkek hasta oranı %58 olarak bulunmuştur. Bu veriler literatür ile benzerlik göstermektedir (Tablo 1).

KOAH ileri yaş grubunun hastalığı olması nedeniyle bireylerin çoğu emeklilik yaşına gelmektedir. Bizim de araştırmamıza katılan hastaların %56 gibi büyük çoğunluğunu emekliler oluşturmaktadır (Tablo 1).

KOAH etken madde ile uzun süre karşılaşanlarda daha sık görülmektedir. Bu araştırmada da 18 yıl ve üzeri çalışanlar %68 oranında yer almaktadır. Çalışmamıza katılan KOAH'lı hastaların büyük bir kısmını emekli maden işçileri oluşturmaktadır (Tablo 1).

Hastaların %95'inin toplam yaşam kalite puanı 0-50 iken çok az bölümü %5, 51-70 puan almışlardır. En üst puan olan 100 puanı hiç bir hasta alamamıştır. Bu nedenle toplam yaşam kalite puan ortalaması $\bar{X} = 25,7$ olarak çok düşük düzey olduğu saptanmıştır (Grafik 1).

5.2 KOAH'lı Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalite Puanları

Yaş; Yaşlanma ile akciğer elastik yapısında kayıplar, solunum kaslarında zayıflama, yaşlanmaya bağlı kondüsyon kaybı ve hareket kısıtlılığı bireylerin yaşam kalitelerini düşürmektedir. Araştırma sonuçlarımızda hastaların yaşları arttıkça yaşam kalitesinin belirleyicilerinden olan fonksiyonel durum, iyilik hali, genel sağlık anlayışı ve toplam yaşam kalitesi puanı azaldığı görülmektedir. (Tablo 3) Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$, $p > 0.05$, $p > 0.05$, $p > 0.05$). Ketelars ve ark., Guyat ve ark. yaptıkları çalışmalarda yaşın getirdiği kısıtlamalar nedeniyle yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği bildirilmektedir. Mc.Sweeny geliştirdiği yaşam

kalitesi modelinde yaşın hastalığa dolaylı, yaşam kalitesine doğrudan etkisi olduğunu vurgulamaktadır(39,27,37)

Cinsiyet; KOAH'lı

hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalite puanlarına bakıldığında (Tablo 4) erkeklerin yaşam kalitesinin her üç boyutunda toplam yaşam kalite puanlarının daha yüksek olduğu görölmektedir. Erkeklerin iyilik hali boyutunda yaşam kalite puan ortalaması $\bar{X}=33.10$ ile kadınlara göre oldukça yüksek düzeydedir. Yapılan istatistik analizde de kadın ve erkek cinsiyeti arasında fonksiyonel durum, genel sağlık anlayışı ve toplam yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$, $p>0.05$, $p>0.05$), iyilik hali $P<0.02$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. İyilik hali daha çok bireyin duygusal durumuna ilişkin boyutunu göstermektedir. Bu şekilde bakıldığında kadınların hastalıklarının getirmiş olduğu sınırlıklardan emosyonel anlamda daha fazla etkilendiklerini düşünölmektedir. Gordon ve Ketelars'ın yaptıkları araştırmalarda cinsiyet ile yaşam kalitesi puanı arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır (27,39). Bu sonuçlarla bizim sonuçlarımız uyum göstermektedir. Tel'in yaptığı çalışmada cinsiyet ile genel sağlık puanı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varken, cinsiyet ile yaşam kalitesinin diğer yönleri arasında istatistiksel olarak önemli olmayan pozitif yönlü bir ilişki olduğunu saptamıştır(50).

