



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KOAH'LI HASTALARDA ÖZ-ETKİLİLİĞİN, BAKIM VERENLERİN
YÜKÜ İLE İLİŞKİSİ

SEMİHA KAR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN
DOÇ. DR. NERİMAN ZENGİN

İSTANBUL - 2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Semiha KAR tarafından hazırlanan
"KOAH'LI Hastalarda Öz-Etkililiğin, Bakım Verenlerin Yükü İle İlişkisi" konulu çalışması
jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 05.06.2018

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Doç.Dr.Neriman ZENGİN
: İstanbul Üniversitesi

Neriman

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Hatice YORULMAZ
: Haliç Üniversitesi

Hatice

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Nurten KAYA
: İstanbul Üniversitesi

Nurten K.

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun
görölmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Nur TUNALI
Vekil Müdür

Nur Tunali

1) İNTİHAL RAPORU

KOAH'LI HASTALARDA ÖZ ETKİLİLİĞİN, BAKIM VERENLERİN
YÜKÜ İLE İLİŞKİSİ 14-06-2018

ORJİNALLİK RAPORU

%**22**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**20**

İNTERNET
KAYNAKLARI

%**10**

YAYINLAR

%**9**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

TÜM KAYNAKLARI EŞLEŞTİR (SADECE SEÇİLİ OLAN KAYNAĞI YAZDIR)

%7

★ www.toraks.org.tr

İnternet Kaynağı

Alıntıları çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

Kapat

Bibliyografyayı Çıkart

Üzerinde

Gönderim Tarihi: 14-Haz-2018 02:14AM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 975466478

Dosya adı: SEM_HA_TEZ_14-06-2018_1_TURN_T_N.docx (257.37K)

Kelime sayısı: 15708

Karakter sayısı: 106430

II) TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi beceri ve deneyimleri ile her zaman destek olan, sabırlı, anlayışlı ve hoşgörülü yaklaşımı ile beni cesaretlendiren ve daima özveride bulunan değerli hocam ve danışmanım *Sayın Doç. Dr. Neriman ZENGİN'e*,

Araştırma aşamalarında benden destek ve yardımlarını esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma,

Zorlu bir süreç içinde araştırmaya katılmayı kabul eden ve yaşadıklarını tüm gerçekliğiyle paylaşan hastalara ve bakım verenlerine,

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince her zaman yanımda olan ve desteğini esirgemeyen, ayrıca tezimin yazımında büyük katkıları olan değerli eşim *Adem'e*,

Tez dönemimde hayatıma giren ve özellikle tezimin yazım aşamasında bana inanılmaz zorluklar yaşatan biricik oğlum *Burak Kağan'a*,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Semiha KAR

III) İÇİNDEKİLER

I) İNTİHAL RAPORU	I
II) TEŞEKKÜR.....	II
III) İÇİNDEKİLER.....	III
IV) KISALTMALAR	VII
V) TABLOLAR LİSTESİ	VIII
VI) GRAFİKLER LİSTESİ.....	IX
VII) ŞEKİLLER LİSTESİ	X
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)	5
4.2. KOAH'ın Epidemiyolojisi	5
4.2.1. Prevelans.....	7
4.2.2. Mortalite	8
4.2.3. Morbidite	9
4.2.4. Ekonomik Yük.....	9
4.2.5. Türkiye'de KOAH Epidemiyolojisi	10
4.3. KOAH ve Risk Faktörleri	12
4.3.1. Genetik	13
4.3.2. Sigara.....	13
4.3.3. Yaş ve Cinsiyet.....	14
4.3.4. Mesleki Maruziyet.....	15
4.3.5. İç ve Dış Ortam Hava Kirliliği	15

4.3.6. Akciğer Gelişimine Etkili Faktörler	16
4.3.7. Sosyo-Ekonomik Durum	16
4.4. KOAH'ın Klinik Özellikleri	17
4.5. KOAH'ta Tanı ve Değerlendirme	18
4.5.1. KOAH'ta Tanı	18
4.5.2. KOAH'ta Değerlendirme	20
4.6. KOAH Komplikasyonları	24
4.7. KOAH'ın Tedavisi	25
4.8. Öz- Etkililik.....	27
4.9. Bakım Verme, Bakım Veren ve Bakım Yüğü Kavramları	28
4.10. Bakım Verme Yüğü Etkileyen Faktörler	30
4.11. Bakım Veren Bireylerin Yaşadığı Güçlükler	31
4.12. KOAH'da Öz-Etkililik ve Bakım Verenlerin Yüğü.....	32
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	34
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	34
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	35
5.4. Veri Toplama Araçları	35
5.4.1. Bilgi Formu (EK 1)	36
5.4.2. KOAH Değerlendirme Testi [COPD Assessment Test (CAT)] (EK 2).....	36
5.4.3. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (EK 3).....	37
5.4.4. Bakım Verici Birey İçin Kişisel Bilgi Formu (EK 4).....	38
5.4.5. Bakım Verenlerin Yüğü Ölçeği (EK 5).....	38
5.5.Verilerin Toplanması	39
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi	40
5.7. Etik Konular	40

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
6. BULGULAR.....	42
6.1. KOAH'lı Bireylerin Kişisel ve Hastalıkla İlgili Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	43
6.2. KOAH'lı Bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular.....	44
6.3. KOAH'lı Bireylerin Kişisel ve Hastalık ile İlgili Tanımlayıcı Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular.....	45
6.4. KOAH'lı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Kişisel Özelliklerine ve Bakım Veren Yüğü Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular	51
6.5. KOAH'lı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bakım Veren Yüğü Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular.....	53
6.6. KOAH'lı Bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ile Bakım Veren Yüğü Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular.....	54
7. TARTIŞMA	57
7.1. KOAH'lı Bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	58
7.2. KOAH'lı Bireylerin Kişisel ve Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	59
7.2.1. KOAH'lı Bireylerin Kişisel Tanımlayıcı Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	59
7.2.2. KOAH'lı Bireylerin Hastalık İle İlgili Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	60
7.3. KOAH'lı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yüğü Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	62
7.4. KOAH'lı Bireylerin Öz-Etkililik Algısı ile Bakım Verenlerin Yüğü Arasındaki İlişki.....	63
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65

9. KAYNAKLAR	68
10. EKLER.....	88
EK 1: Hasta Birey İçin Kişisel Bilgi Formu	89
EK 2: KOAH Değerlendirme Testi [COPD Assessment Test (CAT)]	90
EK 3: KOAH Öz-Etkililik Ölçeği	91
EK 4: Bakım Verici Birey İçin Kişisel Bilgi Formu	92
EK 5: Bakım Verme Yüğü Ölçeği	94
EK 6. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu	96
EK 7: Etik Kurul Onayı.....	99
EK 8: Araştırma İzni Onayı	101
EK 9: KOAH Değerlendirme Testi (CAT) Kullanım İzni.....	102
EK 10: Öz-Etkililik Ölçeği Kullanım İzni	103
Ek 11: Bakım Verenlerin Yüğü Ölçeği Kullanım İzni.....	104
11) ÖZGEÇMİŞ.....	105

IV) KISALTMALAR

A1AT	: Alfa 1 Antitripsin
BOLD	: Burden of Lung Disease (Akciğer Hastalığının Yüğü)
CAT	: COPD Assessment Test (KOAİ Değerlendirme Testi)
CCQ	: KOAİ Kontrol Anketi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FEV	: Forced Expiratory Volume (Zorlu Ekspiratuvar Volüm)
GOLD	: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Küresel Girişim)
GSYİİ	: Gayrisafi Yurt İçi Hasıla
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
İKS	: İnhaler Kortikosteroid
KOAİ	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LABA	: Uzun Etkili Beta 2 Agonist
LAMA	: Uzun Etkili Antikolinerjik
MMP	: Matriks Metalloproteinazlar
mMRC	: Modifiye Medical Research Council (Medikal Araştırma Kurulu)
NİV	: Noninvaziv Mekanik Ventilasyon
PR	: Pulmoner Rehabilitasyon
ROS	: Reaktif Oksijen Türleri
SABA	: Kısa Etkili Beta 2 Agonistler
SAMA	: Kısa Etkili Antikolinerjik
SLPI	: Sekretuvar Lökoproteinaz İnhibitörü
TTD	: Türk Toraks Derneği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSAD	: Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği
USOT	: Uzun Süreli Oksijen Tedavisi
V/Q	: Ventilasyon/Perfüzyon
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

V) TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Ana Tanı Gruplarına Göre Ülkemizdeki Ölüm Nedenlerinin Yüzde Dağılımları

Tablo 4.2. Spirometrik Değerlendirme

Tablo 4.3. Modifiye MRC Skalası

Tablo 4.4. KOAH Değerlendirme Testi (CAT)

Tablo 6.1. KOAH'lı Bireylerin Kişisel ve Hastalıkla İlgili Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 6.2. KOAH'lı Bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT Ölçek Puanlarının Dağılımı

Tablo 6.3. KOAH'lı Bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Tablo 6.4. KOAH'lı Bireylerin Kişisel Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçek ve CAT Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 6.5. KOAH'lı Bireylerin Hastalık ile İlgili Tanımlayıcı Özelliklerinin KOAH Öz-Etkililik Ölçek ve CAT Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 6.6. KOAH'lı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 6.7. Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 6.8. KOAH Öz-Etkililik Ölçek ve Alt Boyutları ile Bakım Verme Yükü Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

VI) GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 4.1. Dünyadaki En Ölümcül Hastalıklar 2000-2015

Grafik 6.1. KOAH'lı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yüğü
Ölçek Puanlarının Dağılımı



VII) ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. KOAH'da Birleşik Değerlendirme



1. ÖZET

Bu çalışma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerde öz-etkililiğin, bakım verenlerin yükü ile ilişkisini incelemek amacı ile kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak yapıldı. Çalışmanın örneklemini KOAH tanısı olan 182 birey ve bu bireylere bakım veren 182 birey oluşturdu. Veri toplama aracı olarak KOAH'lı bireyler için "Bilgi Formu", "KOAH Değerlendirme Testi [COPD Assessment Test (CAT)]" ve "KOAH Öz-etkililik Ölçeği" kullanıldı. Bakım veren bireylere ise; "Bilgi Formu" ve "Bakım Verenlerin Yükü Ölçeği" uygulandı. Her iki gruba veri toplama araçları aynı anda uygulanarak, yüz yüze görüşme tekniği ile elde edildi. Verilerin değerlendirilmesinde Kolmogorov Smirnov Testi, Mann Whitney-U Testi, Kruskal Walls-H Testi, Bonferroni düzetmesi, Sperman Korelasyon Analizi kullanıldı ve anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi. Yaş ortalaması $63,55\pm11,75$ olan KOAH'lı bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalaması $2,32\pm0,43$ ve CAT puanı $26,97\pm5,25$ 'dir. Bireylerin %96,2'sinin KOAH Öz-Etkililik puanı 3'ün altında ve KOAH nedeni ile günlük yaşamları ve sağlıkları yüksek düzeyde etkilenmektedir. Yaş ortalaması $48,77\pm14,09$ olan bakım verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçek puanı $30,51\pm10,62$ 'dir. Bakım verenlerin %64,8'inin bakım verme yükü hafif düzeydedir. KOAH'lı bireylerin öz-etkililiğinin artması ile bakım verenlerin yükünün azaldığı ($r=-0,33$; $p<0,015$), KOAH'ın günlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi artarken bakım verenlerin yükünün arttığı ($r=0,51$; $p<0,001$) görülmüştür. Sonuç olarak KOAH'lı bireylerin öz-etkililiği ve yaşam kalitesi bakım verenlerin yükünü etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, CAT, Öz-Etkililik, Bakım Veren

2. SUMMARY

Relationship of Self-Efficacy With Caregiver Burden in Patients With COPD

This study was conducted as a cross-sectional descriptive study to examine the relationship between self-efficacy and caregiver burden in individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). The sample of the study consists of 182 individuals with COPD diagnosis and 182 individuals who care for these individuals. "Data Form", "COPD Assessment Test (CAT)" and "COPD Self-efficacy Scale" were used as data collection tools for individuals with COPD. For those who care, "Information Form" and "Load Scale of Caregivers" were applied. Both sets of data were collected by means of face-to-face interviews at the same time. Kolmogorov Smirnov Test, Mann Whitney-U Test, Kruskal Walls-H Test, Bonferroni Regression, Sperman Correlation Analysis were used in the evaluation of the data and the significance level was accepted as $p < 0,05$. The mean COPD Self-Efficacy Scale score was $2,32 \pm 0,43$ and the CAT score was $26,97 \pm 5,25$ for individuals with COPD with a mean age of $63,55 \pm 11,75$. 96.2% of individuals have a COPD Self-Efficacy score below 3 and people are affected by the lifestyle and health of COPD. Caregiver burden scale score of caregivers whose average age is 48.77 ± 14.09 is 30.51 ± 10.62 . 64.8% of caregivers have a low care load. The increase in the self-efficacy of COPD individuals decreased the burden of caregivers ($r = -0,33$; $p < 0,015$), while the effect of COPD on daily life and quality of life increased, the burden of caregivers increased ($r = 0.51$; $p < 0.001$). In conclusion, the self-efficacy and quality of life of COPD individuals influence the burden of caregivers.

Keywords: COPD, CAT, Self-efficacy, Caregiver

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), genellikle zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyetin neden olduğu havayolu ve/veya alveoler anormalliklere (inflamasyon) bağlı, tam olarak geri dönüşümlü olmayan, kalıcı hava akımı kısıtlanması ve solunumsal semptomlarla karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (GOLD, 2017; Kocabaş et al., 2014; Vogelmeier et al., 2017). Sistemik bir hastalık olup şiddeti kronik hastalıklardan etkilenmektedir (GOLD, 2006).

Dünya çapında yaygın bir sağlık sorunu olan KOAH'ın bakım ve tedavi harcamaları ile birlikte mortalite ve morbiditenin yüksek olması dikkat çekmektedir (Türk ve Üstün, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2015 verilerine göre ölüm nedenleri arasında dördüncü sıradadır (WHO, 2017). 2020 yılında dünya çapında 68 milyon ölümün, 4,7 milyonunun KOAH'dan kaynaklanacağı tahmin edilmektedir (Mathers and Loncar, 2006; Lopez et al., 2014; Türk Toraks Derneği KOAH Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu, 2014). KOAH ile ilişkili mortalitedeki bu artışa sigara içmenin yaygın prevelansı ve nüfusun yaşlanması katkı sağlamaktadır (GOLD, 2018; Sherry et al., 2015) ve yaş KOAH gelişimi için bir risk faktörüdür (Türk Toraks Derneği, 2017; Karan, 2017).

KOAH semptomları gün içinde değişiklik göstermekle birlikte (Miravitlles et al., 2017), genel olarak dispne, öksürük ve balgamdır (Kessler et al., 2011; Lopez-Campos et al., 2013; Miravitlles et al., 2014; Stephenson et al., 2015). Günlük yaşam aktivitelerinde sınırlılıklara yol açan dispne, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen, hava yolunun kısıtlanması, solunum kas gücünün azalması, solunum paterninin değişmesi ve hava hapsi gibi birçok nedene bağlı gelişen (Demir ve ark., 2003) ve en çok fonksiyon kaybına neden olan semptomdur. Bireyin aktivite düzeyini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler ve engelliliğin gelişmesine önemli ölçüde katkı sağlar (Roche, 2009; Çil Akıncı ve Pınar, 2011, Türk ve Üstün, 2018).

Tedavi ve bakımdan en önemli beklentileri semptomların rahatlaması olan KOAH'lı hastalar, rahatlamak için bilinçsiz bir şekilde günlük yaşam aktivitelerini azaltabilir (Reardon et al., 2006). KOAH'lı bireyler fiziksel aktivite düzeyine bakmaksızın, solunum güçlüğünü yönetme veya sakınmaya ilişkin düşük öz-etkililik algısı olarak adlandırabileceğimiz yeteneklerine olan güvenlerinin düşük olması, günlük

yaşam aktivitelerini azaltmalarına ayrıca katkı sağlar (Kara, 2002). Bunun sonucu KOAH'lı bireyler günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekten daha fazla kaçınıbilirler ve bağımlılık düzeyleri artabilir (Çil Akıncı ve Pınar, 2011). Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken bir bakım verenin desteğine daha fazla gereksinim duyabilirler (Tel Aydın ve ark. 2012). Ancak bakım verenler hastanın bütün sorumluluğunu aldıkları için bu süreçten olumsuz etkilenir.

KOAH yönetiminde kapsamlı ve bütüncül yaklaşımlar geliştirilmelidir. Hastalara yaşam kalitesini arttıran ve kendi bakımının sorumluluğunu almasını sağlayan destekleyici bir hemşirelik bakımı sunulmalıdır (Özer, 2014). Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme derecesi ve bunu etkileyen faktörlerin bilinmesi, bakımın planlanmasına rehberlik ederek bakımın kalitesini yükseltebilir ve hastanın bakım verenlere bağımlılığını azaltabilir (Ünsal ve Yetkin, 2005).

KOAH'lı hastalarda, düşük öz-etkililik beklentisi aktivite sınırlamasına neden olur. Bu nedenle hastaların çeşitli durumlarda yaşadığı solunum sıkıntısını yönetmede algıladığı düşük öz-etkililik beklentisi tanımlanmalı ve artıracak tedavi ve bakım planları oluşturulmalıdır (Çil Akıncı, 2017). Artan öz-etkililik algısı ile KOAH'lı birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde gerçekleştirebilir. Bakım verene bağımlılığı azalırken aynı zamanda bakım verenin yükü de azalabilir (Kara ve Mirici, 2002). Yapılan çalışmalarda KOAH'lı bireyin öz-etkililiğinin (Kara ve Mirici, 2002; Kara Kaşıkçı ve Alberto, 2007) ve KOAH'lı bireylere bakım verenlerin yükünün incelenmiş olmasına rağmen (Tel Aydın ve ark., 2012) KOAH'lı bireylerin öz-etkililiğinin bakım verenlerin yükü ile ilişkisi incelenmemiştir. Bu bilgiye dayanarak bu çalışma KOAH'lı bireylerin çeşitli durumlarda solunum sıkıntısını yönetmede algıladığı yeteneği olan öz-etkililiğin bakım verenin yükü ile ilişkisini incelemek amacı ile planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), GOLD 2017 raporuna göre; “genellikle zararlı partikül veya gazlara ciddi maruziyetin neden olduğu havayolu ve/veya alveoler anormalliklere bağlı kalıcı hava akımı kısıtlanması ve solunumsal semptomlarla karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır.” KOAH’da kronik hava akımı kısıtlanması, kronik inflamasyona bağlı gelişen küçük hava yolu hastalığı ve parankim doku yıkımı sonucu gelişir (Türk Toraks Derneği, 2017). Gelişen kronik inflamasyon küçük hava yollarında yapısal değişikliklere neden olur ve bu değişiklikler, ekspirasyon sırasında hava yollarının açık kalmasını engeller. Hastalarda solunum güçlüğü, öksürük, aşırı mukus sekresyonu semptomları ortaya çıkar (Uysal, 2014).

KOAH, kronik bronşit ya da amfizem olarak sınıflandırılmamalıdır. KOAH da genellikle kronik bronşit ve amfizem bir arada bulunmaktadır. Kronik bronşit, bronşlarda tahrişe neden olan nonspesifik maddelere uzun süre maruz kalınması ile oluşur ve beraberinde aşırı mukus salgısıyla bronşlarda meydana gelen yapısal değişiklikler olarak tanımlanır. Genellikle sigara kullanımı ile birlikte gelişir (Genç, 2010 ve Uysal, 2014).

KOAH, şiddeti ve sıklığı değişen ataklarla seyreder (Uysal, 2014). Atak “stabil KOAH olgusunda dispnede artış, balgam miktarı ve renginde değişiklik, şiddetli öksürük ve günlük aktivasyonda azalma ile kendini gösteren, tedavi değişikliği gerektiren akut kötüleşme” olarak tanımlanabilir. KOAH ağırlaştıkça atak sayı ve şiddeti artmaktadır (Umut, 2008). Ayrıca beraberindeki kronik sağlık sorunları (komorbiditeler) hastalığın doğal gidişatını etkiler (Uysal, 2014). Akciğerleri tutan bir hastalık olmasına rağmen sistemik etkilere de yol açabilmektedir (Umut, 2008).

4.2. KOAH’ın Epidemiyolojisi

KOAH, dünyada hızla artan ekonomik ve sosyal yüke neden olan mortalite ve morbiditenin en başlarda gelen nedenidir (GOLD, 2018; Lozano et al., 2012; Vos et al., 2012; Decramer et al., 2012). Hastalığın prevalansı, mortalite ve morbidite ülkeler

arasında ve ülkelerin kendi içinde farklı yaşantı grupları arasında değişmektedir. KOAH aşırı hava yolu duyarlılığı, genetik ve bebeklikte zayıf akciğer büyümesi vb. ana sebeplerle birlikte zararlı gazlar ve partiküllere fazla maruziyetin sonucu gelişir (GOLD, 2018; Lange et al., 2015; Stern et al., 2007; Tashkin et al., 1992). Genellikle, çoğu ülkede dış mekan, çalışma ortamı ve iç mekan hava kirliliğinin (biyokütle yakıtların yakılması kaynaklı) KOAH için risk faktörleri olmasına karşın, tütün ve türevlerinin kullanımının yaygınlığıyla prevelansın artması etkilidir (GOLD, 2018; Eisner et al., 2010; Salvi and Barnes, 2009). KOAH prevelansının ve yükünün Dünya nüfusunun artması ve yaşlanması ile birlikte KOAH risk faktörlerine maruziyet süresinin ve etkilenen kişi sayısının artmasından dolayı, gelecek yıllarda hızla artması beklenmektedir (GOLD, 2018; Mathers and Loncar, 2006).

KOAH için geçmişte genel kabul edilen bir tanımlamanın olmaması, hastalığın prevelansı, mortalite, morbidite ve ekonomik yük ile ilgili güvenilir verilerin elde edilmesini zorlaştırmıştır. Hastalığın yeterince bilinmemesi, hastalara tanı konmasını güçleştirmiş ve bu da hastalıkla ilgili raporlamanın yetersiz olmasına yol açmıştır. Ülkeler arasındaki hastalık yükü ile ilgili verilerde de büyük farklılıklar gözlemlenmektedir. Bunun sebeplerini, sağlık çalışanlarının KOAH konusundaki farkındalığı, sağlık hizmetlerinin organizasyonunun kalitesi ve KOAH'la ilgili ilaçlara ulaşılabilmesi şeklinde sıralanabilir. Ancak 2000'li yılların başından itibaren dünya çapında yapılan araştırmalar ve kuruluşların çabaları sonucunda bu konuda önemli gelişmeler olmuştur (Türk Toraks Derneği, 2010).

KOAH prevelansı, morbitide ve mortalite ile ilgili verilerin çoğu gelişmiş ülkelerden gelmektedir. Bu ülkelerde dahi, KOAH ile ilgili doğru epidemiyolojik verilerin toplanması zordur. Prevelans ve morbidite verileri, KOAH'ın toplam yükünü büyük ölçüde daha hafif göstermektedir. Çünkü hastalık genellikle klinik olarak daha belirgin ve orta derecede şiddetli olana kadar teşhis edilememektedir. Mortalite verilerinde KOAH, hastalarda ölüm nedeni olarak görülmeyebilir. Çünkü KOAH genellikle ölüme katkıda bulunan neden olarak belirtilmekte veya ölüm sebebi olarak hiç gösterilmemektedir (Türk Toraks Derneği, 2010; Pauwels et al., 2001).

4.2.1. Prevelans

KOAH'da prevalans oranları hekimin koyduğu tanıya, anketlerle saptanan semptomların varlığına ve 2003 sonrası GOLD rehberine dayalı spirometrik ölçümlerle olmak üzere genel olarak üç farklı yöntemle elde edilen verilere dayanmaktadır (Abul et al., 2013). Bu nedenle mevcut KOAH prevalans verileri, tarama yöntemleri, tanı kriterleri ve analitik yaklaşımlardan dolayı büyük ölçüde farklılık göstermektedir (GOLD, 2018).

29 ülkede tamamlanan ve 8 ülkede devam eden Akciğer Hastalığının Yüku [Burden of Lung Disease (BOLD)] ve diğerk büyük ölçekli epidemiyolojik çalışmalara dayanarak, 1990 yılında 30 yaşının üstünde yaklaşık 227,3 milyon KOAH'lı hasta olduğı, küresel yaygınlığı %10,7, aynı yaş aralığında 2010 yılında olgu sayısı 384 milyona (yaygınlık %11,7) yükseldiğı tahmin edilmektedir. DSÖ bölgelerinde, 2010 yılında en yüksek prevalans %15,2 ile Amerika'da, en düşük ise Güney Doğı Asya'da %9,7 olarak tahmin edilmiştir (Adeloye et al., 2015). Gelişmekte olan ülkelerde sigara içme oranının artması ve yüksek gelir düzeyindeki ülkelerde yaşlanan nüfusla birlikte, önümüzdeki 30 yıl boyunca KOAH prevalansının artması ve 2030 yılına kadar her yıl KOAH'dan yılda 4,5 milyondan fazla ölüm yaşanması beklenmektedir (Lopez et al, 2006; GOLD, 2018).

KOAH'ta önemli bir sorun da yetersiz tanıdır. Hastaların %60-85'i halen tanı almamış durumdadır. Tanı almamış bu hasta grubu genellikle hafif-orta şiddette KOAH'ı olanlardır (Türk Toraks Derneğı, 2014). İspanya'da 40-80 yaş arası bireyler üzerinde yapılan çalışmaya göre GOLD tanımlı KOAH prevalansı % 10,2 bulunmuştur. Bu oran, yaş, tütün tüketimi ve düşük eğitim düzeyleri ile artmaktadır. Fakat bu oranın yalnızca %27'sine daha önceden KOAH tanısı konulmuştur (Miravitles et al, 2009). Norveç Hordaland'da 35-90 yaş arası 1664 kişiye yapılan çalışmaya göre KOAH prevalansı %14 bulunmuştur. Olguların %70'i solunum semptomları yaşamasına rağmen, hastaların sadece %25'ine daha önce doktor tarafından KOAH tanısı konulmuştur (Waatevik et al., 2013). KOAH'ın erken saptanması hala çözülememiş bir konudur.

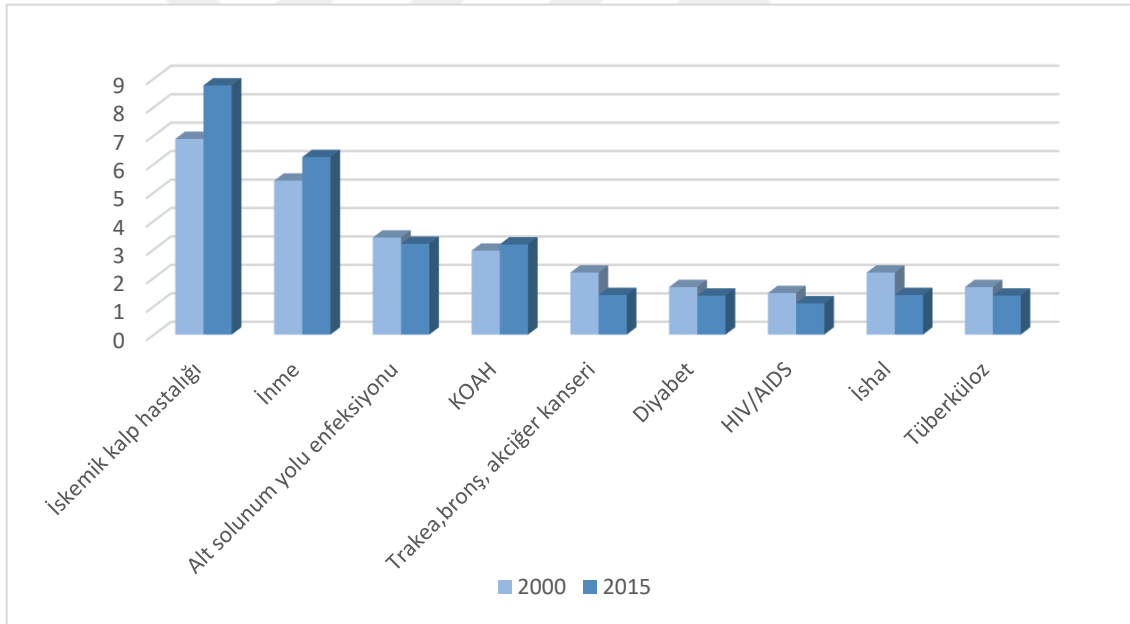
Türkiye'de KOAH prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalar azdır. Yapılan çalışmalarda KOAH oranları geniş dağılım aralığı göstermekte olup; ≥ 40 yaş üzerinde değişmektedir (Arslan et al., 2013; Deveci et al., 2011; Örnek et al., 2015). Arslan ve

arkadaşları tarafından 40 yaş ve üzeri grupta yapılan bir çalışmada GOLD evreleme sistemine göre evre I % 13,3, evre II %7,1 (Arslan et al., 2013), Örnek ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada %14,1 olarak belirlenmiştir (Örnek et al., 2015).

4.2.2. Mortalite

KOAH'ın mortalitesi incelendiğinde 2015 yılında dünyada, iskemik kalp hastalığı (8,76 milyon), inme (6,24 milyon) ve alt solunum yolu enfeksiyonundan (3,19 milyon) sonra KOAH (3,17 milyon) en çok ölüme sebep olan dördüncü hastalıktır (WHO, 2017). 2020 yılında dünya çapında 68 milyon ölümün, 11,9 milyonunu akciğer hastalıklarından (4,7 KOAH, 2,5 pnömoni, 2,4 tüberküloz, 2,3 milyon akciğer kanseri) kaynaklanacağı tahmin edilmektedir (Mathers and Loncar, 2006; Lopez et al., 2014; Türk Toraks Derneği, 2014).

Grafik 4.1. Dünyadaki En Ölümcül Hastalıklar 2000-2015 (Milyon)*



*WHO, 2015

Son 30-40 yılda KOAH nedeniyle ölümler giderek artmıştır. 1965-1998 yılları arasındaki verilere göre ABD’de erkeklerde; koroner arter hastalığından ölümler %59, inmeden ölümler %64 ve diğer kardiyovasküler hastalıklardan ölümler %35 azalmasına karşın, aynı dönemde KOAH’dan ölümler %163 artmıştır (GOLD, 2006; Türk Toraks Derneği, 2010). 2011’de, ABD’de KOAH üçüncü ölüm nedeni olmuştur. KOAH ile ilişkili mortalitedeki bu artış temel olarak sigara içmenin genişleyen prevalansı ve

nüfusun yaşlanması olduğu tespit edilmiştir (GOLD, 2018; Sherry et al., 2015). Buna karşın Avrupa’da gelişmiş ülkelerde KOAH mortalitesi son yıllarda azalma eğilimindedir. 1994-2010 yılları arasındaki verilere göre, Avrupa’da 2,34 milyon kayıtlı KOAH ölümü vardır. KOAH mortalitesi erkeklerde tüm Avrupa ülkelerinde kadınlardan daha yüksektir. Avrupa genelinde, 100 000 kişiye düşen ölümler, erkeklerde 1994’te 90,07’den 2010’da 61,33’e, kadınlarda ise 1994’te 26,99’dan 2010’da 25,15’e düşmüştür ve bu sürede erkeklerle kadınlar arasındaki fark azalmıştır (Lopez et al., 2014, Rycroft et al., 2012). Bu durumun, sigara içme prevalansında ve hava kirliliğindeki azalma ile ilişkili olduğu yapılan çalışmalar sonucu tespit edilmiştir.

4.2.3. Morbidite

Morbidite değerlendirmesi, doktor ziyaretleri, acil servis ziyaretleri ve hastane yatışlarını içerir. KOAH morbidite verileri genellikle mortaliteden daha az güvenilirdir. Çünkü morbidite ölçüm yolları, hastane yataklarının mevcudiyeti, birinci-ikinci basamak sağlık kuruluşları arasındaki sevk zinciri gibi dış faktörlerden etkilenmeye eğilimlidir. Bu dış faktörlere rağmen, KOAH için morbidite verileri sağlık hizmetleri ihtiyacı için bir öngörü sağlayabilir (Türk Toraks Derneği, 2014; GOLD, 2018; Chapman et al., 2006). Mevcut veriler üzerinde yapılan çalışmalara göre, KOAH morbiditesi, sigara, yaşlanma ve KOAH ile ilişkili diğer eşlik eden kronik durumlardan (kardiyovasküler hastalık, kas-iskelet sistemi bozukluğu, diyabet) etkilenebilir. Bu nedenle KOAH’a bağlı morbidite yaşla birlikte artmaktadır. Ayrıca bu kronik durumlar, hastaneye yatışların ve maliyetlerin başlıca nedenleri olarak hastanın sağlık durumunu önemli ölçüde bozabilir (GOLD, 2018; Mannino et al., 2015).

4.2.4. Ekonomik Yük

KOAH’ta doğrudan maliyet (tanı ve tedavi harcamaları) ve dolaylı maliyet (sakatlığın ekonomik sonuçları, kaybedilen iş gücü, erken ölüm, hastalık nedeni ile yapılan aile harcamaları vb) oldukça yüksek düzeydedir (Türk Toraks Derneği, 2014). Yapılan araştırmalarda KOAH tanısı konan kişilerin sadece %21-25’inin daha önceden KOAH tanısı almış olduğu tespit edilmiştir. KOAH’lı olup tanı konmamış bireylerde morbidite ile ilişkili dolaylı maliyetler olabilir, ancak bunların büyük çoğunluğunun hafif hastalığı olduğu için, tanısı olmayanların özellikle KOAH için tedavi veya dolaylı

maliyetlere sahip olmadıklarını varsayıp, bu noktada veri eksikliği, yine maliyetlerin önemli ölçüde düşük tahmin edilmesiyle sonuçlanabilir. KOAH'ın Avrupa Birliği'nde (AB) dolaylı maliyeti 25,1 milyar euro, doğrudan maliyeti 23,3 milyar euro olmak üzere toplam maliyeti 78,4 milyar eurodur (<https://www.erswhitebook.org/>, Erişim Tarihi: 08/04/2018).

KOAH için hastalık maliyeti tahmini, 184 DSÖ üye ülkesinin toplam doğrudan ve dolaylı maliyetlerini temsil etmektedir. Bu, dünya nüfusunun % 95'inden fazlasını ve dünyanın GSYİH'sının % 95'ini oluşturmaktadır. KOAH için küresel hastalık maliyeti, 2010 yılında 2,1 trilyon ABD dolarından 2030 yılında 4.8 trilyon ABD dolarına yükselebileceği tahmin edilmektedir (Bloom et al., 2011). Yüksek mortalite ve morbidite oranlarına ek olarak, KOAH çok pahalı bir hastalıktır ve bir ülkenin sağlık hizmetleri maliyetlerine önemli bir sorumluluk teşkil eder. Örneğin, KOAH'lı bir hasta için yıllık tedavi maliyeti ABD'de 9,981 dolar ve İngiltere'de 3,224 dolardır (Foo et al., 2016).

4.2.5. Türkiye'de KOAH Epidemiyolojisi

Sigara içme alışkanlığı ve iç ortam hava kirliliği gibi risk faktörlerinin oldukça yaygın olduğu Türkiye'de, KOAH'ın yüküne yönelik yeterli çalışma bulunmamaktadır (Kocabaş, 2000). Son yıllara kadar Sağlık Bakanlığı hastalık kodlamasında kronik kronşit ve amfizemin yer almasına karşın KOAH'nın bulunmaması, bakanlık istatistiklerinden KOAH morbiditesi ve mortalitesi ile ilgili bilgi edinilmesini olanaksız kılmaktadır (Türk Toraks Derneği, 2014).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine bakıldığında, Türkiye'de 2016 yılında en sık görülen ölüm nedenleri Tablo 4.1.'de gösterilmiştir. Buna göre, solunum sistemi hastalıkları en sık görülen üçüncü ölüm nedenidir. 2016 yılında gerçekleşen toplam 408.782 ölümden 48.532'si solunum sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşmiştir ve bu ölümlerin de 24.868'i (%51,24) KOAH nedeniyle gerçekleşmiştir (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083, Erişim Tarihi: 09/04/2018).

Tablo 4.1. Türkiye’de Ana Tanı Gruplarına Göre Ölüm Nedenlerinin Yüzde Dağılımları (%)*

Ölüm Nedenleri	Erkek(%)	Kadın (%)	Toplam(%)
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	19,71	20,12	39,84
İyi Huylu ve Kötü Huylu Tümörler	12,77	6,93	19,71
Solunum Sistemi Hastalıkları	6,85	5,01	11,87
Endokrin, Beslenme ve Metabolizmayla İlgili Hastalıkları	2,11	2,86	4,97
Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıkları	2,16	2,71	4,87
Dışsal Yaralanma Nedenleri ve Zehirlenmeler	3,21	1,21	4,43

*TÜİK ölüm nedenleri, 2016

2004 yılında Adana’da yapılan BOLD çalışması 40 yaş üstü yetişkin bireylerin %19,6’sında (erkeklerde %28, kadınlarda %10,3) KOAH bulunduğu tespit edilmiştir (Türk Toraks Derneği, 2014). 2007 yılında Malatya’da yapılan 40 yaş üstü epidemiyolojik çalışmada, sigara içenlerde KOAH prevalansı %18,1 iken sigara içmeyenlerde bu oran %4,5 bulunmuştur (Günen et al., 2008). Yine 2013 yılında bir sanayi kenti olarak öne çıkan Kocaeli’nde 40 yaş üzeri kişilerle yapılan bir çalışmada, evre I veya daha yüksek KOAH prevalansı %13,3 (kadınlarda% 8,7, erkeklerde% 16,5) bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada sigara içmeyenlerde KOAH prevalansı %10,5 bulunmuş olup, bu oran beklenen değerden yüksektir (Arslan et al., 2013).

Ülkemizde KOAH tanısı konan hasta oranı çok düşüktür. Yine Adana ilindeki BOLD çalışmasına göre hastaların sadece %8,4’üne bir doktor tarafından KOAH tanısı konulmuştur. Başka bir deyişle ülkemizde bulunan beş milyona yakın KOAH’lının sadece 500 bini KOAH’lı olduğunu bilmektedir. Oysa hastalık erken dönemde saptanabilse, risk faktörlerinden kaçınmak ve böylece hastalığın ilerlemesini durdurmak mümkün olabilecektir. Yapılan tüm çalışmalar hastalığın yeterince bilinmediğini, yeterince tanı konmadığını ve yeterince tedavi edilmediğini göstermektedir. Hastaların ise sigara veya diğer risk faktörleri ile maruziyeti sürdürmeleri veya tedaviye yeterli özen göstermemeleri tedavi başarısını düşürmektedir. Adana’da yapılan aynı çalışmada

KOAH'lı hastaların sadece %12.3'ünün hastalıkları ile ilgili ilaç kullandıkları, %48.1'inin sigara içmeyi sürdürdükleri görülmüştür (T.C. SB, TSHGM, 2009, www.ssuk.org.tr/ Erişim Tarihi: 09/04/2018).

Türkiye'de; KOAH'ın neden olduğu hastalık yükü, hastalığın prevalans, insidans, mortalite ve risk faktörleri ile ilgili ulusal düzeyde yeterli veri bulunmamaktadır. Ayrıca klinik pratikte hastalığı tanı ve tedavisi ile ilgili sorunların niteliği ve boyutları ile ilgili güvenilir bilgiler de yetersizdir. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programının henüz bu bilgilere ulaşamamış olması, hem uygulanan kontrol programının etkinliğini değerlendirmeyi güçleştirmekte, hem de uygun ve etkin bir kontrol programının yürütülmesini engellemektedir. Bununla birlikte, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışmasında spirometri uygulamalarında saptanan çok ciddi nitelik sorunu, mevcut koşullarda rutin hizmetlerden elde edilen KOAH ile ilgili bilgilerin güvenilirliğini de tartışmalı hale getirmektedir (Türk Toraks Derneği, 2014).

Sonuç olarak KOAH, ülkemizde de tüm dünyada olduğu gibi mortalitesi, morbiditesi, ekonomik yükü yüksek bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle ülkemizde epidemiyolojik verilerin az olduğu KOAH risk faktörleri üzerinden yapılacak çok merkezli yüksek hasta sayılı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çok merkezli topluma genellenebilecek çalışmalardan çıkacak sonuçlarla öngörülerde bulunup, KOAH prevalansını kendi verilerimiz üzerinden düşürecek planların yapılması, genç nüfusu yüksek, ama yaşlı nüfusu giderek artan ülkemiz için önem arz etmektedir (Abul ve Özlü, 2013).

4.3. KOAH ve Risk Faktörleri

KOAH genellikle sigara dumanı ve diğer risk faktörlerine duyarlılıkta büyük farklılığa neden olan genetik faktörlerle, çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. KOAH gelişiminde rol oynayan risk faktörleri karmaşık bir şekilde birbirleriyle ilişkilidir ve bu ilişkilerin anlaşılabilmesi için daha çok çalışmaya gereksinim duyulmaktadır (T.C. SB, TSHGM, 2009, www.ssuk.org.tr/, Erişim Tarihi: 09/04/2018). KOAH gelişimi ile ilgili risk faktörleri aşağıdadır.

- Genetik

- Sigara
- Yaş ve cinsiyet
- Mesleki maruziyet
- İç ve dış ortam hava kirliliği
- Akciğer gelişimine etkili faktörler
- Sosyo-ekonomik durum

4.3.1. Genetik

KOAH için en önemli genetik risk faktörü akciğer ve karaciğeri etkileye α 1-antitripsin eksikliğidir. Bununla birlikte, α 1-antitripsin eksikliği, popülasyondaki KOAH'a duyarlılığın sadece % 1-2'sini oluşturur (Meteran et al., 2014). Bir proteaz enzim inhibitörü olan alfa-1 antitripsin, enflamatuvar hücrelerden salınan yıkıcı enzimleri bloke ederek görev yapar. Tipik pulmoner bulgu, KOAH ve amfizemdir. Genç erişkinlerde şiddetli KOAH oluşabilir ve terminal respiratuar yetmezlik birçok hastada erken ölüme neden olmaktadır (Köhnlein and Welte, 2008).

Genetik faktörler; çevresel faktörler ve ırk gibi birçok faktör tarafından değiştirilebilmektedir. Bu durum, KOAH'ın çok yönlü bir hastalık olduğunu, sadece genetik faktörlerden değil, aynı zamanda epigenetik faktörlerden de etkilendiğini ve sonuçta hastalığın karmaşık genetik-epigenetik etkileşimin sonucu geliştiğini düşündürmektedir (Türk Toraks Derneği, 2014).

4.3.2. Sigara

Dünya genelinde sigara içimi, KOAH için risk faktörlerinden en sık karşılaşılandır. Gelişmiş ülkelerde KOAH gelişiminden %80-85 oranında sigara içimi sorumludur. Sigara içenlerin içmeyenlere göre daha fazla solunum semptomlarına ve akciğer fonksiyon bozukluğuna sahiptirler. Ayrıca FEV 1'de yıllık düşüş oranı daha fazladır ve daha yüksek KOAH mortalitesine sahiptirler. Sigara harici puro, nargile ve esrar da KOAH için risk faktörüdür (She et al., 2014; GOLD, 2014). Türkiye'de 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin 2008 yılında %31,3'ü tütün ve tütün mamüllerini kullanmakta iken 2012 yılında bu oran yaklaşık olarak %27'ye düşmüştür. Tütün ve tütün

mamülü kullananların oranı erkeklerde %47,9'dan %41,4'e, kadınlarda ise %15,2'den %13,1'e düşmüştür (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1042 , Erişim Tarihi: 11/04/2018).

KOAH riskini, günlük tüketilen sigara miktarı, sigara içme süresi ve sigara içimine küçük yaşta başlanması çok fazla arttırır. Sigaranın her çeşidi (filtreli, filtresiz, light, mentollü) zararlıdır (Aldağ, 2014). Aktif sigara içimi, en önemli risk faktörü olmakla birlikte, sigara içenlerin %25'inden daha azında da KOAH gelişir ve KOAH'lıların %15'inden daha fazlası hiç sigara içmeyenlerde görülür. Bu durum KOAH oluşumunda diğer faktörlerin de rol oynadığını gösterir (Yin et al., 2007; Çilekar, 2013). Ayrıca sigara içiminin bırakılması aynı zamanda KOAH oluşumunu ve KOAH semptomlarını da (öksürük, hırıltı, balgam) azalttığı saptanmıştır (Eagan et al., 2004; Budak, 2010).

Pasif içiciliğin de KOAH oluşumu riskini önemli ölçüde arttırdığı belirlenmiştir. Nitekim haftada 40 saatten çok ve 5 yıldan fazla süreli sigara dumanına maruz kalanlarda KOAH gelişme riski %50 oranında arttığı belirtilmiştir. Aktif bir şekilde sigara kullanılsa bile sigara içilen ortamlardan uzak durulmalıdır (Yin et al., 2007; Türk Toraks Derneği, 2010).

4.3.3. Yaş ve Cinsiyet

KOAH yaşlanma ile bağlantılı olan kronik bir hastalıktır. Akciğerlerdeki yaşlanma özelliklerinin birçoğu, KOAH'lı hastaların akciğerlerinde görülenlere benzerdir ve yaşlanma ile ilişkili birçok olgu, KOAH'lı hastaların akciğerlerinde de bulunmaktadır. KOAH prevalansı, 60 yaş üstü bireylerde, daha genç yaşlı kişilere göre iki ila üç kat daha fazladır. KOAH, hızlandırılmış akciğer yaşlanması durumu olarak kabul edilebilir (Macnee, 2016).

Son yıllarda, özellikle düşük sosyo-ekonomik düzeyli ülkelerdeki KOAH, prevelans ve mortalite de dahil olmak üzere, kadınlarda erkeklerden daha hızlı artmıştır ve bu, KOAH'ın ağırlıklı olarak erkeklerin bir hastalığı olduğu hakkındaki tarihsel algıyı değiştirmiştir. Bu değişiklikler son yıllardaki sigara içimindeki değişikliklere bağlanmıştır. Son kanıtlar erkekler ve kadınlar KOAH risk faktörlerine duyarlılıkları açısından farklılık göstermektedir ve bu durum biyolojik ve hormonal mekanizmalarla

ilişkili olabilir. Yapılan araştırmalara göre, sigara içmeyip de KOAH'lı olan hastaların kadın olma olasılığı daha yüksektir (Aryal et al., 2014; Kamil et al., 2013).

4.3.4. Mesleki Maruziyet

İşyerlerindeki çalışma koşulları nedeniyle toza, gaza ve dumana maruz kalmak da KOAH oluşumu için bir risk faktörüdür. KOAH riski yüksek olan meslekler maden işçiliği, ulaşım sektörü, metal işçiliği ve odun/kâğıt üretiminde çalışma, tahıl, çimento ve tekstil işçiliği gibi mesleklerdir. Kimyasal gazlar arasında NH₃, NO₂, SO₂, O₃, fosgen ve klorin gibi gazlar KOAH için etkilidir (Tokmak, 2009). Yapılan araştırmalara göre; mesleki maruziyetin, çalışma yılı arttıkça KOAH riskini de arttırdığı tespit edilmiştir (Loh, 2016). ABD'de yapılan çalışmaya göre KOAH oluşumunda mesleki maruziyetin katkısının %19.2 olduğu, bu değerin sigara içmeyenlerde %31.1 olduğu bildirilmiştir (GOLD, 2018).

4.3.5. İç ve Dış Ortam Hava Kirliliği

İç hava kirliliğine maruz kalmak KOAH için bir risk faktörüdür (Kurmi et al., 2009). Dünya nüfusunun yaklaşık yarısı, pişirme, ısıtma ve aydınlatma için ana enerji kaynağı olarak biyokütle (odun, tezek, bitki kökleri vb.) ve kömür kullanmaktadır (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/en/>, Erişim Tarihi:12/04/2018). Biyokütlenin yakılması, iç mekan kirliliğini önemli derecede artırır ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık kaygısı olarak kabul edilmektedir (Mbatchou Ngahane et al., 2015).

2012 verilerine göre her yıl 4,3 milyon insan yemek pişirmek için katı yakıtların verimsiz kullanımının neden olduğu hane halkı hava kirliliğine atfedilebilecek hastalıklardan ötürü ölmektedir. Bu ölümlerin %22'sini KOAH'lı hastalar oluşturmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki yetişkinlerde KOAH kaynaklı erken ölümlerin üçte birinden fazlası hane halkı hava kirliliğine maruz kalmaktadır. Yüksek düzeyde iç mekan dumanına maruz kalan kadınların, daha temiz yakıt kullanan kadınlara göre KOAH hastalığına yakalanma olasılığı 2 katından fazladır (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/en/>, Erişim Tarihi: 12/04/2018). Yine

yapılan araştırmalara göre, özellikle balgam ve öksürük gibi solunum semptomları raporlarına göre, biyokütle yakıtları kullanan kadınlarda, daha temiz yakıtlar kullanan kadınlara kıyasla daha yüksektir (Duque et al., 2008).

Hava kirliliğine maruziyetin KOAH ile güçlü bir ilişkisi vardır (Saygın et al., 2017). Sanayi, trafik, ısıtma vb. kaynaklardan oluşan yüzlerce kirletici dış hava kirliliğine sebep olur. Diğ er birçok riskin aksine, tüm yaşam süresi boyunca dış hava kirliliğine maruz kalırız (Eisner et al., 2010). Güney  in’de yapılan bir araştırmaya göre yerleşim yerinde nispeten yüksek seviyede partikül maddenin bulunmasının KOAH prevelansı ve düşük akciğ er fonksiyonu ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Liu et al., 2017). Ayrıca dünyanın farklı yerlerindeki yapılan araştırmalara göre, hava kirliliğinin özellikle kış aylarında KOAH’lıların hastane başvurularını önemli ölçüde arttırmıştır. Hastane başvurularındaki bu artış erkeklerde ve 74 yaşın üstündeki hastalarda daha fazladır (Cao et al., 2017; Santurt n et al., 2017; Ko et al., 2007).

4.3.6. Akciğ er Gelişimine Etkili Faktörler

Çocukluk ve ergenlik döneminde anne karnında, doğum ve doğum sonrasında maruz kalınan faktörler (annenin sigara kullanması, çocuklukta pasif veya aktif sigara i iciliğ i, çocukluk astımı, çocukluk solunum yolu enfeksiyonları vb.) akciğ er büyümesini etkiler. Ayrıca doğum ağırlığı da, yetişkinlikte akciğ er fonksiyonlarını etkilemektedir. Spirometri ile ölçüldüğü üzerine, azalmış akciğ er fonksiyonuna sahip bir bireyde, KOAH gelişimi riski çok yüksektir. Hamilelik ve çocukluk döneminde akciğ er büyümesini etkileyen herhangi bir faktör, bir bireyin KOAH gelişme riskini artırma potansiyeline sahiptir (Erdoğan, 2015; Lawlor et al., 2005; GOLD 2018).

4.3.7. Sosyo-Ekonomik Durum

Sosyo-ekonomik durum, aktif veya pasif sigara içenlerden bağımsız olarak hekim tarafından konulmuş KOAH tanısında başlı başına bir risk faktörüdür.  in’de yapılan bir çalışmaya göre bu durumun aynı zamanda düşük eğitim düzeyi ve düşük hane geliri ile de ilişkili olduğu saptanmıştır (Yin et al., 2011). Düşük ve orta gelirli ülkelerde KOAH oluşumu, mortalite ve morbiditeyi arttırdığı için, giderek artan bir sorun oluşurmaktadır

(Beran et al., 2015; Cho et al., 2016). KOAH gelişme riski sosyoekonomik durumla ters ilişkilidir. Birçok çalışmada, en düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip bireylerin, en yüksek sosyo-ekonomik düzeyde olan bireylere göre en az iki kat daha kötü sonuçlara sahip olma olasılıklarının bulunduğu belirtilmiştir (Gershon et al., 2012).

4.4. KOAH'ın Klinik Özellikleri

Hastaların büyük çoğunluğu 40 yaş üstü, sigara içicisi erkeklerdir. KOAH'ta görülen en önemli semptomlar nefes darlığı, öksürük ve balgam çıkarmadır (Altın, 2007). Öksürük ve balgam çıkarma hastalığın erken semptomlarından ve çoğunluğu sigara içicisi olan bu hastalarda “sigara öksürüğü” olarak düşünülür ve hekime başvurular KOAH'ın ileri evrelerinde gerçekleşir. İleri evlerde de akciğer fonksiyonları yarı yarıya kaybedilmiş ve nefes darlığı gelişmiştir (Başyigit, 2010). Semptomların şiddeti ile solunum fonksiyonlarının kaybı arasında korelasyon bulunmaması ve bazı hastaların ileri dönemlerde bile semptom göstermemesi nedeniyle çoğu hastaya erken dönemde tanı konamamaktadır (Altın, 2007). Semptomların kronik ilerleyici seyri ve ataklarla semptom şiddetinde artış meydana gelmesi KOAH için tipiktir. Zamanla fiziksel aktivitede kısıtlanma, yaşam kalitesinde azalma ve mortalitede artış meydana gelir (Akman, 2016; Başyigit, 2010).

Hastalarda gelişen ilk semptom öksürüktür fakat genellikle önemsenmez. Öksürük kronik ve genellikle prodüktif öksürük şeklindedir, sabahları artar. Sabah öksürüğü gece boyunca hava yollarında biriken mukusu atabilmek içindir (Tetikurt, 2005; Altın, 2007). Balgam çoğunlukla az miktardadır ve yapışkan yapıdadır. Fakat özellikle bronşektazi gibi ek hastalığı olan hastalarda fazla miktarda da olabilir. Hastalar dispneyi “nefes alma güçlüğü”, “hava açlığı” veya “iç çekme” şeklinde tanımlayabilirler. Başlangıçta ağır eforla ortaya çıkarken, zamanla hafif olağan eforla dahi meydana gelebilir ve hastanın günlük yaşam aktivitelerini kısıtlar (Akman, 2016).