Eğitim; Eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasındaki fark incelendiğinde okur yazarların yaşam kalite puanlarında okur yazar olmayanlara göre çok az düzeyde artış görölmüş ve yapılan istatistiksel analizde yaşam kalitesinin tüm boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır (Tablo 5), ($p>0.05$, $p>0.05$, $p>0.05$, $p>0.05$). Bu sonucu araştırma kapsamına alınan hastaların %71'inin okur -yazar olmamasının etkilediği düşünölmektedir. Literatürde bireylerin eğitim durumları arttıkça hastalığın getirmiş olduğu kısıtlamalar ile daha iyi başa çıktıkları , uyumlarının iyi olduğu , tedaviyi ve verilen eğitimi daha çabuk benimsedikleri ve yaşam kalitelerinin de arttığı bildirilmektedir (3,5,28). Tel'in araştırmaları literatürü desteklemekte fakat bizim sonuçlarımızla uyum göstermemektedir(50).

Meslek; Literatürde mesleki faktörlerin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (7,51), Tablo 6'da meslek ile toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında iyilik hali için emeklilerin $\bar{X}=32.69$ ile en üst düzeyde çiftçilerin ise $\bar{X}=20.30$ ile en alt düzeyde puan aldıkları görölmektedir. Bu sonuca göre çalışan ve fazla

aktivite harcamak zorunda olan çiftçilerin sedanter bir hayata sahip olan emeklilere göre daha fazla sınırlılık yaşadıkları ve bunun da yaşam kalitelerini duygusal anlamda olumsuz yönde etkilediği sanılmaktadır.Yapılan istatistiksel analizde iyilik hali için $P<0.01$ oranında anlamlı, fonksiyonel durum,genel sağlık anlayışı ve toplam yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamsız bir fark bulunmuştur($p>0.05$, $p>0.05$, $p>0.05$,). Mc.Sweeny meslek gruplarının yaşam kalitesini etkilediğini gösteren çalışmasının sonuçlarıyla araştırma bulguları paralellik göstermektedir.(35). Tel'de sonuçlarında, bireylerin sahip olduğu meslekten mental sağlık boyutu dışında yaşam kalitesini tüm boyutlarının etkilendiğini belirtmektedir. Hastaların fiziksel durumunda kötüleşmeyle ortaya çıkan fonksiyonel yetersizliğin, yaşam kalitesini azalttığı belirtmiştir (50). Tel'in bu sonuçları bizim araştırmamızla uyum göstermektedir.

Çalışma Yılları; Araştırma sonuçlarımızda bireylerin çalışma yılları arttıkça yaşam kalitesi ortalama puanlarının düştüğü saptanmıştır ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmamıştır($p>0.05$, $p>0.05$, $p>0.05$, $p>0.05$) Hastaların çalışma yıllarındaki artış hastalıkları sonucu fiziksel fonkiyonlarını yerine getirememesi , iş doyumunu ve başarısının azalması, hatta iş kayıpları ile paralellik göstermektedir(Tablo 7). Demografik özellikleri içeren tablo 1'e bakıldığında , 18 yıl ve daha fazla süredir çalışan grubun örneklemin %68 gibi yüksek bir oranını oluşturduğu görülmektedir. Bu oranlardaki farklılık hastaların etken madde ile uzun yıllar karşı karşıya kaldıkları için yaşam kalitelerinin azaldığını düşündürmektedir.

Medeni Durum; Bireylerin medeni durumlarına göre yaşam kalite puan ortalamalarına bakıldığında evli olan gurubun yaşam kalitesinin üç boyutunda yüksek puan aldıkları ancak istatistiksel bir anlamlılık oluşturmamışları saptanmıştır($p>0.05$, $p>0.05$, $p>0.05$,) (Tablo 8). Ketelars ve Prigaton tarafından KOAH'lı hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi için yapılan çalışmada, evli olan bireylerin yaşam kalite puanlarının yüksek olduğu tesbit edilmiştir(39).Bu çalışma ile sonuçlarımız uyum göstermemektedir.

5.3 KOAH'lı hastaların Özelliklerine Göre Yaşam Kalite Puanları

Hastalık Süresi; Hastalık süresi uzadıkça, bireylerin yaşadıkları sınırlamalar ve hastalık semptomları artmakta fiziksel, psikolojik sosyo-ekonomik alanlarda olumsuz yönde etkilenmekte bu nedenle yaşamlarından memnuniyet düzeyleri azalmaktadır. Hastaların pek çoğunda anksiyete, depresyon, kişilik bozuklukları görülmekte hatta yaşama isteklerini kaybettikleri literatürde yer almaktadır. KOAH hastalarının hastalık süresine göre yaşam kalite puan ortalamalarına bakıldığında 11 yıl ve daha uzun süredir hasta olanların diğer iki gruba göre yaşam kalitesinin tüm boyutlarında düşük puan aldıkları görülmektedir. Yapılan analiz sonucunda fonksiyonel durum, genel sağlık ve toplam yaşam kalitesi puanlarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$, $p<0.05$, $p<0.02$). Bu farkı ise fonksiyonel durum için 1-5 yıldır hasta olan grup, genel sağlık anlayışı ve toplam yaşam kalitesi için 6-11 yıldır hasta olan grup oluşturmaktadır. 1-5 yıldır hasta olan grubun 6-11 yıldır hasta olan gruba göre daha düşük puan alması beklenirken 6-11 yıldır hasta olan grubun yaşam kalite puanlarının yüksek çıkmasının % 21 gibi az bir oranla örnekleme temsil edildiklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ketelars ve ark., Jones'in ve Tel'in yaptıkları araştırmalarda hastalık süresi ile yaşam kalitesinin tüm boyutları arasında negatif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır (39,50). Bu araştırma sonuçları ile bizim bulgularımız paralellik göstermektedir.

Hastaların Hastaneye Yatış Sayısı; KOAH'lı hastaların geçen bir yıl içerisinde hastaneye yatış sayısı ile yaşam kalitesi ortalama puanlarına bakıldığında geçen yıl hastaneye hiç yatmayan grubun yaşam kalitesinin tüm boyutlarında yüksek puan aldığı saptanmıştır. Sadece fonksiyonel durum ile hastaneye yatma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.02$). Hastaneye yatış sayısı arttıkça yaşam kalitesi puanlarının azaldığı Guyatt, McSweeny ve Tel'in araştırmalarında da belirtilmektedir (27,35,50). Bizim sonuçlarımız da bu bulgulara eşlik etmektedir.

5.4 KOAH'lı Hastaların Yaşam Kalitesinin Alt Boyutlarıyla Toplam Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

KOAH'lı bireylerin fonksiyonel durum, iyilik hali, genel sağlık anlayışı ile toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında pozitif yönde bir korelasyon olduğu tesbit edilmiştir. KOAH'lı hastalarının fonksiyonel durum , iyilik hali ve genel sağlık anlayışını içeren toplam yaşam kalitesi hastalık nedeniyle olumsuz yönde etkilenmekte ve hastaların fiziksel durumunda kötüleşmeyle ortaya çıkan fonksiyonel yetersizliğin yaşam kalitesini azalttığı bilinmektedir (1,23). Yürüme, koşma, ağırlık kaldırma, merdiven çıkma, giyinme, yıkanma vb. fiziksel aktiviteleri içeren fonksiyonel durum ile toplam yaşam kalitesi arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda pozitif yönde ilişki olduğu saptanmış ($r=0,6$ $p<0,01$). Bu sonuç Ketelars, Mahler, A. John ve Mc.Sweeny'in çalışmalarının sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (39,40,35).

KOAH'lı bireylerin hastalık nedeniyle etkilenen fiziksel yetersizlikler beraberinde benlik saygısında azalma, başetmede güçlük, yalnızlık, anksiyete, ölüm korkusu gibi olumsuz duyguları da getirir. (2,5,12,23). Sonuç olarak, fiziksel aktivitelerdeki yetersizlikler bireyin ruhsal durumunu da etkilemektedir. (23,26) Bireyin kendisini algılaması, gerginlik, sinirlilik, kederlilik, yorgunluk, mutluluk gibi duygusal ve psikolojik durumlar ise iyilik halini oluşturmaktadır. Toplam yaşam kalitesi ile iyilik hali arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. ($r=0,8$ $p<0,01$). Araştırma esnasında hastalar aynı zamanda dikkat çekilecek ölçüde anksiyete, bitkinlik ve eskiye göre kendilerini daha az enerjik hissettiklerini, ego güçlerinde zayıflama olduğunu ifade etmişlerdir. Dispne, öksürük ve balgam çıkarma hasta üzerinde fiziksel, duygusal ve sosyal yönde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu olumsuzluklar da anksiyete ve depresyon düzeyini artırmaktadır. Yapılan araştırmalarda vital kapasite ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalar KOAH'lı bireylerin ruhsal durumların da anlamlı derecede kötüleşme olduğunu göstermektedir Depresyon, hastalar tarafından bildirilen ve yakınlarını endişeye sürükleyen en önemli ruhsal rahatsızlık olarak göze carpmaktadır. (35,36).