4.5. KOAH'ta Tanı ve Değerlendirme

4.5.1. KOAH'ta Tanı

Dispne, öksürük ve balgam çıkarma semptomları olan ve risk faktörlerine maruz kalma öyküsü olan bütün bireylerde KOAH'dan şüphelenilmelidir (GOLD, 2017). KOAH'dan şüphelenilen bütün bireylerden ayrıntılı bir öykü alınmalıdır (Turan, 2017). Klinik tanı kalıcı hava akımı kısıtlamasının spirometre (postbronkodilatör FEV1/FVC <%70) ile gösterilmesi ile doğrulanır (GOLD, 2017).

Semptomlar

Dispne, kronik öksürük, ve balgam çıkarma KOAH'ın en karakteristik semptomlarıdır. Bu semptomlar hava akımı kısıtlaması gelişmeden erken evrelerde de görülebilir (Türk Toraks Derneği, 2017).

- **Dispne:** KOAH'ın başlıca semptomudur ve hastanın hekime başvurmasını sağlar. Zamanla ilerler, özellikle egzersizle kötüleşir, kalıcıdır ve hastanın günlük yaşam aktivitelerini kısıtlar (Akman, 2016; GOLD, 2017; Uysal, 2014).
- **Kronik Öksürük:** Genellikle KOAH'ın ilk semptomu kronik öksürüktür (Akyıl, 2012). Önce hasta tarafından sigara ve/veya çevresel maruziyetlere bağlı olduğu düşünülür. Patolojik olarak algılanmaz. Öksürük başlangıçta aralıklı, daha sonradan gün boyu ve her gün devam eder. Balgamlı veya balgamsız olabilir (GOLD, 2017).
- **Balgam çıkarma:** KOAH'lı hastalar öksürük ve beraberinde az miktarda balgam çıkarabilirler. Bu balgam yapışkan, koyu kıvamlı ve çıkarılması zor inatçı balgamdır (GOLD, 2017; GOLD Reports, 2018; GOLD Pocket Guide, 2018; Uysal, 2014).
- Wheezing ve göğüs ağrısı, KOAH'lı hastalarda görülebilen non-spesifik semptomlardır, görülmemeleri KOAH tanısını ekarte etmez (Pauwels and Rabe, 2004). KOAH'ta semptomlarda olduğu gibi fizik muayene bulguları ile hava yolu obstrüksiyonunun şiddeti arasında da bir ilişki mevcuttur. Hastalığın erken evrelerinde fizik muayene normal olabilir veya ileri dönemlerde hastalık için oldukça spesifik bulgularla karşılaşılabılır. Özellikle ileri dönemdeki hastalarda

giyinme gibi hafif aktivitelerde dahi solunum sıkıntısı ve taşipne tespit edilebilir. Hasta nefes darlığı nedeniyle uzun cümleler kuramaz, kelimeler halinde konuşur (Akman, 2016).

- Hastalığın ileri dönemlerinde iştahsızlık, kilo kaybı ve kaşeksi görülebilir. Kilo kaybı kötü prognoz göstergesidir ve malignite, tüberküloz gibi diğer hastalıklara da eşlik edebilir. Hastalık ilerledikçe aktivite kısıtlanması gelişir ve hastalar eve bağımlı hale gelir. Bu da hastada sosyal izolasyon, depresyon ve anksiyeteye neden olur. Ayrıca ileri dönemde pulmoner hipertansiyon ve kor pulmonale gelişimi vücutta şişlik ve ödeme neden olabilir (Başyigit, 2010).

Bu göstergelerden herhangi biri 40 yaşın üzerindeki bireyde varsa, KOAH düşünülmeli ve spirometre testi uygulanmalıdır. Bu göstergeler yalnız başına tanıyı doğrulamaz, fakat birkaç göstergenin bir arada olması KOAH tanı olasılığını artırır. Spirometre KOAH tanısının konulması için zorunludur.

Tıbbi Öykü

- Risk faktörlerine maruziyet: Genetik faktörler, konjenital gelişimsel anormallikler, sigara içme, mesleki maruziyetler yönünden birey değerlendirilmelidir,
- Tekrarlayan alt solunum yolları enfeksiyonu,
- Geçmiş tıbbi öyküsü,
- Semptomların gelişme paterni,
- Atak geçirme ve hastanede yatma durumu,
- Hastanın yaşamına etkisi,
- KOAH aile öyküsü ve/veya düşük doğum ağırlığı, çocuklukta geçirilen solunum sistemi enfeksiyonları gibi çocukluk dönemine ait faktörler sorgulanmalıdır (Türk Toraks Derneği, 2014).

Spirometre

KOAH'da kesin tanı için spirometrik değerlendirme yapılmalıdır (GOLD, 2017). Değerlendirmede FEV1 ve FVC oranına bakılır. FVC maksimum inspirasyondan maksimum zorlanmış çaba ile dışarı atılan havanın maksimum hacmidir. FEV1, tam bir inspirasyondan sonra zorunlu bir ekspirasyonun ilk saniyesinde verilen havanın maksimum hacmidir (García-Río et al., 2013). Spirometrik ölçümler cins, yaş, boy ve

ırka göre belirlenen referans değerlerle karşılaştırılarak değerlendirilir (GOLD, 2017; Türk Toraks Derneği, 2014; Turan, 2017). Bronkodilatör sonrası FEV1/FVC'nin <0.70 olması tam olarak geri dönüşümlü olmayan hava akımı kısıtlanması olduğunu gösterir (GOLD, 2017).

4.5.2. KOAH'ta Değerlendirme

KOAH'ta değerlendirme hava yolu kısıtlılığının şiddetini, hastanın sağlık durumu üzerindeki etkisini, ileride ortaya çıkabilecek olayları (ataklar, hastane yatış ve ölüm) belirlemek ve sonuç olarak tedaviyi yönlendirmek amacıyla yapılır. Bu amaçlara ulaşmak için aşağıda yer alan hastalığın bütün yönleri ayrı ayrı ele alınmalıdır.

1. Spirometrik anormalliklerin ciddiyeti ve varlığı
2. Hastanın semptomlarının büyüklüğü ve mevcut durumu
3. Orta ve ciddi atak öyküsü ve öngörülen gelecek riskler
4. KOAH'a eşlik eden kronik hastalıkların değerlendirilmesi (Turan, 2017; GOLD Report 2018).

4.5.2.1. Hava akımı kısıtlılığının ciddiyetinin (Spirometrik) değerlendirilmesi

KOAH'da hava akımı kısıtlılığının sınıflandırması Tablo 4.2'de görülmektedir. Bronkodilatör sonrası FEV1'e göre hava akımı kısıtlanmasının derecelendirilmesi (bronkodilatör sonrası FEV1/FVC < %70 olan hastalarda) (GOLD, 2017; Kuzulu ve ark., 2017).

Tablo 4.2. Spirometrik değerlendirme*

FEV1 (% beklenenin)	
GOLD 1 (HAFİF)	≥80
GOLD 2 (ORTA)	50-79
GOLD 3 (AĞIR)	30-49
GOLD 4 (ÇOK AĞIR)	<30

* GOLD, 2018

4.5.2.2. Semptomların Değerlendirilmesi

Daha önce KOAH büyük solunum sıkıntısı olarak kabul edilmekte ve basit bir ölçüm aracı olan Medikal Araştırma Kurulu Skalasın'dan (Medical Research Council Scale-MRCs) yararlanılmaktaydı (Kara ve Yıldız, 2013). Günümüzde KOAH dispne ötesinde varolan etkileri ile olan bir hastalıktır. Bu nedenle KOAH'ın günlük yaşama etkisini değerlendiren KOAH Değerlendirme Anketi (CAT) ve KOAH Kontrol Anketi (CCQ) geliştirilmiştir ve kullanılmasının uygun olduğu bildirilmektedir (Türk Toraks Derneği, 2017).

MRCs, ilk olarak Fletcher tarafından kullanılmış, daha sonra İngiliz Medikal Araştırma Kurulu (Medical Research Council: MRC) tarafından geliştirilmiş şekliyle kullanıma sunmuştur. Dispne hissi meydana getiren çeşitli fiziksel aktiviteler temel alınarak oluşturulmuş beş maddeli bir ölçektir (Kara ve Yıldız, 2013). (Tablo 4.3) .

Tablo 4.3. Modifiye MRC Skalası*

Modifiye MRC Skalası	
Derece	Tanım
0	Sadece ağır egzersiz sırasında nefesim daralıyor.
1	Sadece düz yolda hızlı yürüdüğümde ya da hafif yokuş çıkarken nefesim daralıyor.
2	Nefes darlığım nedeniyle düz yolda kendi yaşlarıma göre daha yavaş yürümek ya da ara ara durup dinlenmek zorunda kalıyorum.
3	Düz yolda 100 metre ya da birkaç dakika yürüdükten sonra nefesim daralıyor ve duruyorum.
4	Nefes darlığım yüzünden evden çıkamıyorum veya giyinip soyunurken nefes darlığım oluyor.

* GOLD, 2018

KOAH Değerlendirme Testi (CAT)

KOAH Değerlendirme Testinde (CAT) 8 parametre değerlendirilir. Skoru 0-40 arasında değişir. Testte yer alan sorular, hastalığın sağlık durumuna ve günlük yaşama etkilerini belirlemeyi sağlamaktadır (Jones et al., 2009).

Tablo 4.4. KOAH Değerlendirme Testi (CAT)*

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

* GOLD, 2018

4.5.2.3. Alevlenme Riskinin Değerlendirilmesi

KOAH'lı hastalarda, solunum semptomlarının akut kötüleşmesi sıklıkla alevlenme ya da atak olarak tanımlanmaktadır. Artan nefes darlığı, balgam değişikliği, öksürük ve ateş gibi belirti ve semptomlarla kendini gösterir (Rodriguez-Roisin, 2000) ve hafif, orta ve ciddi olarak sınıflandırılmaktadır (Türk Toraks derneği, 2017).

- Hafif alevlenme: Sadece kısa etkili beta2 agonistler ile tedavi edilebilir.
- Orta alevlenme: Kısa etkili beta2 agonistler yanı sıra antibiyotikler ve/veya oral kortikosteroidler ile tedavi edilebilir.
- Ağır alevlenme: Acil servis başvurusu veya hastanede yatışı gerekir.

Yılda iki ve üzerinde orta alevlenme ya da bir ve üzerinde hastane yatışı gerektiren alevlenme geçirilmesi 'sık alevlenme' olarak tanımlanmaktadır (Türk Toraks Derneği,

2017). Zaman içinde KOAH alevlenmeleri daha sık ve daha şiddetli hale gelir ve bu da fonksiyonel bozukluğun artması ile ilişkilidir (Celli and Barnes, 2007).

KOAH alevlenmesi; hastanın solunum yolu semptomlarında günlük gözlemlenen normal değişikliğin ötesinde ve ilaç değişikliğine yol açan bir kötüleşme ile karakterize akut olay olarak tanımlanmıştır (GOLD, 2011). KOAH'lı hastalar sıklıkla enfeksiyonlarla artan solunumsal semptomlarının akut kötüleşmesiyle karakterize alevlenmeler yaşarlar. Sık alevlenmelerin akciğer fonksiyonlarında ve yaşam kalitesinde azalma, sağlık hizmetlerinden daha çok faydalanma ve yüksek maliyet gibi hastalığın seyri üzerine önemli etkileri vardır (Erdoğan, 2015).

Hastalık ilerlediğinde alevlenmeler daha sık ve şiddetli olmakta ve alevlenmenin sıklığı, KOAH'lı hastanın yaşam kalitesinin daha da düşmesi ile sonuçlanmaktadır. Alevlenmelerin etiolojisinde enfeksiyonlar (bakteri ve viral etkenli) ve iç ve dış hava kirliliği sorumlu tutulmaktadır. Alevlenme şiddetine göre hastaneye yatış gerekebilir. Bronkodilatör tedavi ve enfeksiyon kaynağına uygun olarak antibiyotik tedavisi uygulanır (Türk Toraks Derneği, 2014).

4.5.2.4. KOAH'a Eşlik Eden Kronik Hastalıkların Değerlendirilmesi

KOAH kilo kaybı, beslenme anormallikleri, iskelet kas disfonksiyonunu kapsayan sistemik yan etkileri olan bir hastalıktır. Özellikle yaşlılarda birçok kronik hastalıkla birlikte görülür. Kardiyovasküler hastalıklar, iskelet kas disfonksiyonu (sarkopeni ve anormal hücre fonksiyonu ile karakterizdir) metabolik sendrom, osteoporoz, depresyon, anksiyete ve akciğer kanseri en yaygın kronik hastalıklardır. Bu hastalıklar hafif, orta ve ağır hava akımı kısıtlılığı oluşturabilir, mortalite ve hastane yatışlarını artırabilir ve özel tedavi gerektirir. Bu nedenle KOAH'a eşlik eden kronik hastalıklar rutin olarak değerlendirilmelidir (GOLD, 2018; Türk Toraks Derneği, 2017).

4.5.2.5. KOAH'da Birleşik Değerlendirme

KOAH'ın hastalar üzerindeki etkisini anlamak için, semptomatik değerlendirme, spirometrik sınıflandırmayla ve/veya alevlenme riskiyle birlikte ele alınmalıdır. Bu yaklaşıma göre hastalar 4 grupta incelenmektedir:

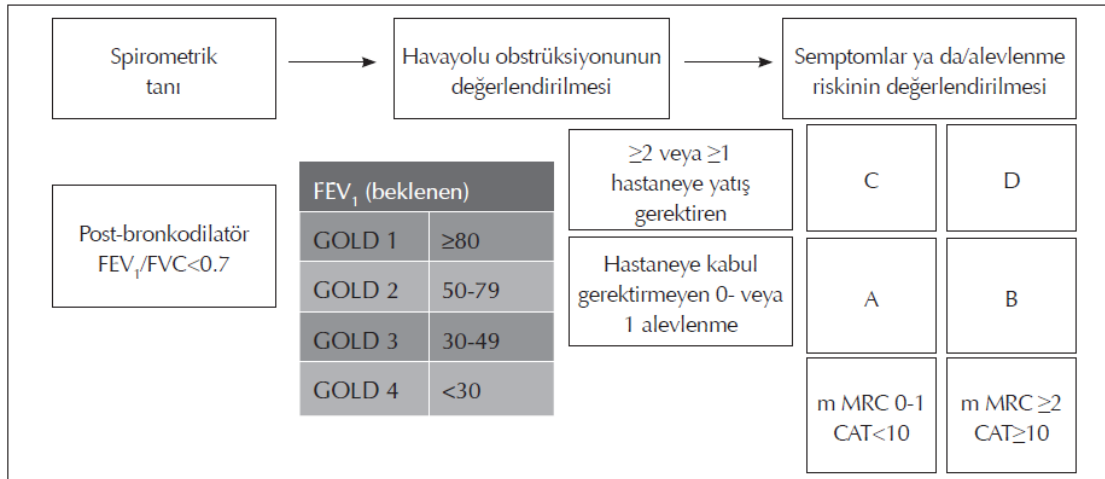
Grup A: Düşük risk, daha az semptom, GOLD 1 veya 2 (Hafif ya da orta hava akımı kısıtlanması) ve/veya yılda 0-1 alevlenme ve mMRC 0-1 derece ya da CAT skoru < 10

Grup B: Düşük risk, daha fazla semptom, GOLD 1 veya 2 (Hafif ya da orta hava akımı kısıtlanması) yılda 0-1 alevlenme ve mMRC ≥ 2 derece ya da CAT skoru ≥ 10

Grup C: Yüksek risk, daha az semptom, GOLD 3 veya 4 (Ağır ya da çok ağır hava akımı kısıtlanması) ve/veya yılda ≥ 2 alevlenme ve mMRC 0-1 ya da CAT skoru < 10

Grup D: Yüksek risk, daha fazla semptom, GOLD 3 veya 4 (Ağır ya da çok ağır hava akımı kısıtlanması) ve/veya ≥ 2 alevlenme ve mMRC ≥ 2 ya da CAT skoru ≥ 10 (GOLD, 2017).

Şekil 4.1. KOAH'da Birleşik Değerlendirme*



* GOLD, 2018

4.6. KOAH Komplikasyonları

KOAH gelişmesinde temel nedene bağlı olarak komplikasyonlar gelişebilir. Solunum yetmezliği ya da yetersizliği en büyük komplikasyondur ve yaşamı tehdit eder. Atektazi, pnömoni, pnömotoraks gibi hastalıklar da solunum yetmezliği riskini arttırdığı için önemli komplikasyonlar arasındadır. Pulmoner infarktüs ve pulmoner hipertansiyon da diğer önemli komplikasyonlardandır (Uysal, 2014; Akdemir ve Birol, 2004).

4.7. KOAH'ın Tedavisi

KOAH tedavisinin amaçları, hastalığın ilerlemesini önlemek, egzersiz toleransını arttırmak, semptomları iyileştirmek, akut atakları önlemek ve tedavi etmek, komplikasyonları önlemek, yaşam kalitesini yükseltmek ve yaşam süresini uzatmaktır (Uysal, 2014). KOAH tedavisindeki temel yaklaşımlar; hastalık gelişiminin ve ilerlemesinin önlenmesi, stabil KOAH'ta farmakolojik tedavi, non-farmakolojik tedavi ve alevlenmelerin tedavisidir (GOLD, 2017).

KOAH'ta hastalık gelişiminin ve ilerlemesinin önlenmesi için risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu risk faktörlerine maruziyetin azaltılması önemlidir. Sigara kullanımı KOAH'ta en çok karşılaşılan ve kolayca belirlenebilen risk faktörüdür. Bu nedenle sigara içen tüm kişiler sigarayı bırakmaları için teşvik edilmelidir (GOLD, 2017). Hastalığın doğal gelişimini, bir diğer ifade ile ilerlemesini durdurduğu kanıtlanan tek girişim, sigara içiminin bırakılmasıdır. Bu anlamıyla sigara içiminin bırakılması, KOAH'ın en güçlü ilacıdır (Türk Toraks Derneği, 2014). Bu yaşam kalitesini artırır, akciğer fonksiyonlarının kaybı riskini ve mortaliteyi azaltır (Jenkins, 2017). Ayrıca mesleki olarak duman, gaz, toz ve iç/dış ortam hava kirleticilerine maruziyeti azaltmak hedefi mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır (GOLD, 2017).

Stabil KOAH'ın farmakolojik tedavisi semptomları azaltabilir ve önleyebilir, alevlenme sıklığını ve şiddetini azaltır, sağlık durumunu ve egzersiz kapasitesini artırır ve yaşam kalitesini iyileştirir (Montuschi et al, 2014; Dixit et al., 2016). Stabil KOAH tedavisi yönetiminde, semptomatik KOAH hastalarında farmakolojik olarak bronkodilatörler, kortikosteroidler, antibiyotikler, mukolitikler, diüretikler, oksijen tedavisi ve aşılar yer alır (Çilekar, 2013; GOLD 2017; Akyıl, 2012).

GOLD 2017 raporunda farmakolojik tedavi ABCD evreleme sistemine göre düzenlenmiştir. Hafif semptomlar, egzersiz öncesi veya egzersiz sırasındaki nefes darlığının azaltılması için ihtiyaç duyulduğunda inhale kısa etkili beta 2 agonistler (SABA), kısa etkili antikolinergik (SAMA) verilebilir. Haftada birkaç kez inhalasyona ihtiyaç duyan hastaların tedavilerine ise uzun etkili antikolinergik (LAMA) veya uzun etkili beta 2 agonist (LABA) eklenmektedir (Jenkins, 2017).

Stabil KOAH'ta non-farmakolojik tedavi pulmoner rehabilitasyon, uzun süreli oksijen tedavisi, noninvaziv mekanik ventilasyon kullanımı, fiziksel egzersiz ve hastanın eğitimini kapsar (Akyıl, 2012).

Pulmoner rehabilitasyon (PR); kronik solunum hastalarının fiziksel, emosyonel durumlarını düzeltmeyi ve sağlığı geliştirici kalıcı davranışları sağlamayı hedefleyen, hasta değerlendirmesini takiben her hasta için özel olarak belirlenen egzersiz eğitimi, eğitim ve davranış değişikliği geliştirme gibi yaklaşımları içeren, kapsamlı bir uygulama olarak tanımlanmaktadır (Spruit et al., 2013). Pulmoner rehabilitasyon programları hasta değerlendirmesi, egzersiz eğitimi, hasta eğitimi, beslenme müdahalesi ve psikososyal destekten oluşur ve her hasta için uygundur (Ries, 2008). Kronik solunum yolu hastalığı olan ve sağlığı geliştirici davranışlara uzun süreli bağlılığı teşvik eden PR, semptomları azaltır, kas fonksiyonunu, egzersiz kapasitesini, duygusal işlevi, yaşam kalitesini, bilgiyi ve öz-yeterliliği geliştirir (Rochester, 2015).

Uzun süreli oksijen tedavisi (USOT), şiddetli KOAH'lı hastalarda temel tedavilerden biridir. İstirahat hipoksemisi ile ilişkilidir ve günde 15 saat ve üzerinde kullanıldığında ve doğru şekilde kullanıldığında, USOT'un hipoksemik KOAH hastalarında sağ kalımı arttırdığı görülmüştür (Katsenos, 2011). Ayrıca hemodinamik parametreler, egzersiz kapasitesi, hematolojik değerler, mental durum ve akciğer mekanikleri üzerinde de olumlu etkileri bulunmaktadır. Oksijen tedavisinin primer hemodinamik etkisi, pulmoner hipertansiyonun ilerlemesinin önlenmesidir (Türk Toraks Derneği, 2014). Ayrıca efor kapasitesini artırır ve yaşam kalitesini yükseltir (Akyıl, 2012).

Noninvaziv mekanik ventilasyon (NIV), stabil çok ağır KOAH hastalarında genellikle kullanılmaktadır. NIV, özellikle belirgin gündüz hiperkapnisi ($\text{PaCO}_2 \geq 52$ mmHg) olan kişilerde, hastaneye yatış süresini uzatmaktadır (GOLD, 2017).

Hastanın Eğitimi KOAH'da, tanı konulduktan sonra hasta ve yakınları hastalık ve hastalık süreci hakkında bilgilendirilmeli, hasta bireyin tedaviye etkin olarak katılması sağlanmalı ve olabildiğince aktif bir yaşam sürmeye yönlendirilmelidir (Türk Toraks Derneği, 2010). DSÖ için terapötik hasta eğitimi sürekli bir süreçtir. Hasta merkezlidir, bilgi, farkındalık, özbakım eğitimi ve hastalık, bakım, reçeteli tedavi, hastane ile ilgili psikososyal desteği içerir. Hastaların ve ailelerinin hastalığı ve tedaviyi anlamalarına

yardımcı olmak, sağlık hizmeti sunucularıyla işbirliği yapmak, sağlıklı yaşamak ve yaşam kalitelerini korumak veya iyileştirmek için tasarlanmıştır (Folch, 2017). Eğitim hastalık şiddetine göre bireyselleştirilerek planlı bir şekilde sürdürülürse yapılan tedavinin etkinliği artırılabilir. İdeal bir KOAH tedavisinde mutlaka eğitim olmalıdır (Uysal, 2014).

Fiziksel aktivite, ilerleyen havayolu obstrüksiyonu şiddeti ile azalmaktadır ve hastalarda gözlenen kas kitlesi kaybı ile uyumludur (Kütükçü, 2014). Tüm hastalara kapasitesine uygun olarak basit şekilde herhangi bir ekipman kullanmadan aktivite önerilmelidir. Fiziksel aktiviteyi arttırmak amacıyla davranış hedefli yaklaşımlar gerçekleştirilmeli ve hastalar bu programlara yönlendirilmelidir. Ancak Türkiye’de bu konuda fiziksel olarak kısıtlı ve isteksiz olan hastaları aktive etmek oldukça güçtür (GOLD, 2017).

4.8. Öz- Etkililik

Albert Bandura tarafından 1977’de ortaya atılan Sosyal Bilişsel Kuramın altı belirleyicisinden biri olan öz-etkililik belli bir sonucu elde etmek için bir davranışı yapabilme algısı olarak tanımlanmaktadır (Bandura, 1989). Öz-etkililik bireyin bir performans için gerekli etkinlikleri organize edip başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin yargısıdır. Başka bir ifade ile öz etkililik “özel bir davranışı yapmada ya da başarmada kişinin kendine olan inancıdır”. Bireyin sahip olduğu becerisi ile ilgili değil, ne yapabileceği yargısı ile ilgilidir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015).

Öz-etkililik kuramı davranışı etkileyen sonuç ve etkililik beklentisi olmak üzere iki bölümden oluşur. Sonuç beklentisi belli davranışların belli sonuçlara sebep olacağı anlamına gelir. Etkililik beklentisi ise, bir sonucu elde etmek için gerekli olan davranışı başarılı bir şekilde yapabilme inancını ifade eder (Kara ve Mirici, 2002).

Öz-etkililik algısı bireyin kendisiyle ilgili davranışların seçimini (yeteneklerini algılamasını), bir güçlkle karşılaştığında göstereceği sabrı, bir davranışta harcayacağı çabayı (motivasyonunu), duyacağı güven ya da kaygı düzeyini (duygusal reaksiyonlarını) etkiler. Öz-etkililiği yüksek olan birey bir işin üstesinden gelmek için daha çok çaba harcar ve denemekten korkmaz (Zengin, 2008; Kara ve Mirici, 2002).

Sağlığı Geliştirme Modeli (Bahar ve Açıl, 2014), Sağlık İnanç Kuramı (Çenesiz ve Atak, 2007) gibi kuramlarda öz-etkililik yer almış ve sağlığı geliştirmede, sürdürmede etkili bir faktör olduğu ortaya konulmuştur. Yapılan çalışmalarda öz yeterlilik algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, öz yeterlilik algısı yüksek olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha iyi olduğu belirtilmiştir.

Öz-etkililik KOAH'lı hastalarda semptomların etkili bir şekilde yönetilmesinde temel bir faktör olarak tanımlanmıştır (Çil Akıncı, 2017; Bourbeau et al., 2004) ve sağlıklı ilişkili yaşam kalitesindeki değişimi açıklayan önemli bir faktördür (Jackson et al., 2014). Düşük öz-yeterlilik düzeyine sahip hastalar, pulmoner rehabilitasyon programını tamamladıktan sonra fiziksel egzersizlerini sürdürmede başarısızdır (Soicher et al., 2012). Artan fiziksel aktivite düzeyi (McAuley et al., 2007) ve fonksiyonel kapasitenin ileri derecede öz-etkililik ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Jackson et al., 2014). Bu bilgilere dayanarak solunum sıkıntısını yönetebilme konusunda öz-etkililiği iyi olan KOAH'lı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla bağımsız olabileceği düşünülebilir. Bu nedenle KOAH'lı bireylerin öz-etkililiği değerlendirilmeli ve yetersiz olduğu durumlarda geliştirmek için desteklenmelidir. Sağlığın korunması ve sürdürülmesinde önemli rolleri olan hemşireler KOAH'lı bireylerin stresli, duygusal, fiziksel, nem ve soğuk gibi olumsuz durumlarda solunum sıkıntısını yönetme ile ilgili öz-etkililik algılarını değerlendirilmeli ve öz-etkililiğinin artmasını sağlayacak bir bakım planlanmalıdır (Kara ve Yıldız, 2013).