Bireylerin diğ er insanlara göre daha sık hasta olması, sağlık algılarını olumsuz yönde etkilemektedir (2,5,12,23,26). KOAH'lı hastaların sağlık durumlarını nasıl algıladıklarını içeren genel sağlık alanı ile toplam yaşam kalitesi arasında literatür bilgisiyle uyumlu olarak pozitif yönde bir korelasyon g r lmektedir($r=0,8$, $p< 0,01$).



BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

KOAH'lı hastaların yaşam kalitelerini ve yaşam kalitesini etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada, bulguların incelenmesi ile aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Yapılan araştırmada yaşın fonksiyonel durum, iyilik hali, genel sağlık ve toplam yaşam kalitesi puanı üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi puanları arasında iyilik hali bölümünde anlamlı fark varken ($p<0.02$), diğer üç bölümde fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Hastaların eğitim durumunun, çalışma yıllarının, medeni durumlarının, toplam yaşam kalitesi puanını etkilemediği saptanmıştır.

Hastaların mesleklerine göre toplam yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında fonksiyonel durum, genel sağlık ve toplam yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), iyilik hali ile arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.01$). Bu farkın hangi gruptan geldiğini anlamak amacıyla yapılan Tukey's B testi sonucunda emekli grup ile çiftçiler arasında anlamlı bir fark olduğu tebit edilmiştir.

Bireylerin hastalık yıllarına göre yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında iyilik hali için anlamlı bir fark oluşmazken, fonksiyonel durum, genel sağlık ve toplam yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05, p<0.05, p<0.02$). Gruplar arasındaki farkın hangi gruptan geldiğini anlamak amacıyla yapılan Tukey's B testi sonucunda, fonksiyonel durum için 1-5 yıl ve 11 yıl ve üzeri hastalığa sahip olan grup arasında, genel sağlık anlayışında 6-11 yıl, 11 yıl ve üzeri hastalığa sahip grup arasında, global yaşam kalitesi için 6-11 yıl, 11 yıl ve üzeri grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür.

Araştırma sonucuna göre hastaların hastaneye yatış sayıları arttıkça yaşam kalite puanlarının azaldığı saptanmıştır. Geçen sene hastaneye hiç yatmayan grubun diğer gruplara göre tüm alanlarda yaşam kalite puanı en yüksektir. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucuna göre fonksiyonel alan ile hastaneye yatış sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.02$) fark varken diğer üç alan arasında fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

KOAH'lı hastaların yaşam kalitesinin alt boyutları ile toplam yaşam kalite puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucuna göre fonksiyonel durum, iyilik hali, genel sağlık anlayışı ile bireylerin toplam yaşam kaliteleri arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.01$, $p<0.01$, $p<0.01$), ($r=0.6$, $r=0.8$, $r=0.8$).



6. 2. ÖNERİLER

Bu çalışma sonuçları dikkate alınarak;

- KOAH'lı hastaların yaşam kalite düzeyinde önemli belirleyicilerden olan FEV değerinin ölçülerek, bireyin yaşam kalite puanına etkisinin araştırılması önemlidir. Bizim çalışmamızda araştırma yapılan hastanenin teknik donanım yetersizliği nedeniyle hastaların FEV değerlerine bakılamamıştır. İleri araştırmalarda FEV değerleri ile yaşam kalite puanları arasında ilişkiye bakılması,

- Zaman kısıtlılığı nedeniyle araştırma kapsamına alınan örneklem sayısı evreni temsilde yetersiz kalmıştır. Çalışmaya katılan populasyon genişletilerek tekrarlanması,

- KOAH'lı hasta ve ailesinin fizyolojik ve psiko-sosyal gereksinimlerinin karşılanması için yaşam kalitesi çalışmalarına ekip anlayışı içerisinde hemşire, doktor, psikolog ve diğer sağlık çalışanlarının ekibe katılması,

- KOAH'lı hastaların yaşam kalite düzeylerinin ve bunu etkileyen etmenlerin bilinmesi hemşirelerin daha kapsamlı ve nitelikli bakım vermesine yardımcı olacaktır. Bu nedenle hemşirelere yaşam kalitesi araştırmalarının sonuçları konulu hizmet içi eğitimler düzenlenmesi,

- KOAH hastaları ve ailerini kapsayan, KOAH'ın fizyolojik, psiko-sosyal etkilerini içeren grup çalışmalarının yapılması veya bu konuda kitapçık geliştirilmesi. Bu programın KOAH'ın fiziksel ve ruhsal etkilerinin bireye özgün olduğunun bilinci içerisinde hazırlanması, hastanın yaşam kalitesini yükseltecek ve yeteneklerini maksimuma çıkaracak özellikte olması,

- KOAH hastalarının fiziksel performansını geliştirmek ve olanı korumak, başa çıkma stratejilerini geliştirmek için bu konuları içeren evde bakım programlarının oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Adam W., "The Role of Mucus in Chronic Obstructive Pulmonary Disease" Chest, 97/2,February , 1990
2. Akyol A., "Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi" Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, vol:9, cilt:3, ss:71-75, İzmir, 1993.
3. American Thoracic Societiy. Stndart for The Diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary Disease(COPD) and Asthma, Am Rev Respir Crit Care Med ,152:78,1995
4. Andreoli C., Plum S.(Çev. A.Savaş)"Obstruktif Lung Disease" Cecil Essentiol of Medicine, Yüce yayınları Arş, Alemdar Ofset, ss:193-203, 1991, İstanbul
5. Aydın O. , Bayrak M. , Çakan S. "Depresyon Günleri" Sağlık Bakanlığı yayınları, ss: 5-7,1996,Ankara
6. Balcı K."Göğüs Hastalıkları" 3.baskı Nobel Tıp Kitapevi, Ss: 22-35, 1993, İstanbul
7. Balcı K.,"Kronik Bronşit ve Amfizem" Göğüs Hastalıkları 3'üncü baskı, nobel tıp kitap evi, 1993. İstanbul.
8. Bergner M. PhD "Quality of life, Health Status and Clinical Reseach" Medical Care, Vol: 27, No:3 ,1989.
9. Birol L."Hemşirelik Süreci" ss44-91, İzmir,1997
- 10.Black M.S, Maelassor E. , Medical Surgical Nursing W.B. Saunders Comp., 1997, Philedelphia.
- 11.Bordow RA., Moser KM., Manual of Clinical Problems in Pulmonary Medine, Little Brown and Company, 1988, Boston.
- 12.Corton SR, Kumar V, Stanley L.R., "Pathologic Basis of Diseases" WB, Saunders Corp., 1994, Toronto
- 13.Coşkun N. Ve ark, TC.Sağlık Bakanlığı Hastalık İstatistikleri Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kuruldu Başkanlığı yayını, No:584, Eylül 96
- 14.Curtis R.J. "Health-releate quality of life among patient with choronic obstructive pulmonary disease" Thorax vol: 49 ,ss: 162-170,1994
- 15.Çavuşoğlu H. : Kronik ve Ölümcül Hastalık Kavramları ile Hematolojik ve Onkolojik Sorunu Olan Çocuk ve Hemşirelik Bakımı, 1992 , Ankara
- 16.Edlund, M., Tancredi, L.R.: Qualiyy of life: Ideological critique, Perspect Biol Med, 28:591-606, 1985
- 17.Evens R. W., Gerrison L.P.et al.," The quality of life of patient with end-stage renal disease" Nursing English Jornal of Medicine, vol.312, ss:552-558, 1985.