4.9. Bakım Verme, Bakım Veren ve Bakım Yüğü Kavramları

Bakım verme: Bakım sunma aktivitelerini ve sorumluluklarını üstlenme sürecidir (Uğur, 2006). Bakım, “insanın temel ihtiyacı olan, karşılıklı ilişki ve güvene dayanan, duyuşsal özellikleri ve ahlaki boyutu olan, bilimsel bilgi temelini ve özelleşmiş psikomotor becerileri gerektiren” bir kavramdır (Dinç, 2010). Bakım terimini ev işlerini düzenleme, ekonomik, kişisel ya da tıbbi yardım olarak sıralayabiliriz (Bayramova, 2008). Bakım verme formal ya da informal olmak üzere genellikle iki şekilde incelenmektedir. Formal bakım verme; evde ya da kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan

meslek grupları tarafından verilen bakımdır. Evde formal bakım sağlayanlar daha çok hemşireler, terapistler, sosyal hizmet uzmanı, evde bakım yardımcıları ve diyetisyenlerdir. İnformal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme; bakım verenin bir yakınına yardım etme rolünü üstlenmesidir. İnformal bakım verenler ücret talep etmeyen, evde bakım sağlayan aile üyeleri veya arkadaşlardır (İnci, 2006).

Bakım veren: Hastalığı, yaşlılığı ya da sakatlığı nedeniyle kendine bakamayan bireylere ücretli ya da ücretsiz olarak yardım eden ya da yardımı düzenleyen kişiler” olarak tanımlanmaktadır (Akman, 2016). Stone ve ark. (1987) “bakım vericiyi” hastanın bakımını yapmak yada gözlemlemekten sorumlu olan kişi şeklinde tanımlamıştır. Primer bakım vericiyi ise bu sorumluluğu sürdürmekten birinci derece sorumlu olan kişi olarak belirtmişlerdir. Birinci derecede bakım veren kişi, hastanın günlük yaşantısının merkezinde olan kişidir ve genellikle hastalıkla ilgili olarak hasta kişinin sosyal ağıyla temas halindedir. Primer bakım vericileri dört şekilde sınıflandırmışlardır. Birinci tip bakım verici tüm bakımın takip ve izleminden sorumlu olan kişidir. İkinci tip bakım vericiler bakımdan sorumlu kişiler olup dışarıdan, informal destek kaynaklarından destek almaktadırlar. Üçüncü tip bakım vericiler hem formal hem de informal kaynaklardan destek alan bakım vericilerdir. Dördüncü tip bakım vericiler ise bakımdan tamamen sorumlu olmayan kişilerdir. Çoğunlukla aile üyeleri primer bakım vericileri olmaktadır (Uğur, 2006).

Bakım yükü: Bakım veren bireyler hastaları ile ilgilenirken bakım yükü ile karşılaşmaktadır. Bakım verenlerin yükü, ilk kez 1963 yılında Grad ve Saisbury tarafından tanımlanmıştır. “Yük” bakım verme sırasında bakım veren bireyde oluşan bedensel ve duygusal etkilerdir (Yeşil ve ark., 2016). Bakım veren aile bireylerinin yaşadığı fiziksel hastalık, sosyal aktivitelere katılımda azalma, emosyonel stres, aile üyeleri ile ilişkilerde bozulma, gelir yetersizliği gibi fiziksel, sosyal, ruhsal ve ekonomik sorunları ifade etmektedir (Selçuk ve Avcı, 2016). Bakım yükü aynı zamanda bakım vericilerin fiziksel ve duygusal durumlarını, kişisel ve sosyal ilişkilerini, mali durumlarını etkileyen bir durumdur (Girgis at al., 2013).

Bakım verme yükü subjektif ve objektif olmak üzere iki boyutta değerlendirilmektedir. Objektif yük somut olup, fiziksel işler ve bakımın neden olduğu güçlükler olarak tanımlanır. Bu, bakım verenin işleri, deneyimleri ve yapamadığı günlük aktivitelerini kapsamaktadır. Subjektif yük ise, kişinin objektif yükü baş etmeye

çalışırken yaşadığı sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır. Bakım vericinin içinde bulunduğu durumdan dolayı duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı oluşan tutumlar ve suçluluk, keder, sıkıntı ve utanma gibi duygusal tepkilerdir (Akman, 2016).

4.10. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım verenlerin hepsinin bakım verme güçlüğü yaşamadıkları gibi güçlük yaşayanların ise, güçlük yaşama düzeyleri birbirinden farklıdır. Bakım verme yükünü etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bakım verenin kişisel özellikleri (cinsiyeti, yaşı, çalışma durumu, eğitim düzeyleri, kendi sağlığına ilişkin algısı, dini inancı, etnik kökeni, bakım vermeye bakışı, kültürel düzeyi, sosyoekonomik durumu vb.), hasta ile aynı evi paylaşıp paylaşmama durumu, bakım verme süresi, bakımda yardımcı birilerinin bulunmaması, hastanın bakımına karar verilirken fikirlerinin alınmaması, bakım verenin herhangi bir hastalığının olması, eğitimleri gereği ya da ekonomik zorunluluklardan dolayı çalışması, bu nedenle evde hastaya bakacak ya da eşlik edecek bir kişinin bulunmaması, bakım verme güçlüğüne etkileyen faktörlerdendir (İnci, 2006; Aşiret ve Kapucu, 2012).

Bakım verenin yükünü etkileyen faktörler, bakım verenleri emosyonel yönde (depresyon, benlik saygısında azalma, uykusuzluk, huzursuzluk, sosyal izolasyon vs.), sosyal yönde (dinlendirici, eğlendirici ve boş zaman aktivitelerinin kısıtlanması, kendine bakma rolünde azalma vs.) ve ekonomik yönde (iş saatlerinin azaltılması, sosyal güvence ile karşılanmayan masrafların ek yük oluşturmaları vs.) olumsuz etkilemektedir. Tüm bu olumsuzluklar, bakım veren bireylerin genel olarak “iyi olma durumu” olarak tanımlanan yaşam kalitelerini negatif yönde etkileyebilmektedir (Yeşil ve ark., 2016).

4.11. Bakım Veren Bireylerin Yaşadığı Güçlükler

KOAH görülme sıklığı ve ölüme yol açma oranı yüksek olan ve yaşam kalitesini etkileyen önemli hastalıklardan biridir (Tel ve ark., 2011). Geri dönüşümsüz doğası nedeniyle KOAH hastalarında tedavinin amacı, semptomları azaltmak, işlevselliği arttırmak ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirmektir (van Manen at al., 2002).

KOAH'lı birey hastalık sürecinde ortaya çıkan birçok kayıpla karşılaşırken, bir taraftan hastalığın semptomlarıyla bir taraftan da tedavinin yan etkileriyle baş etmek durumunda kalmaktadır. KOAH'lı bireyler sosyal ve fiziksel fonksiyonlarda ciddi oranda sınırlılık/ yetersizlik, üretkenlik kaybı, bağımlılık, sosyal izolasyon yaşamakta, günlük yaşamını sürdürme, sağlık kontrollerini sürdürme ve ilaçlarını kullanma gibi bir çok konuda bakım vericinin yardım ve desteğine gereksinim duymaktadır. Hastalık sürecinde yaşanan zorluklar hasta birey kadar aileyi de etkilemektedir. Ailedeki bakım vericiler hastanın yardıma ihtiyacı olan konuların belirlenmesi, semptomların tedavisinin sürdürülmesi, tekrarlı hastane yatışlarının ve beklenmedik tıbbi sorunların ortaya çıkmasının önlenmesi gibi birçok konuda sorumluluk almaktadırlar. Bakım vericilerinin KOAH'lı hastaların hastalık semptomlarının izleminde, sağlık ekibi ile iletişimi sürdürmede ve hastaların semptom yönetimini başarmalarında olumlu etkilerinin olduğu belirlenmiştir (Tel ve ark., 2011).

Bakım verenin güçlük algısı, verdiği bakımın kendi yaşamını etkilenmesi olarak tanımlanabilir. Bu algı diğer aile üyeleri ya da sağlık profesyonellerinin algısından oldukça farklıdır. Bakım alanın asla bitmeyen gereksinimleri nedeniyle primer bakım verenler, fiziksel, sosyal, emosyonel, ekonomik ve iş ile ilgili alanlarda pek çok güçlük yaşamaktadır (İnci, 2006).

- Emosyonel sorunlar; uykusuzluk, huzursuzluk, benlik saygısında azalma, hayal kırıklığı, kızgınlık, depresyon, problem çözmede güçlük konsantrasyon zorluğu, alkol ve ilaç kullanımında artış,
- Fiziksel sorunlar; kronik yorgunluk, vücut ağırlığında artış ya da azalma, iştahsızlık, uyku düzensizliği, kas ağrısı,
- Sosyal sorunlar; bakım verenler yaşamlarını sevdiklerinin ihtiyaçları doğrultusunda düzenleyebilir ya da aile üyeleri tarafından böyle bir düzenleme

yapması beklenebilir. Aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal etkinliklerinden fedakârlık yapan bakım verenin, eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktiviteleri kısıtlanmakta, bu nedenle de sosyal problemler ortaya çıkmaktadır.

- Ekonomik ve iş ile ilgili sorunlar (İnci, 2006; Spence et al., 2008; Zaybak et al., 2011; Tel ve ark., 2011; Akman, 2016),

Bakım verenin bu sorunlara bağlı olarak yaşam kalitesi bozulmakta ve sağlık sorunları artmaktadır.

Ailede bakım vericilerin bakım verme güçlüklerinin ve yaşam kalitelerinin tanımlanması, bakım vericilere gerekli desteğin sağlanması ve KOAH'lı hastanın daha iyi bakım alması açısından önemlidir (Yeşil ve ark., 2016).

4.12. KOAH'da Öz-Etkililik ve Bakım Verenlerin Yükü

KOAH'da bireyin günlük yaşam aktivitelerinde sınırlılıklara yol açan dispne, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen, hava yolunun kısıtlanması, solunum kas gücünün azalması, solunum paterninin değişmesi ve hava hapsi gibi birçok nedene bağlı gelişen bir semptomdur (Demir ve ark., 2003). Bireyin aktivite düzeyini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler ve engelliliğin gelişmesine önemli ölçüde katkı sağlar ve KOAH'lı bireyler zamanla bağımlı hale gelir (Roche, 2009; Çil Akıncı ve Pınar, 2011). Türk ve Üstün'ün 2018 yılında yaptıkları bir çalışmada KOAH'ın ilerlemesi, yaşın artması ve kronik hastalıklar ile birlikte hastaların bakım bağımlılığının arttığını, evre 3 ve evre 4 KOAH hastalarının orta düzeyde bağımlı oldukları, hareketlilik, gece/gündüz döngüsü, vücut temizliği, günlük aktiviteler ve eğlence aktiviteleri alanlarında daha çok bağımlılık yaşadıkları bildirilmiştir (Türk ve Üstün, 2018).

KOAH'ta oluşan fizyopatolojik süreçler sonunda solunum aktivitesi önemli derecede bozulmakta, dispne, yorgunluk ve uykusuzluk nedeni ile bireyler günlük yaşam aktivitelerini (GYA) yerine getirirken ciddi sınırlılıklar yaşamaktadır (Tel Aydın ve ark., 2012). Özellikle solunum sıkıntısı KOAH'lı hastaların rahatlamak amacı ile bilinçsiz bir şekilde günlük yaşam aktivitelerini azaltmalarına neden olur. Bu etki hastalığın şiddetine göre değişebilmektedir (Reardon et al., 2006). Bu yüzden hastaların aile dinamikleri

etkilenmekte, bağımlılık düzeyi ve sosyal izolasyon artmakta ve yaşam kalitesi düşmektedir (Tel Aydın ve ark., 2012).

KOAH'ın erken evrelerinde hastalar günlük aktiviteleri sırasında ciddi bir sınırlılık yaşamamaktadır. Fakat KOAH'ın ileri evrelerinde hastaların yaşadığı semptomların şiddeti arttıkça bireyler GYA'ni yerine getirmekte zorlanmaya başlamakta ve zaman içerisinde bağımlı hale gelebilmektedir (Kütmeç Yılmaz ve ark., 2017). Çil Akıncı ve Pinar'ın yatarak tedavi gören 72 KOAH'lı hastada yaptıkları çalışmada KOAH'lı hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken zorlandığı, bu zorlanmanın daha çok enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde olduğu ve dispnesi olan ve oksijen saturasyonu düşük olan hastaların enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımlı olduğu bildirilmiştir ($p>0.05$) (Çil Akıncı ve Pinar, 2011). KOAH'lı hastalar günlük aktivitelerini gerçekleştirmek için fiziksel olarak yeterli olsalar bile, düşük öz-etkililik sonucu olarak bu aktivitelerden sakınırlar (Kara ve Mirici, 2002). KOAH'lı bireyin bakım veren bir kişiye ihtiyacı artar. Ancak bakım verenler hastanın bütün sorumluluğunu aldıkları için bu süreçten fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz etkilenir. Hastanın sürekli bakım gereksiniminden dolayı uyku eksikliği, konsantrasyonda bozulma ve yorgunluk sorunu yaşamaktadırlar. Günlük yaşamlarını yönetmede sorunlar oluşmaktadır (Spence et al. 2008). KOAH'lı bireyin semptomlarını ya da solunum sıkıntısını yönetebilme becerisi yani öz-etkililiğini arttırmak hedeflenmelidir. KOAH'lı hastalarda, düşük öz-etkililik aktivite sınırlamasına neden olur. Bu nedenle KOAH'lı bireylerin hastalığın yönetiminde başarılı olmaları ya da semptomların yönetiminde öz-etkililiğin artması ile bakım verenin yükünü azaltabileceği ön görülebilir (Çil Akıncı, 2017).

Hemşireler tarafından KOAH'lı hastanın çeşitli durumlarda solunum sıkıntısını yönetme ile ilgili öz-etkililik düzeyleri tanımlanmalı ve buna yönelik bakım planlanmalıdır. Böylece öz-etkililik durumu artarken, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme düzeyinin artması ile artacak ve hastanın bakım verene ihtiyacı azalabilecektir. Sonuç olarak bakım verenin yükü bu durumdan olumlu yönde etkilenebilecektir (Kara ve Mirici, 2002; Çil Akıncı 2017). Bu bilgiye dayanarak bu çalışma KOAH'lı hastaların öz-etkililiğinin bakım verenin yükü ile ilişkisini incelemek amacı ile planlanmıştır.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma KOAH Hastalarında Öz Etkililiğin, Bakım Verenlerin Yüğü İle İlişkisini incelemek amacı ile kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

Araştırma Soruları;

- KOAH'lı bireylerin sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özellikleri nasıldır?
- KOAH'lı bireylerin öz-etkililik algısı ve KOAH'ın günlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi nasıldır?
- KOAH'lı bireylerin sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklerine göre öz-etkililik algısı ve KOAH'ın günlük yaşama etkisi farklılık göstermekte midir?
- KOAH'lı bireylerin bakım verenlerinin sosyodemografik özellikleri nasıldır?
- KOAH'lı bireylerin bakım verenlerinin yükü nasıldır?
- KOAH'lı bireylere bakım verenlerin yükü sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?
- KOAH'lı bireylerin öz etkililik algısı, bakım verenlerin yükünü nasıl etkiler?

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma Haziran - Kasım 2017 tarihleri arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Bayrampaşa Devlet Hastanesi'nde KOAH tanısı ile başvuran hastalarla gerçekleştirildi.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Bayrampaşa Devlet Hastanesi'ne KOAH tanısı ile başvuran hastalar oluşturdu.

Örneklemi ise Haziran - Kasım 2017 tarihleri arasında hastaneye başvuran ve aşağıda belirtilen örnekleme dahil olma kriterlerine uyan KOAH'lı bireyler oluşturdu.

Araştırmada örnekleme dahil edilme kriterleri;

- Solunum fonksiyon testleri ölçümü sonucu KOAH tanısı almış olan
- Psikiyatrik sorunu olmayan,
- Soruları anlayabilecek bilişsel yeterlilikte olan,
- Görme ve işitmeyle ilgili bir problemi olmayan,
- Türkçe anlayan ve konuşan
- İletişime ve işbirliğine açık olan bireylerdir.

Araştırmada örnekleme dahil edilmeme kriterleri;

- Akut atak geçiren KOAH'lılar
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen
- Anlama ve konuşma güçlüğü olan
- Evre I ve Evre IV KOAH'lılar
- Bakım vereni olmayan KOAH'lı bireylerdir.

5.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada KOAH'lı olgularda verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür incelenerek hazırlanan sosyo-demografik özellikler, hastalık sürecine ilişkin özelliklerden oluşan anket formu (EK 1), KOAH'ın birey üzerinde etkilerini ve sağlık durumundaki bozulmayı değerlendiren KOAH Değerlendirme Testi [COPD Assessment (CAT)] ölçeği (EK 2) ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeğinden (EK 3) yararlanıldı. KOAH'lı bireylere bakım verenlerin verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından geliştirilen

sosyo-demografik özellikler ve sağlık durumu hakkında bilgi veren anket formu (EK 4) ve Bakım Verenlerin Yüğü Ölçeğı (EK 5) kullanıldı.

5.4.1. Bilgi Formu (EK 1)

Hastanın kişisel bilgilerini içeren 16 soru ve sağlık durumunu içeren 9 soru olmak üzere iki bölüm ve toplam 25 sorudan oluşmaktadır. Kişisel özellikler bölümü yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi, sosyal güvence, medeni durum, çocuk varlığı gibi sosyodemografik özelliklerinden oluşmaktadır. Hastalık ile ilgili özellikler bölümü ise, hastalık süresi, kullanılan ilaçlar, evde oksijen kullanımı, hastaneye yatma ve işe gidip gidememe gibi sorulardan oluşmaktadır.

5.4.2. KOAH Değerlendirme Testi [COPD Assessment Test (CAT)] (EK 2)

KOAH'ın etkilerini ve sağlık durumundaki bozulmayı ölçen ve klinik pratikte uygulaması kolay olan CAT ölçeğı “öksürük, balgam, göğüs semptomları, yorgunluk ve evden ayrılmada güveni” sorgulayan sekiz maddeden oluşmaktadır. CAT ölçeğinin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yorgancıoğlu ve arkadaşları tarafından 2012 yılında gerçekleştirilmiştir. Çalışmada Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.91, madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.62-0.79 arasında, test retest korelasyon katsayısının 0.96 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada ölçeğın yapı geçerliliğı açıklayıcı faktör analizi ile incelenmiş olup; faktör yükleri 0.71-0.85 arasında değişen, öz değeri 4.95 olan varyansın %61.9’unu açıklayan tek faktörlü yapı gösterdiği belirtilmiştir. Ayrıca CAT toplam skorunun farklı hastalık evreleri, şiddetleri ve düzeylerine göre ayırt ediciliğinin anlamlı olduğu ve solunum fonksiyon testleriyle anlamlı korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (Yorgancıoğlu ve ark, 2012). Ölçekten en az 0, en fazla 40 puan alınabilmektedir. Araştırmada CAT ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0,86 olarak saptanmıştır.

5.4.3. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (EK 3)

KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (The COPD Self efficacy Scale) ölçeği Wigal ve arkadaşları 1991 yılında geliştirilmiştir. Ölçek KOAH'lı hastaların bazı aktiviteler esnasında solunum güçlüğüne yönetme veya sakınmaya ilişkin kendine güven derecesini belirleyen 34 madde ve olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba, hava/çevre etkisi ve davranışsal risk faktörleri olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Wigal ve arkadaşları (1991) test-retest korelasyon katsayısını 0.77, iç tutarlılık katsayısının 0.95 olarak bildirmiştir. Ölçeğin Türkiye'de 2002 yılında Kara ve Mirici tarafından 110 KOAH'lı hastada geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin test-retest korelasyon katsayıları 0.85—0.91 arasında değiştiği ve toplamda 0.89, iç tutarlılık katsayısının alt boyutları arasında 0.61-0.88, total ölçeğe 0.94 olarak bildirilmiştir. Kara ve Mirici ölçeğin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir olduğu ve KOAH hasta grubuna duyarlı bir araç olarak kullanılabileceğini belirtilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı toplamda 0,91, alt boyutlarında ise 0,76-0,90 arasında değiştiği saptanmıştır.

Ölçek; olumsuz etki (6., 11., 12., 16., 20., 21., 23., 24., 27., 31., 32., 33. ifadeler), duygusal durum (1. ,4 , 8 , 10 , 14 , 15 , 18 , 30. ifadeler), fiziksel çaba (5., 9., 13., 29., 34.), hava/çevre etkisi (2., 3., 7., 17., 22., 25. ifadeler) ve davranışsal risk (19., 26., 28. ifadeler) olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır

- **Olumsuz Etki** alt boyutu cinsel iktidarsızlık, hayal kırıklığı, yatma, çaresizlik, endişeli, birkin, kayıp yaşama, ev içinde sorun yaşama ve yetersizlik gibi stresli durumlarda solunum güçlüğüne yönetme veya sakınmaya ilişkin bireyin kendine güvenini
- **Duygusal Durum** alt boyutu kızgınlık, üzüntü, endişe, korku, gülme ve yaşamla ilgili stres durumlarında solunum güçlüğüne yönetme veya sakınmaya ilişkin bireyin kendine güvenini
- **Fiziksel Çaba** alt boyutu çok hızlı ve acele ile merdiven çıkma, egzersiz yapma, ağır bir şey kaldırma, havasız bir odada harekt yapma, acele yada telaş etme gibi solunum güçlüğüne sebep olabilecek durumlarda solunum sıkıntısını yönetmeye ilişkin bireyin kendine güvenini

- **Hava/çevre etkisi** alt boyutu nem, soğuk, sıcak, sigara dumanı, kirli hava gibi olumsuz koşullarında solunum güçlüğünü yönetme veya sakınmaya ilişkin bireyin kendine güvenini
- **Davranışsal Risk Faktörleri** alt boyutu ise diyet sürdürmeme, aşırı yemek yeme ve düzensiz solunum gibi davranışlarda solunum güçlüğünü yönetme veya sakınmaya ilişkin bireyin kendine güvenini değerlendirmektedir.

Ölçekteki ifadeler 1= Güvenmiyorum (yetersizim), 2= Çok az güveniyorum (yeterliyim) , 3= Biraz güveniyorum (yeterliyim) , 4=Oldukça güveniyorum (yeterliyim) 5= Çok güveniyorum (yeterliyim) şeklinde beşli likert olarak derecelendirilmektedir. Ölçekten toplamda en az 34 en fazla 170 puan alınabilmektedir. Değerlendirmede ölçek ve alt boyutların toplam puanı ya da ortalama puanları kullanılmaktadır. Ortalama ölçek puanı madde sayısına bölünerek elde edilir. Ölçeğin her bir alt boyutunun ortalama puanı her bir alt boyutta yer alan madde sayısına bölünerek elde edilir. Toplam puan 1 (düşük güveni)- 5 (çok iyi güveni) arasında değişmektedir. Yüksek puan solunum güçlüğü ile baş etmede veya solunum güçlüğünü önlemeye ilişkin bireyin kendine güveninin artması olarak yorumlanmaktadır (Kara ve Mirici 2002).

5.4.4. Bakım Verici Birey İçin Kişisel Bilgi Formu (EK 4)

Bakım verene uygulanacak olan sosyo-demografik bilgiler ve sağlık durumu ile ilgili bilgiler içeren 23 sorudan oluşmaktadır. Kişisel özelliklerle ilgili, yaş cinsiyet, yakınlık derecesi, cinsiyet, çocuk sayısı, eğitim durumu, ekonomik durumu, hasta ile kalma, meslek gibi sorular ve bakım verenin sağlık durumunu ilgilendiren sigara içme, hastalık durumu gibi sorulardan oluşmaktadır.

5.4.5. Bakım Verenlerin Yüğü Ölçeğı (EK 5)

Zarit, Reever ve Bach Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980). Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği İnci tarafından 2006 yılında yapılmış olup; madde toplam korelasyon katsayılarının 0.43-0.85 arasında değiştiğı, test-tekrar test korelasyon

katsayısının 0.90, iç tutarlılık katsayısının 0.95 olarak bildirilmiştir. Çalışmada faktör analizi sonucunda tek boyutlu olarak kullanılabileceği belirlenmiştir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin sosyal ve duygusal yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek “0=asla”, “1=nadiren”, “2=bazen”, “3=sık sık”, ya da “4=hemen her zaman” şeklinde 0’ dan 4’e kadar değişen Likert tipi derecelendirilmektedir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Puanın yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Puanlamada 0-20 puan: ‘bakım yükü yok’, 21-40 puan: ‘hafif bakım yükü’, 41-60 puan: ‘orta düzeyde bakım yükü’ ve 61-88 puan: ‘ağır bakım yükü’ olarak belirlenir (İnci, 2006). Bu çalışmada ölçeğin Cronbah alfa katsayısı 0,89 olarak belirlenmiştir.

5.5.Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından olgu seçim kriterlerine uyan hastalar ve bakım verenleri ile yüz yüze görüşme yöntemi ile veri toplama formları uygulandı. Araştırmaya katılan KOAH’lı olgu ve bakım verenine çalışmanın amacı açıklandı. Araştırmaya katılmayı kabul eden KOAH’lı ve bakım vereninden yazılı onam alındı ve formlar uygulandı.

Araştırmanın verileri, araştırmanın yapılacağı İstanbul İli Fatih Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden alınan onay (EK 7, 05/07/2017) ve Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay (EK 8, 24/05/2017) alındı. Araştırmaya katılan hasta yakınlarına araştırmanın amacı hakkında bilgi verildi. Her hasta ve bakım vericinin Bilgilendirilmiş Onama Formu’ nu okuması ve imzalaması araştırmacı tarafından sağlandı. Araştırmacı ve bakım verenle uygun ortam sağlanarak bireysel görüşme yapıldı. Sonra araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu, CAT Ölçeği ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği stabil KOAH’lı bireye uygulanırken, araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu ve Bakım Verenlerin Yükü Ölçeği hastanın tedavi ve bakımı ile ilgilenen kişiye yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı.

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri SPSS 22 programı kullanılarak değerlendirildi. Araştırma verilerinin istatistiksel olarak analizinde tanımlayıcı özellikleri için sayı, yüzdelik ve ortalama, standart sapma ve median kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılıma uymayan verilerin analizinde ikili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney-U Testi, üç ve daha fazla sayıdaki grubun karşılaştırılmasında Kruskal Walls-H Testi analizinden yararlanıldı. Kruskal Walls-H Testi sonucu anlamlı fark çıkan gruplarda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yöntemi olarak Mann Whitney-U Testi ile ikili gruplar halinde karşılaştırıldı. Çıkan sonuçlar için Bonferroni düzetmesi ile anlamlılığı tespit edildi. İkili gruplar arasındaki ilişki sperman korelasyon analizi ile incelendi. Fark ve ilişkilerdeki anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

5.7. Etik Konular

- Çalışmanın yapılabilmesi için İstanbul ili Fatih Kamu Hastaneleri Birliği'nden 05/07/2017 tarihli ve 70794255-604.02-9155 sayılı izin alındı (Ek 12).
- CAT ölçeği için 30/11/2017 tarihine Arzu Yorgancıoğlu kişiden e-mail yolu ile izin alındı (Ek 9).
- KOAH Öz-Etkilik Ölçeği için 21/12/2017 tarihine Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI kişiden e-mail yolu ile izin alındı (Ek 10).
- Bakım verme yükü ölçeği için 8/12/2017 tarihine Yrd. Doç. Dr. Fadime Hatice İNCİ kişiden e-mail yolu ile izin alındı (Ek 11).
- Araştırmaya katılan hasta yakınlarına araştırmanın amacı hakkında bilgi verildi. Her hasta ve bakım vericinin Bilgilendirilmiş Onam Formu' nu okuması ve imzalaması araştırmacı tarafından sağlandı.