18. Feinleib M., Rosenberg H.M. et al., "Trends in COPD morbidity and mortality in the United States" American Rev. Res. Dis., vol:140 , ss:9-18, 1989.
19. Ferrans, C.E., Onkology Nursing Forum, vol:17, ss: 20-21, May 1990.
20. Fishman A.P.: " Pulmonary Disease and Disorder" Mc Graw Hill Book Company, II.nd Ed. Vol:2 , ss:1159-1325, 1988
21. "Function in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Diseases"
Am.Rev.Resp.Dis.Vol:145,ss:467-470, 1992
22. Ganz P.A., "Quality of life and patient with cancer" Cancer Supplement, vol:74, No:4, ss: 1445-1451, 1994.
23. Gayle A., Traver R.N., " Measures of symptoms and quality of life to predict emergent use of institutional health care resources in chronic obstructive airways disease" Health lung, vol: 17, ss: 689-97, 1988.
24. Gazioğlu Ç., "Akciğer Hastalıkları" Tek ofset matbaası, cilt.2, 1978, İstanbul
25. Gazioğlu K. "Akciğer Hastalıkları" İ.Ü. Basım Evi ve Film Merkezi , Ss:1-7, 1991, İstanbul
26. Geoffrey S., MD. " Chronic obstructive pulmonary disease major objectives of management" Postgraduate medicine, vol:94, no:2, 1993.
27. Gordon H. , Guyatt, M et al , "Quality of Life in Patients with Chronic Airflow Limitation" Br.J.Dis Chest, ss: 81-95, 1987, Canada
28. Gökmen G., "KOAHA hastalığı olan hastalarda eğitimin anksiyete düzeyine etkisi"
Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, 1992, İstanbul
29. Grant M.M., "Nursing Research into quality of life" QOL Research, vol:1, ss:341 - 348 , 1992.
30. Heas, J.D., Knippenberg, V.K., " The Quality of Life of Cancer Patients: A review of literature" Soc Sci Med, 22:809-817, 1985
31. Hoffman A.L., Berg J., Rogers R., "Daily living with COPD" Postgraduate Medicine, 86:6, 1989.
32. Hörnquist J.O, " Quality of Concept and Assessment" Scand J Soc Med, 18: 69-79, 1991
33. Hörnquist J.O, Hanestad B.R. "Self assessed quality of life and metabolic control in persons with insulin dependent diabetes mellitus" Scand J.Soc Med, 19:57-65, 1991.
34. Irwin S, Tecklin J.S. "Cardiopulmonary Physical Care" Chapman & Hall , ss: 74-110, 1991, London
35. John A., Mc Sweeney et al; "Quality of life of Patients with Chronic Obstructive