Böylece çalışmanın etik ve yasal yönleri tamamlandı.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Bayrampaşa Devlet Hastanesi'ne Haziran - Kasım 2017 tarihleri arasında KOAH tanısı ile başvuran hastalarla sınırlıdır. Araştırmanın diğer sınırlılıkları ise solunum fonksiyon testi sonuçlarının alınamaması, dispnenin ve hastaların bağımlılık düzeyinin objektif ölçeklerle değerlendirilememesidir.



6. BULGULAR

KOAH'lı hastalarda öz-etkililiğin, bakım verenlerin yükü ile ilişkisini incelemek amacı ile kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirilen araştırmanın istatistikî analizleri yapıldı ve tablolar eşliğinde aşağıdaki başlıklar altında incelendi.

6.1. KOAH'lı bireylerin kişisel ve hastalıkla ilgili tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular

6.2. KOAH'lı bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT Ölçek puanlarına ilişkin bulgular

6.3. KOAH'lı bireylerin kişisel ve hastalık ile ilgili özelliklerine göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT Ölçek puanlarına ilişkin bulgular

6.4. KOAH'lı hastalara bakım veren bireylerin kişisel özelliklerine ve Bakım Verme Yükü Ölçek puanlarına ilişkin bulgular

6.5. KOAH'lı hastalara bakım veren bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre Bakım Verme Yükü Ölçek puanlarına ilişkin bulgular

6.6. KOAH'lı bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ile Bakım Verme Yükü Ölçek puanları arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular

6.1. KOAH'lı Bireylerin Kişisel ve Hastalıkla İlgili Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 6.1. KOAH'lı Bireylerin Kişisel ve Hastalıkla İlgili Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

<i>Kişisel Özellikler</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
Yaş (yıl) (Ort±Sd)/median (min-max) 63,53±11,63/63 (41-93)	<60	78	42,9
	60-80	91	50,0
	>80	13	7,1
Cinsiyet	Kadın	93	51,1
	Erkek	89	48,9
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	46	25,3
	Okuryazar	25	13,7
	İlköğretim	95	52,2
	Lise ve Üstü	16	8,8
Medeni Durum	Evli	135	74,2
	Bekar	47	25,8
Çalışma Durumu	Evet	34	18,7
	Hayır	148	81,3
<i>Hastalıkla ilgili özellikler</i>			
Hastalık süresi (yıl) (Ort±Sd)/median (min-max) 9,09±6,76 / 7 (1-40)	<5 İse	66	36,3
	5-10 Arası İse	64	35,2
	>10 İse	52	28,6
Kronik hastalık	Var	119	65,4
	Yok	63	34,6
Sigara İçme	İçiyor	40	22,0
	Bırakmış	81	44,5
	Hiç içmemiş	61	33,5
İlaçlarını kullanma şekli	Düzenli	119	65,4
	İhtiyaç Oldukça	63	34,6
Evde oksijen kullanma	Evet	70	38,5
	Hayır	112	61,5
Hastaneye yatma durumu	Evet	137	74,7
	Hayır	45	24,7

Yaş ortalaması 63,53 olan KOAH'lı bireylerin %50,0'si 60-80 yaş arasında, %51,1'i kadın, %52,2'si ilköğretim mezunu, %74,2'si evli, %81,3'ünün çalışmadığı saptandı (Tablo 6.1).

Araştırmamıza katılan KOAH'lı bireylerin hastalık ile ilgili tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde %36,3'ünün 5 yıldan daha az süredir KOAH tanısı aldığı, %65,4'nün ek bir kronik hastalığının olduğu, %22'sinin sigara içmeye devam ettiği, %65,4'nün ilaçlarını düzenli bir şekilde kullandığı, %38,5'inin evde oksijen kullandığı, %74,7'sinin daha önce hastalığı nedeniyle hastaneye yattığı saptandı (Tablo 6.1).

6.2. KOAH'lı Bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 6.2. KOAH'lı Bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT Ölçek Puanlarının Dağılımı

	$\bar{X} \pm Sd$	Median	Min-Max	Dağılım Aralığı
Öz-Etkililik*	2,32±0,43	2,36	1,21-3,76	1-5
Olumsuz Etki	2,57±0,55	2,70	1,18-3,80	1-5
Duygusal Durum	2,55±0,56	2,75	1,13-3,50	1-5
Fiziksel Çaba	1,56±0,66	1,40	1,00-7,00	1-5
Hava-Çevre	2,03±0,56	2,00	1,00-3,83	1-5
Davranışsal Risk	2,60±0,65	2,33	1,33-5,00	1-5
CAT**	26,97±5,25	27	7-38	0-40

*Yüksek puan öz-etkililiğin iyi olduğunu göstermektedir.** Yüksek puan KOAH'ın günlük yaşamı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir.

KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ortalama toplam puanı 2,32±0,43 olup; olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba, hava/çevre, davranışsal risk alt boyut puan ortalamaları sırasıyla 2,57±0,55, 2,55±0,56, 1,56±0,66, 2,03±0,56, 2,60±0,65 olarak saptandı. CAT Ölçeği ortalama puanı ise 26,97±5,25 olarak saptandı (Tablo 6.2).

Tablo 6.3. KOAH'lı Bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puanlarının Dağılımı

	KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puanı			
	<3		≥3	
	n	%	n	%
Toplam Öz-Etkililik	175	96,2	7	3,8
Olumsuz Etki	152	83,5	30	16,5
Duygusal Durum	160	87,9	22	12,1
Fiziksel Çaba	179	98,4	3	1,6
Hava-Çevre	171	94,0	11	6,0
Davranışsal Risk	155	85,2	27	14,8

1=Hiç güvenmiyorum, 2=Çok az güveniyorum, 3=Biraz güveniyorum, 4=Oldukça güveniyorum, 5=Çok güveniyorum

KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyut puanlarının dağılımı incelendiğinde toplam ölçek puanının %96,2'si, olumsuz etki alt boyut puanının %83,5'i, duygusal durum alt boyut puanının %87,9'u, fiziksel çaba alt boyut puanını %98,4'ü, hava/çevre alt boyut puanının %94'ü davranışsal risk alt boyut puanının %85,2'sinin 3'ün altında belirlendi (Tablo 6.3).

6.3. KOAH'lı Bireylerin Kişisel ve Hastalık ile İlgili Tanımlayıcı Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 6.4. KOAH'lı Bireylerin Kişisel Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçek ve CAT Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (N=182)

Hastanın Özellikleri	Tanıttıcı	n	%	Olumsuz Etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava Çevre	Davranışsal Risk	Öz-Etkililik Ölçeği Skoru	Yaşam Kalitesi (CAT)
				$\bar{X} \pm SS/Median$	$\bar{X} \pm SS/Median$	$\bar{X} \pm SS/Median$	$\bar{X} \pm SS/Median$	$\bar{X} \pm SS/Median$	$\bar{X} \pm SS/Median$	$\bar{X} \pm SS/Median$
Yaş										
< 60 ^a		78	43,2	2,73±0,50/2,82	2,68±0,50/2,87	1,84±0,80/1,80	2,25±0,63/2,16	2,80±0,77/2,66	2,50±0,42/2,52	24,32±4,97/25
60-80 ^b		91	49,5	2,47±0,56/2,58	2,48±0,58/2,62	1,38±0,45/1,20	1,86±0,45/1,83	2,47±0,51/2,33	2,20±0,39/2,21	28,63±4,66/29
>80 ^c		13	7,3	2,37±0,54/2,30	2,17±0,53/2,0	1,16±0,24/1,0	1,88±0,45/1,83	2,26±0,39/2,33	2,04±0,31/2,08	31,31±2,68/32
KW				11,717	12,295	32,870	17,363	13,246	27,659	41,841
p				0,003	0,002	0,000	0,001	0,001	0,001	0,000
Mann Whitney U testi				<i>b<a; p=0,002</i>	<i>a>c; p=0,002</i>	<i>a>b; p<0,001</i>	<i>a>b; p<0,001</i>	<i>a>b; p=0,003</i>	<i>a>b; p<0,001</i>	<i>a<b; p<0,001</i>
p<0.016				<i>c<b; p=0,010</i>		<i>a>c; p<0,001</i>		<i>a>c; p=0,006</i>	<i>a>c; p<0,001</i>	<i>a<c; p<0,001</i>
Cinsiyeti										
Kadın		93	50,5	2,61±0,51/2,72	2,60±0,55/2,75	1,67±0,77/1,60	2,02±0,60/2,00	2,61±0,67/2,33	2,36±0,43/2,40	26,12±5,50/26
Erkek		89	49,5	2,53±0,58/2,66	2,49±0,56/2,62	1,46±0,51/1,20	2,04±0,54/2,00	2,58±0,64/2,33	2,28±0,43/2,33	27,84±4,85/28
Z				-0,224	-1,651	-2,206	-0,417	-0,525	-0,954	-2,303
p				0,823	0,099	0,027	0,676	0,600	0,340	0,021
Eğitim Durumu										
Okuryazar değil ^a		46	26	2,50±0,52/2,60	2,56±0,54/2,62	1,55±0,95/1,20	1,82±0,46/1,75	2,38±0,60/2,33	2,23±0,42/2,26	28,63±4,30/28
Okuryazar ^b		25	13	2,67±0,54/2,81	2,49±0,57/2,63	1,38±0,42/1,80	1,95±0,40/2,00	2,76±0,72/2,66	2,31±0,38/2,38	27,04±4,98/28
İlköğretim ^c		95	52,6	2,58±0,53/2,72	2,54±0,57/2,75	1,57±0,52/1,60	2,08±0,58/2,00	2,62±0,58/2,33	2,33±0,43/2,41	27,13±4,65/27
Lise ve üstü ^d		16	8,3	2,60±0,71/2,74	2,61±0,55/2,81	1,90±0,70/1,90	2,43±0,76/2,66	2,83±0,93/3,00	2,49±0,50/2,48	21,19±7,53/21,50
KW				2,059	0,681	9,864	13,222	12,323	6,529	14,577
p				0,560	0,878	0,022	0,004	0,010	0,085	0,002
Mann Whitney U testi						<i>d>b; p=0,006</i>	<i>a<d; p=0,004</i>	<i>c>a; p=0,008</i>		<i>d<a; p<0,001</i>
p<0.0125							<i>a<c; p=0,006</i>			<i>d<b; p=0,009</i>
										<i>d>c; p<0,001</i>
Medeni Durumu										
Evli		135	71,9	2,61±0,50/2,72	2,60±0,51/2,75	1,62±0,72/1,40	2,05±0,57/2,00	2,57±0,56/2,33	2,36±0,41/2,41	26,53±5,02/27
Dul/Boşanmış		47	28,1	2,46±0,64/2,50	2,40±0,66/2,50	1,41±0,46/1,20	1,96±0,86/1,83	2,67±0,82/2,33	2,21±0,48/2,17	28,23±5,73/29
Z				-1,240	-1,673	-1,953	-1,257	-0,012	-1,876	-1,997
p				0,215	,094	,051	,209	,991	0,061	,046

Z= Mann Whitney U testi, KW:Kruskall Wallis H Testi

Araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin yaş gruplarına göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyutlarından aldığı puanlar karşılaştırıldığında, olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba, hava/çevre, davranışsal risk ve toplam ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde 60 yaş ve altı bireylerin puanlarının, 60-80 yaş arası ve 80 yaş üzeri bireylerin toplam öz-etkililik ölçeği ve alt boyut puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.016$) (Tablo 6.4).

Cinsiyete göre KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ölçeği ve alt boyut puanları arasında fark olma durumu incelendiğinde fiziksel çaba alt boyutunda istatistiksel anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) ve erkelerin puanının kadınların puanından daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 6.4).

Eğitim durumuna göre KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ölçeği ve alt boyut puanlarının farklılık gösterme durumu incelendiğinde; fiziksel çaba, hava/çevre ve davranışsal risk alt boyut puanlarının istatistiksel anlamlı olarak farklı olduğu görüldü ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde, lise ve üstü eğitim düzeyinde olan KOAH'lı bireylerin, okuryazar olmayan, okuryazar ve ilköğretim mezunlarından istatistiksel anlamlı fark yaratacak şekilde fiziksel çaba ve hava/çevre alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.0125$) (Tablo 6.4).

KOAH'lı bireylerin medeni durumuna göre öz-etkililik ölçeği ve alt boyut puanlarının farklılık gösterme durumu incelendiğinde; puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 6.4).

KOAH'lı bireylerin CAT ölçek puanının kişisel özelliklere göre karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 6.4'de görülmektedir. Yaş gruplarına, cinsiyete, eğitim durumuna ve medeni duruma göre CAT ölçek puanının istatistiksel anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0.05$), 80 yaş üzeri bireylerin, erkeklerin, okuryazar olmayanların, dul/boşanmış olanların CAT puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve KOAH nedeni ile günlük yaşamlarının ve yaşam kalitelerinin daha fazla etkilendiği belirlendi (Tablo 6.4).

Tablo 6.5. KOAH'lı Bireylerin Hastalık ile İlgili Tanımlayıcı Özelliklerinin KOAH Öz-Etkililik Ölçek ve CAT Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (N=182)

Hastaların Hastalık İle İlgili Özellikleri	n	%	Olumsuz Etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava Çevre	Davranışsal Risk	Öz-Etkililik Ölçeği Skoru	Yaşam Kalitesi (CAT)
			$\bar{X} \pm SS/Median$	$\bar{X} \pm SS/Median$	$\bar{X} \pm SS/Median$	$\bar{X} \pm SS/Median$	$\bar{X} \pm SS/Median$	$\bar{X} \pm SS/Median$	$\bar{X} \pm SS/Median$
Sigara İçme									
Kullanıyor ^a	40	22,0	2,72±0,47/2,83	2,71±0,39/2,75	1,92±0,99/2,00	2,52±0,49/2,50	2,84±0,82/2,66	2,57±0,39/2,64	25,33±5,49/25,5
Bırakmış ^b	81	44,5	2,51±0,56/2,66	2,47±0,59/2,62	1,42±0,46/1,20	1,89±0,46/1,83	2,53±1,56/2,33	2,23±0,40/2,29	27,73±4,94/28
Hiç Kullanmamış ^c	61	33,5	2,56±0,56/2,63	2,55±0,60/2,75	1,52±0,54/1,40	1,90±0,58/1,83	2,54±0,63/2,33	2,28±0,45/2,34	27,05±5,34/28
<i>KW*</i>			4,074	3,374	13,342	38,874	5,262	19,785	5,644
<i>p</i>			0,130	0,185	0,001	0,000	0,072	0,000	0,059
<i>Mann Whitney U testi</i>					<i>a>b; p<0,001</i>	<i>a>b; p<0,001</i>		<i>a>b; p<0,001</i>	
<i>p<0.0167</i>					<i>a>c; p=0,008</i>	<i>a>c; p<0,001</i>		<i>a>c; p<0,001</i>	
Kronik Hastalık									
Var	119	65,6	2,54±0,57/2,70	2,51±0,59/2,62	1,49±0,72/1,20	1,99±0,55/2,00	2,60±0,64/2,33	2,28±0,45/2,34	27,75±4,90/28
Yok	63	34,4	2,63±0,50/2,72	2,62±0,50/2,75	1,70±0,51/1,80	2,11±0,60/2,00	2,60±0,69/2,33	2,39±0,39/2,41	25,51±5,60/26
<i>Z**</i>			-0,545	-0,943	-3,497	-1,295	-,109	-1,608	-2,418
<i>p</i>			0,586	0,346	p<0,001	0,195	0,913	0,108	0,016
KOAH Hastalık Süresi (Yıl)									
<5 ise ^a	71	37	2,71±0,48/2,81	2,71±0,50/2,87	1,86±0,52/2,00	2,21±0,65/2,25	2,69±0,70/2,66	2,49±0,41/2,52	24,13±5,14/25,00
5-10 ise ^b	67	34,9	2,53±0,81/2,66	2,46±0,60/2,62	1,51±0,81/1,30	2,03±0,56/2,00	2,53±1,62/2,33	2,27±0,45/2,36	27,19±4,47/27,00
>10 ise ^c	54	28,1	2,47±0,55/2,58	2,53±0,53/2,50	1,25±0,35/1,00	1,83±0,42/1,83	2,56±0,57/2,33	2,17±0,34/2,12	30,24±3,94/30,50
<i>KW*</i>			4,785	10,172	46,124	11,007	2,504	18,905	41,195
<i>p</i>			0,091	0,006	0,000	0,004	0,286	0,000	0,000
<i>Mann Whitney U testi</i>				<i>a>b; p=0,009</i>	<i>a>b; p<0,001</i>	<i>a>c; p=0,001</i>		<i>a>b; p=0,004</i>	<i>a<b; p=0,001</i>
<i>p<0.0167</i>				<i>a>c; p=0,004</i>	<i>a>c; p<0,001</i>			<i>a>c; p<0,001</i>	<i>a<c; p<0,001</i>
									<i>b<c; p<0,001</i>

*KW Kruskal Wallis H Testi, **z Mann-Whitney U testi

Tablo 6.5. KOAH'lı Bireylerin Hastalık ile İlgili Özelliklerinin Öz-Etkililik ve CAT Puanlarına Göre Karşılaştırılması Devamı (N=182)

Hastaların Hastalık İle İlgili Özellikleri	n	%	Olumsuz Etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava Çevre	Davranışsal Risk	Öz-Etkililik Ölçeği Skoru	Yaşam Kalitesi (CAT)
			$\bar{X} \pm SS/Median$	$\bar{X} \pm SS/Median$	$\bar{X} \pm SS/Median$	$\bar{X} \pm SS/Median$	$\bar{X} \pm SS/Median$	$\bar{X} \pm SS/Median$	$\bar{X} \pm SS/Median$
İlaç Kullanım Şekli									
Düzenli	119	65,4	2,52±0,57/2,66	2,50±0,56/2,62	1,53±0,71/1,40	2,02±0,53/2,00	2,52±0,56/2,33	2,28±0,44/2,36	27,29±5,30/27
İhtiyaç Oldukça	63	34,6	2,67±0,49/2,75	2,63±0,55/2,87	1,63±0,56/1,60	2,04±0,63/1,83	2,75±0,79/2,33	2,40±0,41/2,35	26,38±5,15/27
Z**			-1,440	-1,862	-1,758	-0,300	-1,192	-1,233	-1,030
p			0,150	0,063	0,079	0,764	0,233	0,217	0,303
Evde Oksijen Kullanım Durumu									
Evet	70	38,5	2,35±0,55/2,58	2,42±0,60/2,62	1,30±0,37/1,10	1,81±0,44/1,83	2,34±0,45/2,33	2,12±0,38/2,11	30,19±4,14/30,50
Hayır	112	61,5	2,70±0,49/2,81	2,62±0,52/2,75	1,73±0,74/1,80	2,16±0,61/2,00	2,75±0,71/2,66	2,44±0,41/2,45	24,96±4,86/25,50
Z**			-4,103	-2,143	-4,895	-3,741	-3,988	-4,897	-6,851
p			0,000	0,032	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Daha Önce Hastaneye Yatma									
Evet	137	74,7	2,53±0,54/2,66	2,48±0,58/2,62	1,44±0,65/1,20	1,94±0,50/1,83	2,24±0,41/2,33	2,25±0,41/2,33	28,45±4,36/29,00
Hayır	45	24,7	2,71±0,54/2,81	2,76±0,41/2,87	1,95±0,56/2,00	2,66±0,75/2,33	2,53±0,41/2,60	2,53±0,41/2,60	22,49±5,21/24,00
Z**			-1,940	-2,609	-5,610	-3,640	-,664	-3,841	-6,320
p			0,052	0,009	0,000	0,000	0,507	0,000	0,000

KW * Kruskal Wallis H-Testi

Z** Mann-Whitney U testi

KOAH'lı bireylerin sigara içme durumuna göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyut puanları incelendiğinde; fiziksel çaba, hava/çevre, davranışsal risk ve toplam öz-etkililik puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Sigara içenlerin fiziksel çaba, hava/çevre, davranışsal risk alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamalarının sigara içmeyi bırakanlardan ve hiç sigara içmeyenlerden daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,0167$) (Tablo 6.5).

Kronik hastalık olma durumuna göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyut puanları incelendiğinde, fiziksel çaba alt boyut puanında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$). Kronik hastalığı olan KOAH'lı bireylerin puanın kronik hastalığı olmayan KOAH'lı bireylerin puanından daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 6.5).

Bireylerin hastalık süresine göre, KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyut puanları incelendiğinde; olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba, hava/çevre ve toplam öz-etkililik puan ortalamalarında istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde hastalık süresi 5 yıldan az olanların, hastalık süresi 5-10 yıl ve 10 yıldan fazla olanlara göre olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba, hava/çevre ve toplam öz-etkililik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,0167$) (Tablo 6.5).

Evde oksijen kullanma durumuna göre, KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; olumsuz etki, fiziksel çaba, hava/çevre, davranışsal risk ve toplam öz-etkililik puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Evde oksijen kullanan hastaların öz-etkililik ölçeği ve alt boyutlarının puanları anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 6.5).

KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumuna göre, KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; duygusal durum, fiziksel çaba, hava/çevre ve toplam öz-etkililik puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). KOAH nedeni ile daha önce hastaneye yatan bireylerin duygusal durum, fiziksel çaba, hava/çevre ve toplam öz-etkililik puanlarının anlamlı şekilde daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 6.5).

Araştırmaya katılan KOAH'lı bireylerin hastalıkla ilgili tanımlayıcı özelliklerine göre CAT puanları incelendiğinde, kronik hastalık olma, hastalık süresi, evde oksijen tedavisi alma, daha önce hastaneye yatma durumuna göre istatistiksel anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0,05$). Kronik hastalığı olanların, 10 yıldan daha uzun süredir

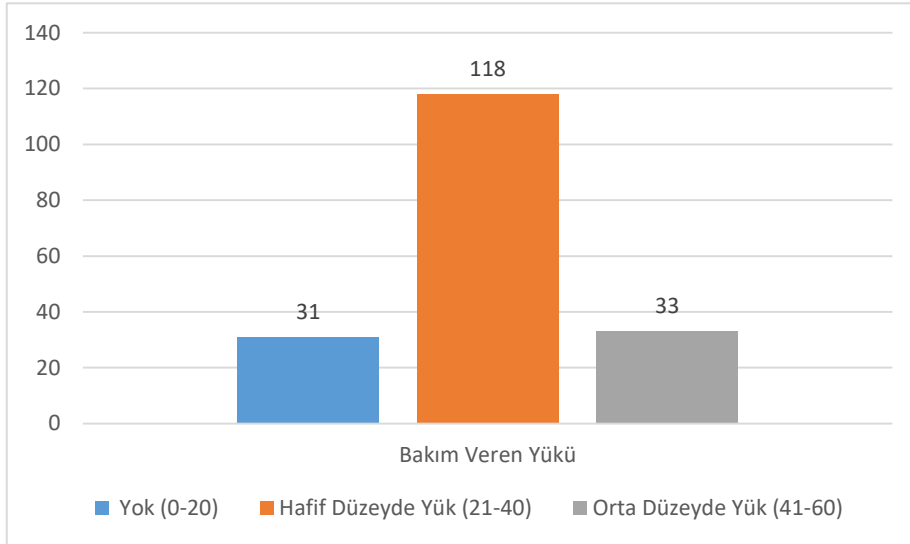
KOAH'lı olanların, evde oksijen kullananların ve daha önce hastaneye yatan KOAH'lı bireylerin CAT ölçek puanı yüksektir (Tablo 6.5).

6.4. KOAH'lı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Kişisel Özelliklerine ve Bakım Veren Yükü Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 6.6. KOAH'lı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

<i>Bakım Verenlerin Özellikleri</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Yaş 48,77±14,095 (16-84)	<40 ise 46-60 se >60 ise	49 99 34
		26,9 54,4 18,7
Cinsiyeti	Kadın Erkek	109 73
		59,9 40,1
Yakınlık derecesi	Oğlu Kızı Eşi Kardeşi/gelini	30 46 94 12
		15,6 24 49 6,3
Eğitim durumu	Okuryazar Değil Okuryazar İlköğretim Lise ve Üstü	21 9 53 99
		11,5 4,9 29,1 54,5
Medeni durum	Evli Bekar	156 26
		85,7 14,3
Hasta ile kalma	Evet Hayır	161 21
		88,5 11,5
Birlikte yaşanan kişi	Yalnız Çocukları Eşi	31 13 138
		17 7,2 75,8
Şu anki çalışma durumu	Evet Hayır	81 101
		44,5 55,5
Ekonomik durum	İyi Orta Kötü	11 147 23
		6,1 81,2 12,7
BV hastalık durumu	Evet Hayır	52 130
		28,6 71,4
BV Yardımcı Var mı?	Evet Hayır	107 75
		58,8 41,2
KOAH hakkında eğitim aldınız mı?	Evet Hayır	134 48
		73,6 26,4
Hastanıza Daha Çok Hangi Yönden Destek Oluyorsunuz?	Psikolojik Fiziksel Maddi	113 57 12
		62,1 31,3 6,6

Araştırmamıza katılan bakım verenlerin yaş ortalaması $48,88 \pm 14,09$ olup; bakım verenlerin %54,4'ü 40-60 yaş aralığında, %59,9'u kadın, %40,1'i erkektir. Bakım verenin yakınlık derecesine göre dağılımı incelendiğinde %49'nun hastanın eşi (n=94) olduğu görüldü (Tablo 6.6).



Grafik 6.1. KOAH'lı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüğü Ölçek Puanlarının Dağılımı

KOAH'lı bireylere bakım veren bireylerin %17'sinin (n=31) bakım verme yükü olmadığı, %64,8'nin (n=118) hafif düzeyde, %18,1'nin (n=33) orta düzeyde bakım verme yükü olduğu görüldü (Grafik 6.1).

6.5. KOAH'lı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bakım Veren Yükü Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 6.7. Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Hastanın Tanıtıcı Özellikleri	n	%	Bakım Verme Yükü Ölçeği $\bar{X} \pm SS/Median$	Test Değeri	p	Anlamlı Fark
Bakım Verme Yükü Ölçeği			30,511±10,624 (7-60)			
Yaş						
<40 ise	49	26,9	28,63±9,16/29,00	KW=1,523*	0,467	
48,77±14,09 (16-84)	99	54,4	31,17±11,58/30,00			
>60 ise	34	18,7	31,29±9,55/30,00			
Cinsiyeti						
Kadın	109	59,9	30,99±10,39/31,00	z= -0,806	0,420	
Erkek	73	40,1	29,79±10,98/29,00			
Yakınlık derecesi						
Oğlu ^a	30	15,6	35,23±9,32/36,50	KW=18,465*	0,000	a>c; p<0,001 b>c; p=0,006
Kızı ^b	46	24	32,58±10,15/31,50			
Eşi ^c	94	49	27,55±10,25/27,00			
Kardeşi/gelini ^d	12	6,3	33,91±12,31/33,50			
Eğitim durumu						
Okuryazar	21	11,5	32,19±7,62/33,00	KW=2,613*	0,455	
Değil	9	4,9	30,55±8,15/30,00			
Okuryazar	53	29,1	31,83±12,11/31,00			
İlköğretim	99	54,5	29,44±10,51/29,00			
Lise ve Üstü						
Medeni durum						
Evli	156	85,7	30,74±10,62/30,00	z= -0,986	0,324	
Bekar	26	14,3	29,11±10,62/27,00			
Hasta ile kalma						
Evet	161	88,5	30,38±10,69/30,00	z= -0,727	0,467	
Hayır	21	11,5	31,47±10,25/31,00			
Birlikte yaşanan kişi						
Yalnız	31	17	28,35±8,26/28,00	KW=2,796*	0,247	
Çocukları	13	7,2	27,46±10,79/27,00			
Eşi	138	75,8	31,28±11,01/31,00			
Çalışma durumu						
Evet	81	44,5	30,02±11,89/20,00	z= -0,531	0,595	
Hayır	101	55,5	30,90±9,52/20,00			
Hastalık olma durumu						
Evet	52	28,6	30,61±9,86/30,00	z= -0,168	0,866	
Hayır	130	71,4	30,46±10,95/30,00			
Yardımcı var mı?						
Evet	107	58,8	32,14±9,45/31,00	z= -2,618	0,009	
Hayır	75	41,2	28,18±11,77/28,00			
Hastanıza daha çok hangi yönden destek oluyorsunuz?						
Psikolojik ^a	113	62,1	27,35±9,36/27,00	KW=31,197*	0,000	a<b; p<0,001
Fiziksel ^b	57	31,3	36,87±10,15/37,00			
Maddi ^c	12	6,6	30,00±11,25/31,00			

BV=Bakım Veren * Kruskal Wallis H-Testi, ** Mann-Whitney U Testi

Araştırmaya katılan bakım verenlerin yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durumu, hasta ile kalma, birlikte yaşanan kişi, çalışma durumu ve hastalık durumuna göre Bakım Verme Yüğü Ölçek puanları incelendiğinde istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptandı (Tablo 6.7).

Bakım verilene yakınlık durumuna göre Bakım Verme Yüğü Ölçek puanında istatistiksel anlamlı fark görüldü ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde, yakınlık derecesi oğlu ve kızı olanların puanı, yakınlık derecesi eşi olanların puanından büyük bulundu ($p<0,0125$) (Tablo 6.7).

Bakım verene yardımcı biri olma durumuna göre Bakım Verme Yüğü Ölçek puanının istatistiksel anlamlı fark gösterdiği ve yardımcısı olmayan bakım verenlerin yardımcısı olan bakım verenlerden puanı daha düşük bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.7).

Hastaya destek olma durumuna göre Bakım Verme Yüğü Ölçek puanı incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). İleri analizde hastalarına fiziksel açıdan daha çok destek olan bakım verenlerin puanın, psikolojik açıdan destek olanların puanından daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,0167$) (Tablo 6.7).

6.6. KOAH'lı Bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ile Bakım Veren Yüğü Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Tablo 6.8. KOAH Öz-Etkililik Ölçek ve Alt Boyutları ile Bakım Verme Yükü Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçekler		BVY Toplam Puanı	Olumsuz Etki	Duygusal Durum	Fiziksel Çaba	Hava/Çevre	Davranışsal Risk	Toplam Öz-Etkililik
Olumsuz Etki	<i>r</i>	-0,223						
	<i>p</i>	0,002						
Duygusal Durum	<i>r</i>	-0,180	0,669					
	<i>p</i>	0,015	0,000					
Fiziksel Çaba	<i>r</i>	-0,420	0,316	0,428				
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000				
Hava/Çevre	<i>r</i>	-0,260	0,456	0,288	0,489			
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000			
Davranışsal Risk	<i>r</i>	-0,175	0,361	0,138	0,309	0,460		
	<i>p</i>	0,018	0,000	0,056	0,000	0,000		
Öz-Etkililik Genel	<i>r</i>	-0,328	0,847	0,754	0,640	0,711	0,514	
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
CAT Puanı	<i>r</i>	0,512	-0,362	-0,389	-0,584	-0,368	-0,255	-0,517
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Spearman Korelasyon Analizi

Bakım Verme Yüğü Ölçek puanı ile KOAH Öz-Etkililik Ölçek ve alt boyutları arasındaki korelasyon bulguları Tablo 6.8’de görölmektedir. Bakım Verme Yüğü Ölçek puanı ile olumsuz etki ($r = -0,22$; $p < 0,05$), duygusal durum ($r = -0,18$; $p < 0,05$), hava/çevre ($r = -0,26$, $p < 0,01$), davranışsal risk ($r = -0,17$; $p < 0,01$) ve toplam öz-etkililik puanları ile arasında ($r = -0,33$; $p < 0,015$) zayıf düzeyde ve fiziksel çaba ($r = -0,42$; $p < 0,01$) ile orta düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki saptandı. Bakım Verme Yüğü Ölçek puanı ile CAT puanı ($r = 0,51$; $p < 0,001$) arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı (Tablo 6.8).



7. TARTIŞMA

KOAH bireyin sağlık durumunu ve günlük yaşam aktivitelerini etkilemektedir (Dignani et al., 2015). Temel olarak hava akımı kısıtlanması ile tanımlansa da sadece akciğerlerle sınırlı bir hastalık değildir. Hastalığın tedavisini, takibini, prognozunu, egzersiz performansını, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve sağlık harcamalarının artmasına neden olan pulmoner ve sistemik birçok etkileri vardır. En yaygın görülen pulmoner semptomlar solunum sıkıntısı, öksürük ve balgam olup gün içinde şiddeti ve ağırlığı değişkenlik göstermektedir (Kessler et al., 2011; Lopez-Campos et al., 2013; Miravittles et al., 2017; Miravittles et al., 2014; Stephenson et al., 2015). Özellikle KOAH'ın şiddetinin artması ile algılanan solunum sıkıntısının artması sonucu bireyler günlük yaşam aktivitelerini ve fiziksel aktiviteleri gerçekleştirirken daha fazla zorlanmakta (Çalık Kütükcü ve ark., 2015) ve bağımlılıkları artmaktadır (Çil Akıncı ve Pınar, 2011). Düşük öz-etkililiğin sonucunda algılanan solunum sıkıntısının yönetimi daha zorlaşmakta ve hastaların yaşam kalitesi azalmaktadır (Wigal et al., 1991). Bu nedenle KOAH'lı bireyler bir bakım vericinin yardım ve desteğine gereksinim duymaktadırlar (Tel ve ark., 2012). Ancak bakımda güçlük yaşayan bakım vericilerin bakım yükü artmakta ve yaşam kalitesi düşmektedir (Tel ve ark., 2012; Miravittles et al., 2015). KOAH'lı bireylerin olağan günlük yaşamda, sıklıkla deneyimlenen bir çok stresli durumlarda, solunum sıkıntısı ile baş etmede ve yönetmede kendine güveni olan öz-etkililik algısının yüksek olması, hastanın bağımsızlığını olumlu yönde etkileyebilir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015). Yapılan çalışmalarda KOAH'lı bireyin öz-etkililiğinin (Kara ve Mirici, 2002; Kara Kaşıkçı ve Alberto, 2007) ve KOAH'lı bireylere bakım verenlerin yükünün incelenmiş olmasına rağmen (Tel Aydın ve ark., 2012) KOAH'lı bireylerin öz-etkililiğinin bakım verenlerin yükü ile ilişkisi incelenmemiştir. Bu bilgiye dayanarak çalışma, KOAH'lı bireylerin çeşitli durumlarda solunum sıkıntısını yönetmede algıladığı yeteneği olan öz-etkililiğin, bakım verenin yükü ile ilişkisini incelemek amacı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında 182 KOAH'lı birey ve bakım veren ile görüşülmüş ve elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

- KOAH'lı bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT Ölçek puanlarına ilişkin bulguların tartışılması

- KOAH'lı bireylerin kişisel ve hastalık ile ilgili özelliklerine göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT Ölçek puanlarına ilişkin bulguların tartışılması
- KOAH'lı hastalara bakım veren bireylerin kişisel özelliklerine ve Bakım Verme Yükü Ölçek puanlarına ilişkin bulguların tartışılması
- KOAH'lı bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ile Bakım Verme Yükü Ölçek puanları arasındaki ilişkiye ilişkin bulguların tartışılması

7.1. KOAH'lı Bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı olguların öz-etkililik puan ortalaması $2,32 \pm 0,43$ olup (Tablo 6.2); %3,8'nin puan ortalamasının üç ve üzerinde olduğu görüldü (Tablo 6.3). Mevcut çalışma bulgularının, Kara Kaşıkçı ve arkadaşları (2006), Khoshkesht ve arkadaşları (2015), Bal Özkaptan ve Kapucu'nun (2016) çalışmaları ile benzerlik gösterdiği ve KOAH'lı bireylerin çeşitli durumlarda solunum sıkıntısını yönetmede öz-etkililik algılarının büyük çoğunluğunu üçün altında olduğu görülmüştür. Ancak yurt dışında yapılan (Lee et al., 2015; Bentsen et al. 2010) çalışma bulgularına göre ise mevcut çalışmadaki öz-etkililik puan ortalmalarının daha düşük olduğu görüldü.

Mevcut çalışmada olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba, hava/çevre, davranışsal risk alt boyut puanlarının ise sırasıyla 2,57, 2,55, 1,56, 2,03 ve 2,60, olduğu ve olguların fiziksel çaba alt boyut puanlarının en düşük, davranışsal risk alt boyut puanının en yüksek değeri aldığı görüldü (Tablo 6.2). Bu sonuçlar Türkiye'de yapılan Bal Özkaptan ve Kapucu'nun çalışma bulgularından daha yüksek, Kara Kaşıkçı ve Alberto'nun (2006) ve Khoshkesht ve ark. (2015) çalışma bulgularına benzer, yurt dışında yapılan Lee ve ark. (2015) sonuçlarından ise daha düşüktür.

Araştırma kapsamına alınan olguların KOAH nedeni ile günlük yaşamının önemli ölçüde etkilendiği (CAT skoru 26,97; $CAT \geq 10$ ise semptom yükünün fazla) görülmüştür (Tablo 6.2). Stabil KOAH'lı bireylerde yapılan çalışmalarda CAT puanı 9,0-17,8 arasında değişmektedir (Polatlı, Yorgancıoğlu ve ark., 2013; Cımsıt et al., 2016; Özsoy, ve ark., 2017). KOAH atağı ile hastaneye başvuran bireylerde yapılan bir çalışmada ise CAT puanı 24,7, (García-Sidro et al., 2015) ve atak geçirenlerin, geçirmeyenlere göre CAT puanının yüksek olduğu bildirilmiştir. Mevcut çalışmada örnekleme hastaneye başvuran

KOAH'lı olgular oluşturmıştır. Bu nedenle olguların CAT puanı stabil KOAH'lı olgulardan daha yüksek ve atak nedeni ile hastaneye kabul edilen KOAH'lı hastaların CAT puanına yakındır. KOAH'lı hastalarda CAT atak riskini belirlemede (Lee et al., 2014) atak dönemi ile iyileşme dönemini saptamada kullanışlı olduğu belirtilmiştir (Miravittles et al., 2013).

7.2. KOAH'lı Bireylerin Kişisel ve Hastalık ile İlgili Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

7.2.1. KOAH'lı Bireylerin Kişisel Tanımlayıcı Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan 60 yaş altı KOAH'lı bireylerin öz-etkililik ve alt boyut puanları 60-80 yaş arası ile >80 gruba göre anlamlı olarak daha iyi ve KOAH'ın günlük yaşama etkisi daha azdır ($p<0,05$) (Tablo 6.4). İlerleyen yaşla birlikte bütün sistemlerde geri dönüşümsüz birçok fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler yaşlıları fiziksel, kognitif ve sosyal olarak olumsuz yönde etkilemektedir (Yıldırım, 2012). Bu nedenle yaşlı KOAH'lılar hem semptomları hem de yaşlılığın fizyolojik etkileri sonucu bazı aktiviteleri gerçekleştirmede yeteneklerine ilişkin güven eksikliği duyabilirler (Kara ve Mirici, 2002).

Mevcut çalışmada cinsiyete göre olguların toplam öz-etkililik, fiziksel çaba alt boyut ve CAT puanında anlamlı fark saptanmıştır. Kadınların çok hızlı ve acele merdiven çıkma gibi solunum güçlüğüne sebep olabilecek fiziksel çaba gerektiren durumlarda KOAH'ı yönetme konusunda kendilerine erkeklerden daha fazla güvendiği görülmüştür (Tablo 6.4). Lee ve arkadaşları (2014) çalışmasında öz-etkililik skorlarını yüksek (3'ten fazla) ve düşük (3 ve 3'ün altı) olarak gruplamışlar ve cinsiyete göre skorlar arasında fark olmadığı görülmüştür. Mevcut çalışmada Lee ve arkadaşları (2014) çalışmasından farklı olarak cinsiyete göre anlamlı fark saptanmıştır.

Mevcut çalışmada eğitim durumlarına göre olguların fiziksel çaba, hava/çevre, davranışsal risk öz-etkililik algıları ve CAT puanları anlamlı fark göstermiştir. Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça olguların KOAH'ı yönetme konusunda kendilerine

daha fazla güvendiği ve KOAH'ın günlük yaşam etkisinin daha az olduğu görülmüştür (Tablo 6.4). Yapılan bir çalışmada ise öz-etkililiği düşük ve yüksek olanların eğitim durumuna göre anlamlı fark göstermediği görülmüştür (Lee et al., 2014).

Araştırmada medeni duruma göre öz-etkililik algısının ve KOAH'ın günlük yaşama etkisinin farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 6.4). Çalışma bulgularımız Lee ve arkadaşlarının (2014) çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

7.2.2. KOAH'lı Bireylerin Hastalık İle İlgili Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı bireylerin hasta olmalarına rağmen %21,9'nun sigara içmeye devam ettiği görülmüştür (Tablo 6.1). Türk Toraks Derneği KOAH Çalışma Grubu'nun yayınladığı "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Koruma, Tanı Ve Tedavi Raporu 2014" raporuna göre, tüm dünyada KOAH'ın gelişmesinde ve prevalansının artmasında en yaygın görülen risk faktörünün sigara dumanı olduğu belirtilmiştir. Yine Türk Toraks Derneği'nin yayınladığı "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu 2010" a göre ise; KOAH gelişme riskinin sigara içenlerde %20 civarında arttığı ve bu oranın yaşla birlikte daha fazla artış gösterdiği belirtilmiştir. DSÖ'nün 2011 yılındaki global tütün raporuna göre, Türkiye'deki sigara kullanım oranı %27 olarak gösterilmiştir. Zhang ve arkadaşlarının (2014) Çin'de 643 KOAH'lı hasta ile yapmış olduğu çalışmaya göre, hastaların %62'sinin sigara öyküsü bulunmaktadır.

Mevcut çalışmada, sigara içenlerin toplam öz-etkililik ve fiziksel çaba, hava/çevre, davranışsal risk alt boyut puanları sigara içmeyen ve sigarayı bırakmış olanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Ayrıca sigara içenlerin KOAH nedeni ile günlük yaşamları daha az etkilendiği görüldü ($p<0,05$) (Tablo 6.5). KOAH'lı olup sigara içen bireylerle yapılan çalışmalarda sigaranın, anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğu (Eerd et al., 2015; Milanowska et al., 2017) belirtilirken bazı çalışmalarda ise anksiyete ve depresyonun etkili olmadığı (Pascal et al., 2017) bildirilmektedir. Bu çalışmada olguların anksiyete ve depresyon durumu değerlendirilmemekle birlikte sigara

içmenin anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğu ya da çalışma kapsamındaki sigara içen bireylerde KOAH'ın günlük yaşamı daha az etkilemesinin etkili olduğu düşünülebilir.

Mevcut çalışmada KOAH süresi 5 yıldan daha az olan olguların öz-etkililiği ve KOAH'ın günlük yaşama etkisi, 5-10 yıl ve 10 yıldan daha fazla süredir KOAH olan olgulara göre anlamlı olarak daha iyidir (Tablo 6.5). Lee ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında hastalık süresi artarken öz-etkililik algısının azaldığı görülmüştür. KOAH geri dönüşümsüz, ilerleyici bir hastalıktır (Özkan, 2006). Bazı tedavi yöntemleri ile semptomlar azaltılıp, yaşam süresi uzatılabilir. Ancak birçok olguda hastalığın yıllar içinde ilerleyişi, sakatlık yaratacak düzeyde dispneye yol açmakta ve akciğer fonksiyonlarını kötüleştirmekte ve böylece bireylerin günlük yaşamlarını olumsuz etkilenmektedir (Atasever ve Erdinç, 2003). Ayrıca hastalığın ilerlemesi ile birlikte depresyon ve anksiyete de artmaktadır (Singh et al., 2015). Bu nedenlerle mevcut çalışmada, ilerleyen yıllarla birlikte öz-etkililiğin azaldığı ve günlük yaşamın daha fazla etkilendiği düşünülebilir.

Mevcut çalışmada evde oksijen kullanan olguların, kullanmayan olgulara göre öz-etkililik algıları ve KOAH'ın günlük yaşama etkisinin daha az olduğu görüldü (Tablo 6.5). KOAH'lı bireylerde, uzun süreli oksijen tedavisi (usot) (>15saat/gün) yaşam süresini uzatırken ve mortalite oranını anlamlı ölçüde azaltmaktadır (Düzenli ve ark., 2008; Ahmadi et al., 2016; Pavlov et al., 2018). Ayrıca oksijen tedavisinin KOAH'lı bireylerde hastane yatış sayısını azalttığı, efor kapasitesini arttırdığı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini iyileştirdiği bildirilmektedir (Güell Rous, 2008). Literatürde belirtilen oksijen tedavisinin KOAH'lı bireye sağladığı yararlar (Güell Rous, 2008; Düzenli ve ark., 2008; Ahmadi et al., 2016; Pavlov et al., 2018) göz önüne alındığında, oksijen kullanan bireylerin solunum sıkıntısını yönetmede kendilerine güvenmesi ve KOAH nedeni ile günlük yaşamlarının daha az etkilenmesi beklenen bir sonuçtur.

Araştırma kapsamında daha önce hastanede tedavi alan olguların, öz-etkililikleri düşüktür ve KOAH'ın günlük yaşamlarına olumsuz etkisi daha fazladır (Tablo 6.5). Bu sonuç, hastalığı yönetme konusunda kendine güvenmeyenlerin, hastalığı yönetme konusunda başarılarının yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

7.3. KOAH'lı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yüğü Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

KOAH'lı hastalara bakım veren bireylerin yaş ortalaması $48,77 \pm 14,09$ olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin yaşları 16 ile 84 arasında değişmektedir (Tablo 6.6). İstatistiksel anlamlı olmamakla birlikte bakım verme yüğü yaş ile birlikte artmaktadır (Tablo 6.7). Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin yaş ortalaması 36,22 ile 53,94 arasında, yaş dağılım aralığı ise 19 ile 69 arasında değişmektedir (Yaşar, 2008; Tel ve ark., 2012; Akman, 2016). Mevcut çalışmada bakım verenlerin yaş ortalaması, yapılan çalışmalarla (Yaşar, 2008; Tel ve ark., 2012; Akman, 2016) benzerlik göstermektedir.

Mevcut çalışmada bakım verenlerin büyük çoğunluğunu kadınların ve özellikle eşlerin oluşturduğu saptanmıştır (Tablo 6.6). Literatürde bakım verenlerin büyük çoğunluğunu kadınların oluşturduğu bildirilmektedir (Ay ve ark., 2017; Gök Uğur, 2013; Yaşar, 2008). Selçuk ve Avcı'ya (2016) göre bakım verenlerin çoğunluğu kadın (%88,6) olup, bakım verenlerin %32'sini eşler oluşturmaktadır.

Mevcut çalışmada bakım verenlerin yakınlık derecesine göre bakım yüğü incelendiğinde eşlerin bakım verme yükünün, oğlu, kız ve kardeş/gelinine göre anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 6.7). Ayrıca bakım işi, eşlerden birinin öteki eşe sağlamakta olduğu normal bakımın bir parçası olarak değerlendirilebilirken, geçmişte yaşanan sağlık sorunları hatırlanarak, "*şimdi sıra bende*" hissi ile bakım verme görevi yerine getirilmektedir (Atagün ve ark., 2011).

Mevcut çalışmada cinsiyetin bakım verme yükünü etkilemediği görülmüştür (Tablo 6.7). Yapılan çalışmaların bazılarında cinsiyet açısından anlamlı farklılık bulunurken; bazı çalışmalarda ise fark saptanmamıştır (Yıldırım ve ark., 2013; Ay ve ark., 2017; Geriani et al., 2015).

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı hastalara bakım veren bireylerin %85,7'sinin evli olduğu ve %88,5'i hasta ile birlikte yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 6.6). Çalışmamızda bu bulgular için anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 6.7). Kılıç Akça ve Taşçı'nın (2005) ve Yang ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, bakım verenin büyük çoğunluğunun evli olduğu, aynı evi paylaştığı ve medeni duruma göre bakım yükünün

anlamli farklılık göstermediği bildirmiştir. Bu sonuçlar mevcut çalışma bulguları ile benzerdir.

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı hastalara bakım verenlerin %58,8'ine yardımcı bir birey olduğu tespit edilmiş ve yardımcı birey olanların bakım verme yükü, yardımcı birey olmayanlara göre anlamli olarak daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 6.7). Bizim bulgumuzun aksine, yapılan çalışmalarda (Yaşar, 2008; Bernabeu-Mora et al., 2016) bakım verene yardımcı birey olanlarda bakım yükü daha azdır.

Araştırmamızda bakım verenlerin KOAH'lı hastalara daha çok hangi yönden destek oldukları sorulduğuunda, %62,1'i psikolojik, %31,3'ü fiziksel olarak destek olduklarını belirtmişler (Tablo 6.6). Yaşar'ın (2008) araştırmasına göre bakım verenler hastalarına %43,8 oranında maddi, %25,4 oranında fiziksel olarak destek olmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerden psikolojik olarak destek olduklarını bildirenlerin bakım yükü, fiziksel ve maddi olarak destek olduklarını bildirenlerin bakım yükünden anlamli olarak daha düşüktür (Tablo 6.7). Bu durum öngörülebilir bir sonuçtur. Zira hastanın birçok fiziksel aktivitesinde bakım verene bağımlı olması, bakım verenin yükünü önemli ölçüde artırır.

Simpson ve Jones'in çalışmasında (2013) öz-etkililik artarken dispnenin azaldığı, öz-etkililiği artırma ile öz-yönetim davranışlarının daha iyi olacağı bildirilmektedir.

7.4. KOAH'lı Bireylerin Öz-Etkililik Algısı ile Bakım Verenlerin Yüğü Arasındaki İlişki

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı bireylerde, öz-etkililik artarken KOAH'ın günlük yaşama etkisinin azaldığı ve yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür (Tablo 6.8). Bir çalışmada yaşam kalitesini iyileştirmede öz-etkililiğin önemli olduğu (Andenæs, 2014), başka bir çalışmada ise KOAH'lı olguların öz etkililiğinin artırılmasına yönelik girişimler ile fonksiyonel kapasitesinin ve yaşam kalitesinin arttırabileceğini gösterilmiştir (Jackson et al., 2014). Mevcut alışma bulguları Andenæs (2014) ve Jackson ve arkadaşlarının (2014) alışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca solunum sıkıntısını kontrol edebilme konusunda kendine güvenen bireylerde, KOAH'ın günlük yaşama etkisinin daha az olması beklenen bir durumdur.

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı bireylerin öz-etkililik algıları artarken bakım verenlerin yükü azalmaktadır (Tablo 6.8). Bu sonuçta artan öz-etkililiğin hem öz-yönetimi (Wang et al., 2012; Simpson et al., 2013; Kaptein et al., 2014; Korpershoek et al., 2016) ve hem de bireyin solunum sıkıntısını daha iyi yönetmesi sonucu bağımsızlığının artırması etkilidir (Kara ve Mirci, 2002; Kara Kaşıkçı ve Alberto, 2007; Çil Akıncı ve Pinar, 2011).

Yapılan bir çalışmada KOAH'lı hastaların öz-etkililiği ile öz-bakım davranışlarının arasında pozitif ilişki olduğu (Wang et al., 2012) ve artan öz-etkililiğin davranış değişimine yol açtığı ve öz-yönetimin daha etkili olacağı bildirilmektedir (Simpson et al., 2013). KOAH'da ciddi solunum sıkıntısı, öz-bakım davranışlarını olumsuz etkilerken (Korpershoek et al., 2016), öz-yönetimin artırılmasında ise öz-etkililik etkilidir (Kaptein et al., 2014). Bu bilgilere dayanarak öz-etkililiğin öz yönetime olumlu etkisi göz önüne alındığında, öz-etkililiği yüksek olan bireylerin daha fazla bağımsız olacağı ve böylece bakım verene duyulan ihtiyacın azalacağı düşünülebilir.

KOAH öz-etkililik algısı yüksek olan bireylerin fiziksel, çevresel ve emosyonel stresli durumlarda yaşamının bütün yönlerini etkileyen solunum sıkıntısı ile baş edebildiler (Kara ve Mirci, 2002; Kara Kaşıkçı ve Alberto, 2007). Böylece günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken daha az sıkıntı deneyimleyen KOAH'lı bireyin yardım gereksinimi azalabilir ve bağımsızlığı artar. Bireyin bağımsızlığının artması, bakım verenlerden istenilen desteği azaltabilir ve böylece bakım veren bireylerin yükü de azalabilir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

KOAH hastalarında öz-etkililiğin, bakım verenlerin yükü ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı bireylerin kişisel ve hastalıkla ilgili tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde;

- Bireylerin yaş ortalamasının $63,55 \pm 11,75$ yıl, (min 41 - max 93), %52,6'sının ilköğretim mezunu, %74,2 sinin evli olduğu,
- KOAH'lı bireylerin %21,9'unun sigara kullandığı, %65,6'sının ek kronik bir hastalığının olduğu, %37'sinin hastalık süresinin 5 yıldan az olduğu, %37,5'inin evde oksijen kullandığı, %75,5'inin daha önce hastalığı nedeniyle hastaneye yattığı ve %63,5'inin son 6 ay içinde acile başvurduğu belirlendi.

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı bireylerin KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT puanları incelendiğinde;

- KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ($2,32 \pm 0,43$) ve olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba, hava/çevre, davranışsal risk alt boyut puan ortalamalarının (sırasıyla $2,57 \pm 0,55$, $2,55 \pm 0,56$, $1,56 \pm 0,66$, $2,03 \pm 0,56$, $2,60 \pm 0,65$), 3'ün altında olup düşük düzeyde olduğu,
- Bireylerin KOAH nedeni ile günlük yaşamlarının ve sağlıklarının etkilendiği (CAT $26,92 \pm 5,19$) görüldü.