- Pulmonary Diseases" Arch Intern Med , Vol:442, ss: 473-478, 1982
- 36.Jones P.W., "Issues Concerning Health Related Quality of Life in COPD" Chest 107, ss:187-193, 1995
- 37.Jones P.W., "Quality of Life Measurement to Patients with Diseases of the Airways" Thorax, vol:46, ss:676-682, 1991
- 38.Jure N, Thompson M.,en.M S et all.: "Chronic Obstructive Pulmonary Diseases" Clinical Nursing Practive , June, 1986.
- 39.Ketelars CAJ at all, "Determinants of Health Related Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Diseases" Thorax, Vol 51: 39, 43, 1996
- 40.Mahler DA., Harver A., "A Factor Analysis of Dyspnea Ratings, Respiratory Muscle Strength and Lung
- 41.Mattli H., "Measuring The Quality of Life: Why, How and What ?" Theoretical Medicine, Vol:12, ss: 97-116, 1991 Finland
- 42.Meeberg G.A "Qualitiy of life" Journal of advanced Nursing, vol:18, ss:32-38, 1993
- 43.Padilla G.V.,Grand, M.N.Ferell, B." Nursing Research into Quality of Life" QOL Research, vol:1, ss: 341-348, 1992
- 44.Pınar R., "Diabetes Mellitüs hastalarının yaşam kalitelerinin incelenmesi" Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.1991
- 45.Pınar R., "Sağlık çalışmalarında yaşam kalitesi kavramı" Sendrom, 1996., İstanbul
- 46.Pınar R., "Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi" Sendrom, Vol:9, No:9, 1997
- 47.Tatlıcıoğlu T. , Şener B., " KOAH'lı hastalarda yaşam kalitesi" Türk Tüberküloz ve Toraks Derneği , cilt:45,sayı:1 , 1997, Ankara
- 48.Tatlıcıoğlu T., ve Ark., "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı" Totaks Derneği Ankara Şubesi , Ankara 1993
- 49.Tatlıcıoğlu T.ve ark., "Toraks Derneği KOAH bilimselkolu.1995 yılı konsensusu.", 1996, Ankara
- 50.Tel H., "KOA H Olan Bireylerde Yaşam Kalitesinin ve Geliştirilen Hasta İzlem Formunun Değerlendirilmesi"H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Doktora Tezi,Ankara,1998
- 51.Thomas L.P, "Changing Attitudes and Strategies in COPD Management" Chest 97/2, February 1990
- 52.TC.Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yataklı tedavi kurumları istatistik yıllığı.,Sağlık Bakanlığı basım evi.,Ankara.,1994.
- 53.TC.Sağlık Bakanlığı Yayınları Herkes için Sağlık Hedefleri .Dünya Sağlık Örgütü

Avrupa Bölgesi Ofisi Kopenhag, 1986

54. Vidinel İ. ,“Akciğer Hastalıkları”, Ege üniversitesi Tıp fakültesi yayınları No:43, ss:
24-26, İzmir 1989



EK-1 HASTA TANITIM FORMU

1.Cinsiyetiniz

- 1.Kadın() 2.Erkek ()

2.Yaşınız

- 1.18-27
2.28-37
3.38-47
4.48-57
5.58 yaş ve üstü

3.Eğitim durumunuz ?

- 1.Okur- yazar değil ()
2.Okur-yazar ()
3.İlkokul mezunu ()
4.Orta öğrenim mezunu ()
5.Yüksek okul mezunu ()

4.Yaptığınız iş

- 1.Memur
2.Çiftçi
3.işçi
4.Serbest meslek
5.Emekli
6.Ev hanımı

5.Kaç yıl bu işte çalışıyorsunuz ?/çalıştınız ?

-
1.1-5 yıl
2.6-11 yıl
3.12-17 yıl
4.18 yıl ve daha fazla

6.Medeni haliniz

- 1.Evli ()
2.Bekar ()
3.Dul ()
4.Boşanmış ()

7.Evinizde kimlerle yaşıyorsunuz ?

- 1.Yalnız ()
2.Eş ()
3.Eş ve Çocuklar ()
4.Çocuklarla ()
5.Aile büyükleri ()
6.Diğer ()

9.Sosyal güvenceniz var mı ?

- 1.Evet () 2.Hayır()

HASTALIK İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

10.Kaç yıldır KOAH tanısına sahipsiniz ?

1.1-5 yıl arası ☐

2.6-11 yıl arası ☐

3.11 yıl ve üzeri ☐

11.Geçen yıl kaç kez hastaneye yattınız ?

1.Bir kez ☐

2.İki kez ☐

3.Üç kez ☐

4.Diğer (Açıklayınız).....



EK-2 SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1.Genel olarak sağlığını

PUANLAMA

Mükemmel	5.0
Çok iyi	4.0
İyi	3.0
Orta	2.0
Kötü	1.0

2.Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şimdiki sağlığını genel olarak nasıl buluyorsunuz?

PUANLAMA

Bir yıl önceye göre çok daha iyi	5.0
Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi	4.0
Hemen hemen aynı	3.0
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	2.0
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	1.0

SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3.Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır.Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu?Engelliyorsa ne kadar engelliyor?