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı bireylerin kişisel özelliklerine göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT puanları incelendiğinde;

- Yaş gruplarına göre olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba, hava/çevre, davranışsal risk ve toplam öz-etkililik puanları arasında anlamlı istatistiksel fark olduğu ve 60 yaş altındakilerde öz-etkililiğin daha iyi olduğu,

- Cinsiyete göre fiziksel çaba alt boyutunda istatistiksel anlamlı farklılık olduğu ve kadınların fiziksel çabalarının erkeklerden daha iyi olduğu,
- Eğitim durumuna göre fiziksel çaba, hava/çevre ve davranışsal risk alt boyut puanlarının istatistiksel anlamlı farklılık olduğu ve eğitim durumunun artması ile öz-etkililiği arttığı,
- Yaşın ilerlemesi ile KOAH'ın sağlık ve günlük yaşamı daha fazla etkilediği,
- KOAH'ın erkeklerin sağlık ve günlük yaşamını kadınlardan daha fazla etkilediği,
- KOAH'ın eğitim düzeyi yüksek olanlarda sağlık ve günlük yaşamı daha az etkilediği belirlendi.

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı bireylerin hastalıkla ilgili özelliklerine göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve CAT puanları incelendiğinde;

- Sigara içenlerin öz-etkililiklerinin (fiziksel çaba, hava/çevre, davranışsal risk ve toplam ölçek puan) sigara içmeyi bırakanlardan ve hiç sigara içmeyenlerden daha iyi olduğu,
- Kronik ek bir hastalığa sahip KOAH'lıların, kronik ek bir hastalığı olmayanlara göre öz-etkililiğinin daha düşük olduğu,
- Hastalık süresinin artmasıyla öz-etkililiğin azaldığı,
- Evde oksijen kullananların öz-etkililiğinin daha iyi olduğu,
- KOAH nedeni ile daha önce hastaneye yatan bireylerin öz-etkililiğinin, hastaneye yatmayan KOAH'lı bireylerden daha düşük olduğu,
- Sigarayı bırakanların, ek kronik bir hastalığı olanların, hastalık süresi 10 yıldan daha uzun olanların, evde oksijen kullananların, daha önce hastaneye yatarak tedavi alan KOAH'lı bireylerin sağlık ve yaşam kalitesinin daha kötü olduğu belirlendi.

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı bireylere bakım verenlerinin;

- Yaş ortalamasının $48,88 \pm 14,09$ yıl %59,9'unun kadın ve %49'nun hastanın eşi olduğu,
- Yakınlık derecesi oğlu ve kızı olanların yükü, yakınlık derecesi eşi olanların yükünden daha büyük olduğu görüldü.

- Hastaları fiziksel açıdan daha çok destek veren bakım verenlerin yükünün, psikolojik açıdan destek olanların yükünden daha fazla olduğu belirlendi.

Araştırma kapsamına alınan KOAH'lı bireylerin solunum sıkıntısını yönetme konusundaki öz-etkililiği ile bakım verenlerin yükü arasındaki ilişki incelendiğinde;

- KOAH'lı bireylerin öz-etkililiği artarken sağlık ve günlük yaşamlarının KOAH'dan daha az etkilendiği,
- KOAH'lı bireylerin öz-etkililiği artarken, bakım verenlerin yükünün azaldığı,
- KOAH nedeni ile bireylerin sağlık ve günlük yaşamının etkilenme düzeyi artarken, bakım verenlerin yükünün arttığı görüldü.

Bu sonuçlar çerçevesinde;

60 yaş ve üzeri, eğitim düzeyi düşük ,hastalık süresi fazla olan,evde oksijen kullanmayan daha önce hastaneye yatarak tedavi alan KOAH'lı bireylerin öz-etkililiklerinin ve günlük yaşamlarının daha fazla desteklemesi ve KOAH'lı bireyin öz etkililiğinin artırılması ile bakım verenlerin yükünün azaltılabileği önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

- Abul Y. ve Özlü T, (2013), Türkiye’de KOAH epidemiyolojisi (2013). Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, Trabzon, 1 (1): 7-12.
- Adeloye D., Chua S., Lee C., ve ark. (2015). Global and regional estimates of COPD prevalence: systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 5(2): 020415.
- Ahmadi Z., Sundh J., Bornefalk-Hermansson A. and Ekström M. (2016). Long-Term oxygen therapy 24 vs 15 h/day and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. *PLoS ONE*, 11(9), e0163293.
- Akdemir N., Birol L. (2004). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. 2. Baskı. Sistem Ofset, Ankara, s:368-373.
- Akman N. (2016). Kronik obstrüktif akciğer hastalarının hastalığa psikososyal uyumlarının ve bakım verenlerin yaşadığı güçlüklerin belirlenmesi. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hülya Kulakçı ALTINTAŞ).
- Akyıl RÇ. (2012) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve Bakım. İçinde: Kronik Hastalıklar ve Bakım. Ed: Durna Z., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 75-94.
- Aldağ Y. (2014). Ayaktan Takip Edilen Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olgularında Farklı Tiplerde İnhaler Cihaz Kullanımının Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Can ÖZTÜRK).
- Altın S. (2007). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Klinik Özellikler. *Klinik Aktüel Tıp Solunum Forumu* 2007;1:5-8.
- Andenæs R., Bentsen SB., Hvinden K., Fagermoen MS. and Lerdal A. (2014). The relationships of self-efficacy, physical activity, and paid work to health-related quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 239–247.

Arslan Z., Ilgazlı A., Etiler N., Hamzaoglu O. (2013). Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Kocaeli: An Industrialised City in Turkey. *Balkan Med J.*, 30(4): 387–393.

Aryal S., Diaz-Guzman E., Mannino DM. (2014). Influence of Sex on Chronic Obstructive Pulmonary Disease Risk and Treatment Outcomes. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.*, 9(1):1145–1154.

Aşiret GD., Kapucu S., (2012). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2012 -2; 73-80.

Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yüğü. *Piskiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, 3(3): 513-52.

Atasever A. and Erdiñ E. (2003). "KOAİ'da yaşam kalitesinin değeriendirilmesi." *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 51(4): 446-455.

Ay S., Ünübol H., Ezer S., Omay O, Sayar GH. (2017). Yaşlı hastalara bakım verenlerin bakım verme yüğüleri ve başa çıkma biçimleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin değeriendirilmesi. *Fam Pract Palliat Care.*, 2(3):38-44.

Bahar Z. ve Açıl D. (2014). Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 7(1); 59-67.

Bal Özkaptan B., Kapucu S. (2015). KOAH'lı Bireylerde Öz-Etkililiğın Geliştirilmesinde Evde Bakımın Önemi. *Cumhuriyet Hem Der*, 4(2): 74-80.

Bal Özkaptan B., Kapucu S. (2016). Home nursing care with the self-care model improves self-efficacy of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Japan Journal of Nursing Science*, 13(3), 365-377.

Bandura A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *Am Psyc*, 37:122-147

Başığit İ., (2010). Koah Tanımı ve Klinik Özellikleri. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*, 1(2): 102-104.

Bayramova N., (2008). Amiyotrofik Lateral Skleroz'lu (ALS) Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verenlerin Bakım Yüğüünün Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi*

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof.Dr. Ayfer KARADAKOVAN).

Bentsen S. B., Wentzel-Larsen T., Henriksen A. H., Rokne B., Wahl A. K. (2010). Self-efficacy as a predictor of improvement in health status and overall quality of life in pulmonary rehabilitation—An exploratory study. *Patient education and counseling*, 81(1), 5-13.

Beran D., Zar HJ., Perrin C., Menezes AM., Burney P. (2015). Burden of Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Access to Essential Medicines in Low-Income And Middle-Income Countries. *Lancet Respir Med.*, 3(2):159–170.

Bernabeu-Mora R., García-Guillamón G., Montilla-Herrador J., Escolar-Reina P., García-Vidal JA. and Medina-Mirapeix F. (2016). Rates and predictors of depression status among caregivers of patients with COPD hospitalized for acute exacerbations: a prospective study. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11, 3199–3205.

Bloom D., Cafiero ET., Abrahams-Gessel S., ve ark. (2011). The Global Economic Burden of Non-Communicable Diseases: A Report By The World Economic Forum and the Harvard School of Public Health. Geneva, Switzerland: World Economic Forum. 2011.

Bourbeau J, Nault D, Dang-Tan T. (2004). Self-management and behaviour modification in COPD. *Patient Educ Couns*, 52(3):271–277.

Bryant J., Mansfield E., Boyes A.W., Waller A., Sanson-Fisher R. and Regan T. (2016). Involvement of informal caregivers in supporting patients with COPD: a review of intervention studies. *Int. J. chronic Obstr. Pulm. Dis.*, 11: pp. 1587-1596.

Budak R., (2010). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Görülme Sıklığına Aktif ve Pasif Sigara İçiciliğinin Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU).

Cao Y., Liu H., Zhang J., Huang KW., Zhao HY., Yang Y., Zhan SY. (2017). Effect of Particulate Air Pollution On Hospital Admissions for Acute Exacerbation of Chronic

Obstructive Pulmonary Disease İn Beijing. Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban, 18;49(3):403-408.

Celli BR., Barnes PJ. (2007). Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Eur Respir J., 29(6):1224–1238.

Chapman KR., Mannino DM., Soriano JB., et al. (2006). Epidemiology and Cost of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Eur Respir J 2006; 27: 188-207.

Cho KH., Nam CM., Lee EJ. (2015). Effects of İndividual and Neighborhood Socioeconomic Status on the Risk of All-Cause Mortality in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Nationwide Population-Based Cohort Study, 2002–2013. [abstract] Respir Med., 114:9–17.

Cimsit C, Bekir M , Karakurt S, Eryuksel, E . (2016). KOAH'ta diyafragm kalınlığının ultrasonografi ile değeriendirilmesi. Marmara Medical Journal, 29 (1), 8-13.

Cruz J., Marques A., and Figueiredo D. (2017). Impacts of COPD on family carers and supportive interventions: a narrative review. Health & Soc. Care Community, 25: pp. 11-25.

Çalık Kütükcü E., (2014). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Üst Ekstremitte Kas Kuvveti Eğitiminin Solunum ve Periferik Kas Kuvveti, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Hülya ARIKAN).

Çalık Kütükcü E, Arıkan H, Sağlam M, Vardar Yağlı N, İnal İnce D, Öksüz Ç, Savcı S, Düğer T, Çöplü L. (2015). Kronik obstrüktif akciğer hastalarında çok boyutlu hastalık şiddeti ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation, 2 (2), 53-60.

Çenesiz E., Atak N. (2007). Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değeriendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6): 427-434.

Çil Akıncı A. (2017). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi. Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics, 3(3);154-61.

Çil Akıncı A., Pınar R. (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapma Sırasında Bağımlılık Durumları Ve Etkileyen Faktörler. Medical Sciences, 6(1); 9-18.

Çilekar Ş., (2013). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Hastalarda Pulmoner Rehabilitasyon Programının Yaşam Kalitesi, C-Reaktif Protein (Crp) ve Solunum Fonksiyonlarına Etkinliği. Selçuk Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya, (Danışman: Prof. Dr. Fikret KANAT).

Decramer M, Janssen W, Miravitlis M. (2012). Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Lancet, 379:1341-51.

Demir G., Akkoca Ö., Doğan R., Saryal, S. ve Karabıyıklıoğlu G. (2003). KOAH’da dispne ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 51(4); 365-372.

Deveci F, Deveci SE, Turkoglu S, Turgut T, Kirkil G, Rahman S, et al. (2011). The Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Elazig, Eastern Turkey. European Journal of Internal Medicine, 22(2):172-6.

Dignani L, Toccaceli A, Guarinoni MG, Petrucci C, Lancia L. (2015). Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Evolutionary Concept Analysis. Nurs Forum, 50(3):201-13.

Dinç L, (2010). Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 74–82.

Dixit D., Bridgeman MB., Madduri RP., Kumar ST., Cawley MJ. (2016). Pharmacological Management and Prevention Of Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Hospitalized Patients. Pharmacy and Therapeutics, 41(11), 703–712.

Düzenli H., Doğan ÖT., Berk S., Özşahin SL., Akkurt İ. (2008). Kronik solunum yetmezliği olan olgularda uzun süreli oksijen tedavisinin yaşam süresi üzerine etkisi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 56(2): 179-186.

Eagan TM, Gulsvik A, Eide GE, Bakke PS. (2004). Remission of Respiratory Symptoms by Smoking and Occupational Exposure in a Cohort Study. Eur Respir J., 23: 589-94.

Eisner MD, Anthonisen N, Coultas D, et al. (2010). An Official American Thoracic Society Public Policy Statement: Novel Risk Factors and The Global Burden of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 182(5): 693-718.

Erdoğan GA. (2015). Fiziksel Aktivite ve Sağlık Durumunun Hastaneye Yatış Gerektiren Koah Akut Alevlenmelerinin Seyri Üzerine Etkileri. Ankara Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, (Danışman: Doç. Dr. Elif ŞEN).

Folch A., Orts-Cortés MI., Hernández-Carcereny C., Seijas-Babot N., Macia-Soler L., (2017). Programas Educativos en Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Revisión Integradora. *Enfermería Global*, 16(1); 556-573.

Foo J, Landis SH, Maskell J, Oh YM, vander Molen T, Han MK et al. (2016). Continuing to confront COPD International Patient Survey: economic impact of COPD in 12 countries. *PLoS One*. 11:e0152618.

García-Río F, Calle M, Burgos F, Casan P, Del Campo F, Galdiz JB, Giner J, González-Mangado N, Ortega F, Puente Maestu L. (2013). Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery (SEPAR). Spirometry. *Arch Bronconeumol*, 49:388–401.

García-Sidro P, Naval E, Martínez Rivera C, et al. (2015). The CAT (COPD Assessment Test) questionnaire as a predictor of the evolution of severe COPD exacerbations. *Respir Med.*, 109(12):1546–1552.

Genç, A., (2010). Hafif Ve Orta Derece Koah’lılarda Oksidatif Stres, Aerobik Kapasite, Günlük Fiziksel Aktivite Ve Solunum Fonksiyonlarının Araştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fizyolojisi Anabilimdalı, Doktora Tezi, Afyonkarahisar, (Danışman: Doç. Dr. Kağan ÜÇÖK).

Geriani D., Savithry KSB., Shivakumar S. and Kanchan T. (2015). Burden of Care on Caregivers of Schizophrenia Patients: A Correlation to Personality and Coping. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*, 9(3), VC01–VC04.

Gershon AS., Warner L., Cascagnette P., Victor JC., To T. (2011). Lifetime Risk of Developing Chronic Obstructive Pulmonary Disease: a Longitudinal Population Study. *Lancet*, 378(9795): 991-6.

Girgis A., Lambert S., Johnson C., Waller A., Currow D., (2013). Physical, Psychosocial, Relationship, and Economic Burden of Caring for People With Cancer: A Review. *Journal of Oncology Practice*, 9(4); 197-202.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy For The Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, (2006), 8-12. http://www.who.int/respiratory/copd/GOLD_WR_06.pdf, Erişim t.:23/04/2018.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for The Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, (2014), 2-7. <https://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html?id=564f02006225ff87418b459e&assetKey=AS%3A297825037504518%401448018431272> , Erişim t.: 23/04/2018.

GOLD Pocket Guide 2018. Pocket guied to COPD, Diagnosis, Management and prevention A Guide for health Care Professionals 2018 Report.

GOLD Reports 2018. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy For The Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 4-12. <http://goldcopd.org/gold-reports/>, Erişim t.: 23/04/2018.

Gök Uğur H. (2013). İnmeli hastalara evde verilen bakım ile bakım vericilerine yapılan eğitimin bakım vericilerin bakım yükü ve yaşam kalitesine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, (Danışman: Prof. Dr. Behice ERCİ).

Grant M., Cavanagh A., and Yorke J. (2012). The impact of caring for those with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) on carers' psychological well-being: a narrative review. *Int. J. Nurs. Stud.*, 49: pp. 1459-1471.

Güell Rous, MR. (2008). Long-term oxygen therapy: Are we prescribing appropriately? *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 3(2), 231–237.

Günen H, Hacıevliyagil SS, Yetkin O, et al. (2008). Prevalence of COPD: First epidemiological study of a large region in Turkey. [abstract] *Eur J Intern Med*, 18: 499-504.

İnci FH., (2006). Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Müyesser ERDEM).

Jackson BE., Coultas DB., Ashmore J., Russo R., Peoples J., Uhm M., and Bae S. (2014). Domain-specific self-efficacy is associated with measures of functional capacity and quality of life among patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of the American Thoracic Society*, 11(3); 310-315.

Jenkins C., (2017). Drugs for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Aust Prescr*; 40:15–9. <https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/drugs-for-chronic-obstructive-pulmonary-disease> , Erişim Tarihi: 28/04/2018.

Jones PW., Harding G., Berry P., Wiklund I., Chen W.H., Kline Leidy N. (2009). Development and First Validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J*, 34:648–54.

Kamil F., Pinzon I., Foreman MG. (2013). Sex and Race Factors in Early Onset COPD. *Curr Opin Pulm Med*, 19:140-4.

Kaptein AA, Fischer MJ, Scharloo M. (2014). Self-management in patients with COPD: theoretical context, content, outcomes, and integration into clinical care. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.*, 1;9:907-17.

Kara D., Yıldız H. (2013). Dispne semptomunun değeriendirilmesinde dispne ölçeklerinin etkinliği ve kullanım sıklıkları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 2(1);137-149.

Kara Kaşıkçı M, Alberto J. (2007). Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs.*, 16(8):1468-78.

Kara M, Mirici A. (2002). KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu'nun Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 34(3):61-6.

Karan MA., (2017). Demografik değışimle ilgili hastalık yükü. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 44; 18-21.

Katsenos S. and Constantopoulos SH., (2011). Long-Term Oxygen Therapy in COPD: Factors Affecting and Ways of Improving Patient Compliance. Pulmonary Medicine, Volume 2011, Article ID 325362, 8 pages.

Kessler R., Partridge MR., Miravittles M., Cazzola M., Vogelmeier C., Leynaud D., Ostinelli J. (2011). Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European cross-sectional study. Eur Respir J, 37(2), 264-272.

Khoshkesht S, Zakerimoghadam M, Ghiyasvandian,S, Kazemnejad A, Hashemian M. (2015). The effect of home-based pulmonary rehabilitation on self-efficacy in chronic obstructive pulmonary disease patients. JPak Med Assoc, 65: 1041-1046.

Kılıç Akça N., Taşçı S. (2005). 65 Yaşüstü Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(Ek Sayı:Hemşirelik Özel Sayısı), 30-36.

Ko FWS., Tam W., Wong TW., Chan DPS., Tung AH., Lai CKW., Hui DSC. (2007). Temporal Relationship Between Air Pollutants and Hospital Admissions for Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Hong Kong. Thorax, 62(9), 780–785.

Kocabas A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı: Epidemiyoloji ve Doğal Gelişim. İçinde: Umut S, Erdiñç E (edit): Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Toraks Derneği Toraks Kitapları Serisi No: 2, Ankara 2000, pp: 8-25.

Kocabaş, A., Atış, S., Çöplü, L., Erdiñç, E., Ergan, B., Gürgün, A., Yıldırım, N. (2014). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Koruma, Tani ve Tedavi Raporu 2014. Türk Toraks Derneği KOA Çalışma Grubu, Turkish Thoracic Journal, Official Journal of the Turkish Thoracic Society, 15; 1-1.

Korpershoek Y, Bos-Touwen ID, de Man-van Ginkel JM, Lammers JW, Schuurmans MJ, Trappenburg J. (2016). Determinants of activation for self-management in patients with COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis., 1;11:1757-66.

Köhnlein, T., Welte, T. (2008). Alpha-1 Antitrypsin Deficiency, Pathogenesis, Clinical Presentation, Diagnosis, And Treatment. [abstract] The American Journal of Medicine,121(1), 13-19.

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tanısı, Tedavisi ve Önlenmesi İçin Küresel Strateji, 2011 Güncellemesi, (2011). 2-7.

Kurmi OP, Semple S, Simkhada P, Smith WCS, Ayres JG. (2010). COPD and Chronic Bronchitis Risk of Indoor Air Pollution From Solid Fuel: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Thorax*. 2010;65(3):221–8.

Kuzulu A., Bilgin G., Arslan İ., Öznur H., Kızıltaş Ö., Tekin O., Demir N., Albayrak Z., (2017). KOAH Hastalarında Sosyal İlişkilerin Değerlendirilmesi. *Ankara Med J.*;17(4):204-15.

Kütmeç Yılmaz C., Duru Aşiret G., Çetinkaya F., Kapucu S., (2017). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Yorgunluğun Günlük Ve Enstrümental Yaşam Aktiviteleri Üzerine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2); 114-121.

Lange P, Celli B, Agustí A, et al. (2015). Lung-Function Trajectories Leading to Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med*, 373(2): 111-22.

Lawlor DA., Ebrahim S., Davey Smith G. (2005). Association of Birth Weight With Adult Lung Function: Findings From the British Women's Heart and Health Study and a meta-analysis. *Thorax*, 60(10): 851-8.

Lee SD., Huang MS., Kang J, Lin CH., Park MJ., Oh YM., Kwon N., Jones PW. and Sajkov D. (2014). "The COPD assessment test (CAT) assists prediction of COPD exacerbations in high-risk patients." *Respiratory Medicine* 108(4): 600-608.

Liu S, Zhou Y, Liu S, et al., (2017). Association Between Exposure to Ambient Particulate Matter and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Results From a Cross-Sectional Study in China. *Thorax*; 72(9): 788-95.

Loh LC., Rashid A., Sholehah S., Gnatiuc L., Patel JH., Burney P. (2016). Low Prevalence of Obstructive Lung Disease in a Suburban Population of Malaysia: A BOLD Collaborative Study. *Respirology*, 21 (6): 1055-61.

Lopez AD, Shibuya K, Rao C, et al. (2006). Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Current Burden and Future Projections. *Eur Respir J*, 27(2): 397-412.

Lopez-Campos JL, Ruiz-Ramos M, Soriano JB. (2014). Mortality Trends in Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Europe, 1994–2010: A Joinpoint Regression Analysis. *Lancet Respir Med*, 2:44-53.

Lopez-Campos JL., Calero C., Quintana-Gallego E. (2013). Symptom variability in COPD: a narrative review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 8, 231-238.

Lozano R., Naghavi M., Foreman K., et al. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 0 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859): 2095-128.

MacNee W. (2016). Is Chronic Obstructive Pulmonary Disease an Accelerated Aging Disease? *Ann Am Thorac Soc*, 13(Suppl_5):S429–437.

Mannino DM., Higuchi K., Yu TC., et al. (2015). Economic Burden of COPD in the Presence of Comorbidities. *Chest* 2015; 148(1): 138-50.

Mathers CD., Loncar D. (2006). Projections of Global Mortality And Burden of Disease From 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006; 3(11): e442.

Mbatchou Ngahane BH., Afane ZE., Chebu C., Mapoure NY., Temfack E., Nganda M., et al. (2015). Effects of Cooking Fuel Smoke On Respiratory Symptoms and Lung Function in Semi-Rural Women in Cameroon. *International Journal of Occupational and Environmental Health.*, 21(1):61–5.

McAuley E, Morris KS, Motl RW, Hu L, Konopack JF, Elavsky S. (2007). Long-term follow-up of physical activity behavior in older adults. *Health Psychol.*, 26: 375–380.

Meteran H, Backer V, Kyvik KO, Skytthe A, (2014). Thomsen SF. Heredity of Chronic Bronchitis: a Registry-Based Twin Study. *Respir Med.*, 108(9):1321–1326.

Milanowska J., Mackiewicz B., Węgorowski P., Milanowski J., Milanowski P. and Makara-Studzińska M. (2017). The quality of life of farmers with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24(2), pp.283-287.

Miravittles M, Peña-Longobardo LM, Oliva-Moreno J, Hidalgo-Vega Á. (2015). Caregivers' burden in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.*, 10:347-56.

Miravittles M, Soriano JB, Garcia-Rio F, et al. (2009). Prevalence of COPD in Spain: Impact Of Underdiagnosis COPD On Quality Of Life and Daily Life Activities. *Thorax*, 64: 863-8.

Miravittles M., García-Sidro P., Fernández-Nistal A., Buendía MJ., Espinosa de los Monteros, MJ. and Molina J. (2013). Course of COPD assessment test (CAT) and clinical COPD questionnaire (CCQ) scores during recovery from exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 147.

Miravittles M., Izquierdo JL., Esquinas C., Perez M., Calle M., Lopez-Campos JL., de Lucas P. (2017). The variability of respiratory symptoms and associated factors in COPD. *Respir Med*, 129, 165-172.

Miravittles M., Worth H., Soler Cataluna, JJ., Price D., De Benedetto F., Roche N., Ribera A. (2014). Observational study to characterise 24-hour COPD symptoms and their relationship with patient-reported outcomes: results from the ASSESS study. *Respir Res*, 15(1), 122.

Montuschi P., Malerba M., Santini G. and Miravittles M., (2014). Pharmacological Treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: From Evidence-Based Medicine to Phenotyping. *Drug Discov Today* 19:1928–35.

Nakken N., Janssen DJA., Van Den Bogaart EHA., et al. (2015) Informal caregivers of patients with copd: home sweet home? *Eur. Respir. Rev.* 2015; 24: pp. 498-504.

Örnek T, Tor M, Kiran S, Atalay F. (2015). Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Zonguldak Province of Turkey. *Tuberk Toraks*, 63(3):170-7.

Özer C., (2014). KOAH'lı Hastada Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 5(3):93-7.

Özkan S., (2006). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Yaşam Kalitesi ve Fonksiyonel Durum. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1); 98-103.

Özsoy İ., Kahraman BÖ., Acar S., Özalevli S., Akkoçlu A. and Savcı S. (2017). "Hipertansif ve hipertansif olmayan kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde

fonksiyonel egzersiz kapasitesinin karşılaştırılması." *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation* 4(1): 26-32.

Pascal OI., Trofor AC., Lotrean LM., Filipeanu D. and Trofor L. (2017). Depression, anxiety and panic disorders in chronic obstructive pulmonary disease patients: correlations with tobacco use, disease severity and quality of life. *Tobacco Induced Diseases*, 15, 23.

Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS. (2001). Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop Summary. *Am J Respir Crit Care Med.*,163(5):1256–76.

Pauwels RA, Rabe KF. (2004). Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Lancet*, 364: 613-20.

Pavlov N., Haynes AG., Stucki A., Jüni P. and Ott, SR. (2018). Long-term oxygen therapy in COPD patients: population-based cohort study on mortality. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13, 979–988.

Polatlı M., A. Yorgancıoğlu Ö., Aydemir NY., Demirci G., Kırkıl SA., Naycı N., Köktürk A., Uysal SE., Akdemir and Özgür ES. (2013). "St. George solunum anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği." *Tuberk Toraks* 61(2): 81-87.

Reardon JZ., Lareau SC. and ZuWallack R. (2006). Functional Status and Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Medicine*, Volume:119 (10 Supplement 1), pp:32-37.3.

Ries A.L., (2008). Pulmonary Rehabilitation: Summary of an Evidence-Based Guideline. *Respir Care*, 53: 1203–1207.

Roche N. (2009). Activity limitation: a major consequence of dyspnoea in COPD. *Eur Respir Rev.*, 18(112):54-7.