AKTİVİTELER

Evet çok Evet biraz Hayır pek
engelliyor engelliyor engellemiyor

- a)Koşu ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde
- b)Masayı,elektirik süpürmesini itme gibi orta/hafif aktivitelerde
- c)Paket veya çanta taşırken
- d)Birkaçkat merdiven çıkarken
- e)Bir kat merdiven çıkarken
- f)Eğilirken,çömelirken
- g)Bir kilometreden fazla yürürken
- h)Bir kaç yüz metre yürürken
- i)Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken
- j)Giyinirken veya yıkanırken

Üçüncü sorunun puanlaması şöyledir; Evet çok engelliyor 1 puan, evet biraz engelliyor 2, hayır pek engellemiyor 3 puan şeklindedir.

4.Geçen 4 hafta boyunca işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak aşağıdaki problemlerin her hangi birinden şikayetçi oldunuz mu?

EVET(1 puan) HAYIR(2 puan)

- a)İşiniz veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?
- b)İşinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz.
- c)İş ve aktivitelerini(kolay)olanlarla sınırladınız mı?
- d)İş veya aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi?

5.Gerçek 4 hafta boyunca işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak(örneğin sinirli veya stresli)aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı?

EVET(1 PUAN) HAYIR(2 PUAN)

- a)İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?
- b)İşinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?
- c)İşinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız?

6.Geçen 4 hafta boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi.

PUANLAMA

Pek etkilemedi	5.0
Çok az	4.0
Orta	3.0
Oldukça	2.0
Aşırı	1.0

AĞRI

7.Geçen 4 hafta boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

PUANLAMA

Hiç	6.0
Çok hafif	5.0
Hafif	4.0
Orta	3.0
Fazla	2.0
Çok fazla	1.0

8.Geçen 4 hafta boyunca ne kadar işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi?(ev ve dışardaki işleriniz dahil olmak üzere)

PUANLAMA

Çok değil	5.0
Az	4.0
Orta	3.0
Fazla	2.0
Çok fazla	1.0

DUYGULARINIZ

9.Bu sorular geçen ay boyunca ne kadar sürede kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır.

HER ÇOĞUN BİRAZ ÇOK
ZAMAN LUKLA FAZLA AZ HİÇ

- a) Tam enerjik hissettiniz
- b) Çok sinirli biridiydiniz
- c) Hiç birşeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı
- d) Sakin ve huzurluydunuz
- e) Fazla enerjiniz vardı.
- f) Moralsiz ve kederli hissettiniz
- g) Çok yorgun hissettiniz.
- h) Hiç mutlu oldunuz mu?
- i) Yorgun hissettiniz mi?
- j) Sağlığınız akraba veya arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?

9 sorunun a,d,e,h, seçeneklerinin puanlaması sırasıyla şöyledir; Her zaman yanıtı 6 puan, çoğunlukla 5 puan, biraz fazla 4 puan, bazen 3 puan, çok az 2 puan, hiç yanıtı 1 puandır. 9 sorunun b,c,d,f,g,i,j seçeneklerinin puanlaması ise şöyledir; Her zaman yanıtı 1 puan, çoğunlukla 2 puan, biraz fazla 3 puan, bazen 4 puan, çok az 2 puan, hiç yanıtı 1 puandır.

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10.Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır.

ÇOĞUNLUKLA KESİNLİKLE EMİN ÇOĞUNLUKLA KESİNLİKLE
DOĞRU DOĞRU DEĞİLİM YANLIŞ YANLIŞ

- a) Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim.
- b) Tanıdığım her hangi biri kadar sağlıklıyım
- c) Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum.
- d) Sağlığım mükemmel

10. sorunun a,c,şıklarının puanlaması şöyledir; Kesinkikle doğru yanıtı veren 1 puan, çoğunlukla doğru 2 puan, emin değilim 3 puan, çoğunlukla yanlış 4 puan, kesinlikle yanlış 5 puan. Yine 10.sorunun b ve d şıklarının puanlaması, kesinlikle doğru 5 puan, çoğunlukla doğru 4 puan, emin değilim 3 puan, çoğunlukla yanlış 1 puan, kesinlikle yanlış 1 puan şeklindedir.