Rochester CL., Vogiatzis I., Holland AE. et al., (2015).ATS/ERS Task Force on Policy in Pulmonary Rehabilitation An Official American Thoracic Society/European

Respiratory Society Policy Statement: Enhancing Implementation, Use, and Delivery of Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med.*192(11):1373–1386.

Rodriguez-Roisin R. (2000). Toward a Consensus Definition for COPD Exacerbations. *Chest*, 117(Suppl 2):398S–401.

Rycroft CE, Heyes A, Lanza L, Becker K. (2012). Epidemiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Literature Review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.*, 457–494.

Salant, P. ve Dillman DA. (1994). “How to Conduct Your Own Survey” John Wiley & Sons, Inc. Newyork.

Salvi SS., Barnes PJ. (2009). Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Non-Smokers. [abstract] *Lancet*, 374(9691): 733-43.

Santurtún A., Rasilla DF., Riancho L., Zarrabeitia MT. (2017). Relationship Between Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Air Pollutants Depending on the Origin and Trajectory of Air Masses in the North of Spain. *Arch Bronconeumoln*, 53(11):616-621.

Saygın M., Gonca T., Öztürk Ö., Has M., Çalışkan S., Has ZG., Akkaya A. (2017). To Investigate the Effects of Air Pollution (PM10 and SO2) on the Respiratory Diseases Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Turkish Thoracic Journal*, 18(2), 33–39.

Selçuk KT., Avcı D., (2016). Kronik Hastalığa Sahip Yaşlılara Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7 (1); 1-9.

Selen F., Kav S. (2014). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 16(1): 12-22.

She J, Yang P, Wang Y, et al., (2014). Chinese Water-Pipe Smoking And The Risk of COPD. *Chest*, 146(4): 924-31.

Sherry L. Murphy, BS., Kenneth D. Kochanek, MA., Xu J., MD., Arias E., (2015). Mortality in the United States, 2014, NCHS Data Brief; 228: 1-8.

Simpson E., Jones M. (2013). An exploration of self-efficacy and self-management in COPD patients. *British Journal of Nursing*, Vol 22, No 19.

Singh G, Zhang W, Kuo YF, et al. (2016). Association of psychological disorders with 30-day readmission rates in participants with COPD. *Chest*, 149:905–915.

Soicher JE, Mayo NE, Gauvin L, Hanley JA, Bernard S, Maltais F, Bourbeau J. Trajectories of endurance activity following pulmonary rehabilitation in COPD patients. *Eur Respir J*. 2012;39(2):272-8.

Spence A, Hasson F, Waldron M, Kernohan G, McLaughlin D, Cochrane B, Watson B. Active carers: living with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Palliat Nurs*. 2008 Aug;14(8):368-72.

Spruit MA., Singh SJ., Garvey C., et al., (2013). An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*;188:13-64.

Stephenson JJ., Cai Q., Mocarski M., Tan H., Doshi JA., Sullivan, SD. (2015). Impact and factors associated with nighttime and early morning symptoms among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 10, 577-586.

Stern DA, Morgan WJ, Wright AL, Guerra S, Martinez FD. (2007). Poor airway function in early infancy and lung function by age 22 years: a non-selective longitudinal cohort study. *Lancet*, 370(9589): 758-64.

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SB, TSHGM). Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013) Eylem Planı. Ankara 2009. www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/KHH_OnlemeKontrolEylemPlanı.pdf, Erişim Tarihi: 09/04/2018.

Tashkin DP, Altose MD, Bleecker ER, et al. (1992). The lung health study: airway responsiveness to inhaled methacholine in smokers with mild to moderate airflow limitation. The Lung Health Study Research Group. *Am Rev Respir Dis*, 145(2 Pt 1): 301-10.

Tel Aydın H., Tok Yıldız F., Karagözoğlu Ş., Özden D., (2012). Hastaların Bakış Açısıyla Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ile Yaşamak: Fenomenolojik Çalışma. İ.Ü.F.N. Hem. Derg, 20(3): 177-183.

Tel H., Demirkol D., Kara S., Aydın D., (2011). KOAH'lı Hastaların Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesi. Turk Toraks Derg, 13: 87-92.

Tetik Kurt C. KOAH'ta klinik. In: Umut S, Yıldırım N; eds. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. İstanbul 2005: 71-73.

Tokmak M., (2009). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda Anemi Sıklığı ve İlişkili Faktörler. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Benan ÇAĞLAYAN).

Torres-Duque C, Maldonado D, Perez-Padilla R. (2008). Biomass Fuels and Respiratory Diseases: A Review of The Evidence. Proc Am Thorac Soc, 5: 577–590.

Turan Ç., (2017). Koah'lı Hastalarda Mbl (Mannoz Binding Lektin) Gen Polimorfizmi. Osmangazi Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, (Danışmanı: Prof. Dr. Mehmet Sinan ERGİNEL).

Türk G., Üstün R., (2018). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerin Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11 (1); 19-25.

Türk Toraks Derneği (2017). Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) raporuna bakışı. Erişim Tarihi: 08.11.2017. <http://toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/1042017161917-tumu.pdf>

Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Koruma, Tanı Ve Tedavi Raporu, (2014). Türk Toraks Dergisi. İstanbul, Aves Yayıncılık, 15 (Suppl 2): 1-11. (<http://toraks.org.tr/book.aspx?list=1682&menu=241>, Erişim Tarihi: 23/04/2018).

Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu, (2010). Türk Toraks Dergisi. İstanbul, Aves Yayıncılık, 11: 7-11.

Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği, (2017). GOLD 2017 Değerlendirme Raporu ve Stabil KOAH'da Tanı, Değerlendirme, Farmakolojik Tedavi Önerileri, TÜSAD KOAH Çalışma Grubu, Rapor, İstanbul, 7-14.

Türkkan S., (2012). Koah Hastalarının 35 Yaş ve Üzeri Birinci Derece Yakınlarında Koah Prevalansının Araştırılması. İnönü Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Malatya, (Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Hilal ERMİŞ).

Uğur Ö, (2006). Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU).

Umut, S. (2008). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Atak. *Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:61, İstanbul, 117-128.

Uysal, H. (2014). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. N. Enç içinde, İç Hastalıkları Hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 138-151.

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

Üstün R., (2015). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (Koah) Olan Bireylerin Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, (Danışman: Doç. Dr. Gülelgün TÜRK).

van Eerd EA, Van Rossem CR, Spigt MG, et al. (2015). Do we need tailored smoking cessation interventions for smokers with COPD? A comparative study of smokers with and without COPD regarding factors associated with tobacco smoking. *Respiration*., 90:211–219.

Van Manen JG., Bindels P., Dekker F., IJzermans C., van der Zee JS., Schade E. (2002). Risk of Depression in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Its Determinants. *Thorax*,57(5);412–416.

- Vogelmeier CF, Criner GJ, Martinez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J *et al.* (2017). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*, 195:557–582.
- Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, *et al.* (2012). Years Lived With Disability (YLDs) for 1160 Sequelae of 289 Diseases and Injuries 1990-2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859): 2163-96.
- Waatevik M, Skorge TD, Omenaas E, *et al.* (2013). Increased Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a General Population. *Respir Med*, 107:1037-45.
- Wang KY, Sung PY, Yang ST, Chiang CH, Perng WC. (2012). Influence of family caregiver caring behavior on COPD patients' self-care behavior in Taiwan. *Respir Care*, 57(2):263-72.
- WHO. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for The Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2017 Report, (2017), 24-40. <http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/> , Erişim Tarihi: 23/04/2018.
- Wigal JK, Creer TL, Kotses H. (1991). The COPD Self-Efficacy Scale. *Chest*, 99:1193-1196.
- Yang X., Hao Y., George S. M. and Wang L. (2012). Factors associated with health-related quality of life among Chinese caregivers of the older adults living in the community: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 143.
- Yaşar F. (2008). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri, Bakım Verme Yüğü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Sultan KAV).
- Yeşil T., Çetinkaya Uslusoy E., Korkmaz M, (2016). Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4): 54-66.

Yıldırım B., Özkahraman Ş. ve Ersoy, S. (2012). Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2(2), 19-23.

Yıldırım S, Engin E, Aycan Başkaya V. (2013). İnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve yükü etkileyen faktörler. Nöropsikiyatri Arşivi, 50(2): 169-174.

Yin P, Zhang M, Li Y, Jiang Y, Zhao W. (2011). Prevalence of COPD and Its Association With Socioeconomic Status in China: findings from China Chronic Disease Risk Factor Surveillance 2007. BMC Public Health, 22:11:586.

Yin, P, Jiang Y., Cheng KK., Lam TH., Lam KH., Miller MR., Zhang WS., Thomas GN, Adab P. (2007). Exposure and Risk Of COPD Among Adults in CHİNA: The Guangzhou Biobank Cohort Study. Lancet, 370: 751-7.

Yorgancıoğlu A, Polatlı M, Aydemir O, Demirel NY, Kırkil G, Atış SN, et al. (2012). KOAH Değerlendirme Testinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği. Tuberk Toraks, 60(4):314-20.

Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the İmpaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. Gerontologist, 20:649–655.

Zaybak A., Güneş Ü., Günay İsmailoğlu E., Ülker E. (2011). Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(1); 48-54.

Zengin N., (2008). İdrar Kaçıran Kadınlarda Hemşirelik Eğitimi Ve Davranışsal Tedavinin Konfor, Pelvik Taban Kas Egzersizi Uygulaması Öz-Etkililik Algısı Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Rukiye PINAR).

Zhang J, Lin X, Bai CX. (2014). Comparison of clinical features between nonsmokers with COPD and smokers with COPD: a retrospective observational study. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis., 9:57–63.

Caregiver Statistics: Demographics,

<https://www.caregiver.org/pilotIntegration/indexPersistent.html?uri=%2Fcaregiver-statistics-demographics>, Erişim Tarihi: 04/05/2018

Household air pollution and health,

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/en/>, Erişim Tarihi: 12/04/2018.

Küresel Yetişkin Tütün Kullanımı İstatistikleri

http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1042 , Erişim Tarihi: 11/04/2018.

Ölüm Nedeni İstatistikleri, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083, Erişim Tarihi: 09/04/2018.

The economic burden of lung disease, <https://www.erswhitebook.org/chapters/the-economic-burden-of-lung-disease/>, Erişim Tarihi: 08/04/2018.

The top 10 causes of death, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> , Erişim Tarihi: 23/04/2018.

Toplumsal Yapı ve Cinsiyet İstatistikleri,

http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1068, Erişim Tarihi: 20/04/2018.

Uzun Süreli Oksijen Tedavisi (USOT), <http://toraks.org.tr/book.aspx?detail=200>, Erişim Tarihi: 19/04/2018.

WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco. http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/, Erişim Tarihi: 14/4/2018.

10. EKLER

EK 1: Hasta Birey İçin Kişisel Bilgi Formu

EK 2: KOAH Değerlendirme Testi [COPD Assessment Test (CAT)]

EK 3: KOAH Öz-Etkililik Ölçeği

EK 4: Bakım Verici Birey İçin Kişisel Bilgi Formu

EK 5: Bakım Verme Yüğü Ölçeği

EK 6: Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu

EK 7: Etik Kurul Onayı

EK 8: Araştırma İzni Onayı

EK 9: KOAH Değerlendirme Testi Kullanım İzni

EK 10: KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Kullanım İzni

Ek 11: Bakım Verme Yüğü Ölçeği Kullanım İzni

EK 1: Hasta Birey İçin Kişisel Bilgi Formu

Aşağıda size ve sağlık durumunuza dair bazı sorular yer almaktadır. Lütfen her soruyu yanıtlayınız. Araştırmamıza katkınız için teşekkür ederim.

- 1) Yaşınız
 - 2) Cinsiyetiniz Kadın () Erkek ()
 - 3) Eğitim Düzeyiniz :.....
 - 4) Medeni Durumunuz Evli () Bekar () Dul ()
 - 5) Mesleğiniz:
 - 6) Alerjiniz:.....
 - 7) Şu anda bir iş yerinde çalışma durumunuz Evet () Hayır ()
 - 8) Cevabınız **Hayır** ise nedeni
 - 9) Ekonomik Durumunuz: İyi () Orta () Kötü ()
 - 10) Sosyal Güvenceniz: Var () Yok ()
 - 11) Sigara kullanımı Kullanıyor () Bırakmış () Hiç kullanmamış ()
 - 12) Şu anda sigara kullanıyorsanız paket,.....yıl
 - 13) Sigarayı bıraktıysanız.....paket,.....yıl kullandınız.
 - 14) Isınma şekliniz :.....
 - 15) Diğer Hastalıklarınız.....
 - 16) İlave hastalıklar nedeniyle tedavi görüyor musunuz? Evet () Hayır ()
- Sağlık Durumu**
- 17) Hastalık Süreniz:
 - 18) Hastalık (KOA) nedeniyle kullandığınız ilaçlar: (Adı- Dozu- Ne kadar süredir kullanıldığı belirtilecek).....
 - 19) İlaçları kullanım şekliniz: Düzenli () Şikayetler olduğu zaman ()
 - 20) Evde oksijen kullanım durumunuz: Evet () Hayır ()
 - 21) Evde oksijen kullanıyor iseniz kaç saat/gün kullanıyorsunuz?.....
 - 22) Daha önce hastalığınız nedeniyle hastanede yatma deneyiminiz oldu mu?
Evet () Hayır ()
 - 23) 6 ay içinde hastalığınız nedeniyle acil servise başvurunuz oldu mu? Evet () Hayır ()
 - 24) Son 6 ay içinde hastalığınız nedeniyle işe gidemediğiniz günler oldu mu?
Evet () Hayır ()
 - 25) Cevabınız Evet ise kaç gün:.....

EK 2: KOAH Değerlendirme Testi [COPD Assessment Test (CAT)]

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

EK 3: KOAH Öz-Etkililik Ölçeği

KOAH ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ						
Aşağıda belirtilen durumlarda nefes darlığı ile başetmede veya nefes darlığını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?						
		Güvenmiyorum	Çok Az Güveniyorum	Biraz Güveniyorum	Oldukça Güveniyorum	Çok Güveniyorum
1	Çok yorgun olduğumda	1	2	3	4	5
2	Hava nemli olduğunda	1	2	3	4	5
3	Ilık bir ortamdan soğuk bir ortama çıktığımda	1	2	3	4	5
4	Üzüldüğümde	1	2	3	4	5
5	Merdivenleri çok hızlı çıktığımda	1	2	3	4	5
6	Solunum güçlüğü çektiğimi inkar ettiğimde	1	2	3	4	5
7	Sigara içilen ortamlarda bulunduğumda	1	2	3	4	5
8	Kızdığımda	1	2	3	4	5
9	Egzersiz yaptığımda yada kendimi bedenen zorladığımda	1	2	3	4	5
10	Yaşamım konusunda endişelendiğimde	1	2	3	4	5
11	Cinsel iktidarsızlık hissettiğimde	1	2	3	4	5
12	Hayal kırıklığına uğradığımda	1	2	3	4	5
13	Ağır bir şey kaldırdığımda	1	2	3	4	5
14	Biri benden uzaklaştığında	1	2	3	4	5
15	Bağırdığımda yada çılgılık attığımda	1	2	3	4	5
16	Yatağa yattığımda	1	2	3	4	5
17	Çok sıcak ve çok soğuk bir ortamda bulunduğumda	1	2	3	4	5
18	Çok fazla güldüğümde	1	2	3	4	5
19	Perhize uymadığımda	1	2	3	4	5
20	Çaresiz olduğumda	1	2	3	4	5
21	Alkol aldığımda	1	2	3	4	5
22	Enfeksiyon / bulaşıcı hastalığım olduğunda (boğaz enfeksiyonu, sinüzit, soğuk algınlığı, nezle, v.s)	1	2	3	4	5
23	Herkesten ve her şeyden uzaklaştığımda	1	2	3	4	5
24	Endişeli olduğumda	1	2	3	4	5
25	Kirli havalarda	1	2	3	4	5
26	Fazla yemek yediğimde	1	2	3	4	5
27	Bitkin düştüğümde yada bunaldığımda	1	2	3	4	5
28	Normal soluk alıp veremediğimde	1	2	3	4	5
29	Havasız bir odada hareket yaptığımda	1	2	3	4	5
30	Korktuğumda	1	2	3	4	5
31	Değerli bir şeyi ya da sevdiğim birini kaybettiğimde	1	2	3	4	5
32	Evde bir sorun olduğunda	1	2	3	4	5
33	Yetersizlik hissettiğimde	1	2	3	4	5
34	Acele ettiğimde yada telaşlandığımda	1	2	3	4	5

EK 4: Bakım Verici Birey İçin Kişisel Bilgi Formu

- 1) Yaşınız.....
- 2) Yakınlık dereceniz.....
- 3) Yaşadığınız yer İl () İlçe () Köy ()
- 4) Yaşadığınız yerde hastanızla birlikte mi kalıyorsunuz? Evet () Hayır ()
- 5) Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
- 6) Birlikte yaşadığınız kişiler: Yalnız () Çocuklarıyla () Eşiyle ()
- 7) Medeni durumunuz Evli () Bekar () Boşanmış/Dul ()
- 8) Çocuk sayınız
- 9) Eğitim durumunuz
- 10) Mesleğiniz.....
- 11) Çalışma durumunuz Evet () Hayır ()
- 12) Cevabınız hayır ise nedeni.....
- 13) Sosyal güvenceniz var mı? Evet () Hayır ()
- 14) Sigara kullanıyor musunuz? Evet () Hayır ()
- 15) Herhangi bir hastalığınız var mı? Evet () Hayır ()
- 16) Ekonomik durumunuz İyi () Orta () Kötü ()
- 17) Hastanız evde oksijen tedavisi alıyor mu ? Evet () Hayır ()
- 18) Oksijen tedavisi için eğitim aldınız mı? Evet ise kimden aldınız? Evet () Hayır ()
- 19) Öz bakım yeteneği: (0:bağımsız, 1:yardımcı araçlarla, 2: başkalarının yardımı ile, 3:başka kişinin ve araçların yardımı ile, 4:tamamen bağımlı)

	0	1	2	3	4
Yeme-içme					
Banyo-yıkama					
Giyinme-çeki düzen					
Tuvalete girme					
Yürüme –gezinme					
Merdiven çıkma					
Alışveriş yapma					
Yemek pişirme					
Evin bakımı					

- 20) Hastalık ve tedavi süresince ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında herhangi bir bilgi ya da eğitim aldınız mı? Evet () Hayır ()

21) Cevabınız evet ise kimden bilgi aldınız? Doktor () hemşire () kitap/internet () diğer()...

22) Hastanıza bakım sürecinde en fazla hangi yönden destek oluyorsunuz?

Psikolojik () Fiziksel() Maddi() Diğer ().....

23) Hastanızın bakımında size yardımcı bireyler var mı? Cevabını evet ise yakınlık derecesini belirtiniz. Evet ()..... Hayır()



EK 5: Bakım Verme Yüğü Ölçeği

Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1.Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

2.Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

3.Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

4.Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

5.Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

6.Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

7.Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

8.Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

9.Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

10.Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

11.Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

12.Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

13.Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

14.Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

15.Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

16.Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

17.Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

18.Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

19.Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

20.Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

21.Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

22.Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

EK 6. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu

I.Araştırmayla İlgili Bilgi Verilmesi;

Sayın Katılımcı;

Bu araştırmanın amacı; **KOAH'lı Hastalarda Öz Etkililiğin, Bakım Verenlerin Yükü ile İlişisini incelemek, KOAH'lı bireyin öz-etkililiği iyileştirilirse bakım verenlerin yükünün azalabileceğini belirlemek amacı ile planlanmıştır.** Öncelikle size uygulanacak bazı kişisel bilgiler içeren anket, CAT ölçeği, KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve size bakım verene uygulanacak bazı kişisel bilgiler içeren anket ve Bakım Verme Yükü Ölçeği ile duygu ve düşüncelerinizi değerlendireceğimiz sorular yüz yüze görüşülerek sorulacaktır. Bu çalışmanın sonucunda öz etkililiğin, bakım verenlerin yükü ile ilişkisi belirlenecek ve öz etkililik iyileştirilirse bakım verenin yükü azalacaktır. Size vereceğimiz anketteki soruları cevaplayıp cevaplamama konusunda tamamen özgürsünüz.

II. Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgi Verilmesi

Araştırmaya katılanlar için gönüllülük esastır. Katılma reddedildiği takdirde hiçbir zorlama ya da baskı yapılmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra istediğiniz zaman çalışmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ya da size ödeme yapılmayacaktır. Bu süreçte bizimle paylaştığınız tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma sonucu ile ilgili bilgi edinme hakkına sahipsiniz.

III: Katılımcının Beyanı

Sayın Doç. Dr. Neriman ZENGİN, Semiha KAR, tarafından Bayrampaşa Devlet Hastanesi'nde KOAH tanılı hastalar ve bu hastalara bakım veren kişiler üzerinde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, çalışma hayatıma herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllü Onay Formu

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı- soyadı, İmzası, Görevi

EK 7: Etik Kurul Onayı



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

SAYI : 146

KONU: Etik Kurul İzni

24.05.2017

Sayın; Semiha KAR

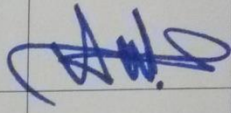
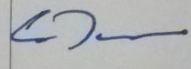
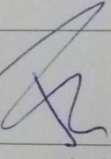
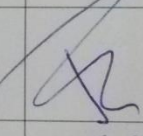
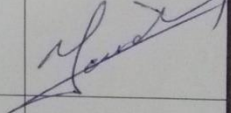
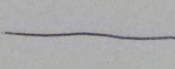
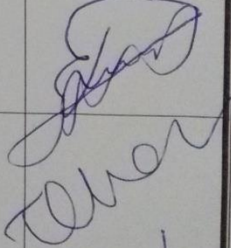
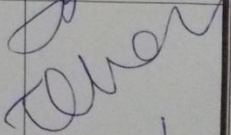
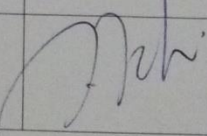
Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, Doç. Dr. Neriman ZENGİN'in danışmanlığında** KOAH'lı Hastalarda Öz Etkililiğin, Bakım Verenlerin Yüğü ile İlişkisi isimli araştırma kurulumuzun 24.05.2017 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

EK.Etik Kurul Kararı

Sütlüce Mah. İmrahor Cad. No:82 Beyoğlu- İSTANBUL
Tel: 0212 924 24 44/2704 Faks: 0212 343 08 78
etikkurul@halic.edu.tr İnternet:www.halic

	TC HALIÇ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		Yayın Tarihi :10.12.2015 Revizyon Tarihi :25.01.2016 Revizyon No : 01 Sayfa No : 1 / 1		
	KARARLAR				
Tarih: 24 Mayıs 2017 Toplantı Sayısı:05	Karar No :08 Semiha KAR'ın Doç. Dr. Neriman ZENGİN'in danışmanlığında " KOAH'lı Hastalarda Öz Etkililiğin, Bakım Verenlerin Yüğü ile İlişkisi " konulu çalışması incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.				
ÜYELER					
Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof. Dr. Abdurrahman EREN (Başkan)	Hukuk	Haliç Üniversitesi Rektör Vekili	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Prof. Dr. Güneş YAVUZER	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Prof. Dr. Kut SARPİYENER	Antrenörlük	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Prof. Dr. Filiz AÇKURT	Beslenme ve Diyetetik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Prof. Dr. Feridun VURAL	Tıp Fakültesi	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Doç. Dr. Burcu IRMAK YAZICIOĞLU	Moleküler Biyoloji ve Genetik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Moleküler Biyoloji ve Genetik Bölümü	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Yrd. Doç. Dr. Leman KUTLU (Yürütücü Sekreter)	Ebelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Yrd. Doç. Dr. İlhan ODABAŞ	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Yrd. Doç. Dr. Atilla TEKİN	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
ETKU:10					

EK 8: Araştırma İzni Onayı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İstanbul İli Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İstanbul Bayrampaşa Devlet Hastanesi

İSTANBUL BAYRAMPAŞA DEVLET HASTANESİ -
İSTANBUL BAYRAMPAŞA DEVLET HASTANESİ
06/07/2017 14:16 - 48270730 - 604.02 - E.3515



00048522448

Sayı : 48270730/604.02
Konu : Araştırma İzni (Semiha KAR)

İSTANBUL İLİ FATİH BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİNE

İlgi : 05/07/2017 tarihli ve 70794255-604.02-9155 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazı ile tarafımıza bildirilen, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Semiha KAR'ın, Doç.Dr.Neriman ZENGİN danışmanlığında yürüteceği "**KOAH'lı Hastalarda Öz Etkililiğin, Bakım Verenlerin Yükü İle İlişkisi**" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Hastanemiz bünyesinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr.Mustafa N. NAMLI
Hastane Yöneticisi

EĞİTİM VE AR-

Faks No:2125443594

e-Posta:serife.gursoy1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: BAYRAMPAŞA DEVLET
HASTANESİ

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8a13516f-1cf5-4ac7-aea7-ab7b4b33ee7c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:ŞERİFE GÜRSOY

Unvan:ACİL TIP TEKNİSYENİ

Telefon No:0(212)5676774-5017

EK 9: KOAH Değerlendirme Testi (CAT) Kullanım İzni

Arzu Yorgancioglu <arzuyo@hotmail.com>

Alıcı: bana

Elbette

Sevgilerimle

Arzu Yorgancıoğlu

From: Semiha kar <semiha3334@gmail.com>

Sent: Thursday, November 30, 2017 4:59 PM

To: arzuyo@hotmail.com

Subject: cat ölçeği izin talebi

EK 10: Öz-Etkililik Ölçeği Kullanım İzni

Mağfiret Kara <magfiret@atauni.edu.tr>
Alıcı: bana

Sevgili Semiha,

"KOAİ Öz-etkililik Ölçeği" ne ilğinden dolayı teşekkür ederim. Ölçeği çalışmada kullanmandan dolayı memnun olurum.

Kolay gelsin!

Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

Kimden: "Semiha kar" <semiha3334@gmail.com>

Kime: "magfiret" <magfiret@atauni.edu.tr>

Gönderilenler: 20 Aralık Çarşamba 2017 17:40:59

Konu: Koah özetkililik izin talebi

Ek 11: Bakım Verenlerin Yüğü Ölçeği Kullanım İzni

Gönderen: "FADİME HATİCE İNCİ" <hemel@pau.edu.tr>

Tarih: 8 Ara 2017 09:15

Konu: Re: BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Alıcı: <semiha3334@gmail.com>

Cc:

Sayın Kar,

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Bakım Verme Yüğü Ölçeği'ni" kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti. teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz. kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

İnci F.H. , & Erdem M. (2008). Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 85-95

Yrd. Doç. Dr. Fadime Hatice İNCİ

Yrd Doç. Dr. Müyesser ERDEM

Yrd. Doç. Dr. Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakóltesi
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.
Denizli

11) ÖZGEÇMİŞ

1. Adı Soyadı: Semiha KAR
2. Doğum Tarihi: 27/01/1987
3. Unvanı: HEMŞİRE
4. Öğrenim Durumu: LİSANS

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Gazi Üniversitesi Kastamonu SYO	2005-2009
Y. Lisans	İç hastalıkları hemşireliği	Haliç üniversitesi	2016-

Sempozyum:

- 1: Tüberkülozda yetkin hemşirelik ve etkin çalışma ortamı, İstanbul (2014)
- 2: Nörolojik hastalıklar bilinçlendirme sempozyumu, İstanbul (2014)