T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI

NAGİHAN EROĞLU

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN, HASTA YAKINLARININ BAKIM YÜKÜNE ETKİSİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Hatice Dilek DOĞAN

İSTANBUL, Eylül 2022

CamScanner ile tarandı

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI

NAGİHAN EROĞLU

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN, HASTA YAKINLARININ BAKIM YÜKÜNE ETKİSİ

DANIŞMAN
DR. Öğr. Üyesi Hatice Dilek DOĞAN

İSTANBUL, Eylül 2022

CamScanner ile tarandı

ÖNSÖZ

Tezim tüm aşamalarında bilgi ve deneyimleriyle yanımda olan, beni cesaretlendiren ve özverili yaklaşımıyla yolumu aydınlatan kıymetli Danışman Hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi HATİCE DİLEK DOĞAN' a,

Çalışmalarımı sürdürürken yardımlarını esirgemeden sunan iş arkadaşlarıma,

Güç bir süreçte çalışmaya dâhil olmayı kabul eden ve yaşadıklarını bütün gerçekliği ile paylaşan hastalara ve bakım verenlere,

Bana her konuda güvenen ve beni büyük bir özveri ile yetiştiren annem Sara Kızıltaş, babam Recep Kızıltaş ve halam Zeliha Kızıltaş'a,

Lisansüstü eğitimimle tezimi yazdığım süre boyunca varlığını mutluluk duyarak hissettiğim ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen,

Kıymetli eşim Oğuzhan'a,

Tezimi yazarken yaşamıma dâhil olan canım kızım Eda İpek'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

NAGİHAN EROĞLU

CamScanner ile tarandı

ÖZET

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN, HASTA YAKINLARININ BAKIM YÜKÜNE ETKİSİ

Bu çalışma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerde sağlık okuryazarlık düzeyinin, hasta yakınlarının bakım yüküne etkisinin belirlenmesi amacı ile kesitsel bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın örneklemini, Kocaeli Darıca Farabi Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniğine kayıtlı KOAH tanısı olan 203 hasta ve bu bireylere bakım veren 203 hasta yakını oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, KOAH'lı bireyler için "KOAH Hasta Bilgi Formu" ve KOAH Sağlık Okuryazarlık Ölçeği "KOAH SOY BDÖ", bakım veren bireylere ise; "Bakım Verici Tanıtım Formu" ve "Zarit Bakım Yükü Ölçeği" kullanılmıştır. Veri toplama araçları her iki gruba yüz yüze görüşme tekniği ile aynı anda uygulanmıştır. Veriler, IBM SPSS 24.0 versiyon istatistik programında analiz edilmiş ve %95 güven aralığı, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirmeye alınmıştır.

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastası olan bireylerin KOAH sağlık okuryazarlık düzeyi puan ortalaması 39,08±13,21 olarak "düşük düzey" bulunmuştur. KOAH SOY bilgi puanının yaş, cinsiyet, hastanın medeni durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, meslek, ekonomik durum, hastanın eğitim düzeyi, son 6 ay içinde hastanede yatma, son 6 ay içinde hastanın işe gidememesi ve sigara kullanma durumuna göre anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bakım verenlerin %76,8'inin kadın olduğu görülmüş ve bakım verenlerin Zarit Bakım Yükü Ölçeği puan ortalamaları 39,21±15,19 olarak "orta düzey" olarak bakım yükü saptanmıştır. Bakım yükü; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, hasta ile birlikte yaşama durumu, 24 saatteki ortalama bakım süresi, bakım veren kişi dışında bakıma katılan bireyin varlığı, bakım veren bireylerden alınan destek düzeyi, hastaya bakma nedeni, bakım verenin çalışma durumundan etkilendiği ve farklılık gösterdiği belirtilmiştir ($p<0.05$). Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmada, hastaların Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalaması arttıkça bakım yükünün 0,18 kat arttığı görülmüştür. Araştırma sonucuna göre; Kronik Obstrüktif Akciğer Hastası olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin yükseltilmesi hedeflenmelidir. Araştırmada bakım verenlerin çoğunluğunun kadınlar olduğu belirlenmiştir, bu nedenle kadınların sadece bakım yükü değil; fizyolojik ve sosyal yönden de desteklenmeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Sağlık okuryazarlığı, Bakım yükü.

CamScanner ile tarandı

ABSTRACT

THE HEALTH LITERACY LEVEL OF INDIVIDUALS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE HAS AN IMPACT ON THE CARE BURDEN OF THEIR PATIENT'S RELATIVES

This study was done as a sectional study to examine the level of health literacy in individuals with Chronic Obstructive Lung Disease (COPD) and the relation of patient relatives to the burden of care. The sample of the study was 203 patients with COPD diagnosis registered to Kocaeli Darica Farabi Training Research Hospital Chest Diseases Clinic and 203 patients who provided care for these individuals. As a data collection tool, "Information Form" and "COPD INERT Knowledge Level Scale" were used for COPD individuals. The maintenance people were given "Information Form" and "Zarit Caregiver Burden Scale" (ZCBS). Data collection tools were applied to both groups at the same time, resulting in face-to-face discussion technique. The data was analyzed in the IBM SPSS 24.0 version statistical program. The data has been evaluated in the 95% confidence range and evaluated at the $p<0.05$ level of meaning.

The COPD health literacy level score average for individuals with chronic Obstructive Lung patients was found to be less than 39.08 ± 13.21. COPD INERT information score age, gender, patient marital status, working status, where she lives, it has been determined that there is a significant difference in occupational status, economic status, patient education level, hospitalization in the last 6 months, patient inability to go to work within the last 6 months, and in the case of smoking ($p<0.05$). 76.8% of maintenance providers have been seen as women and the average rating of the Zarit Caregiver Burden Scale of maintenance providers has been found to have a moderate maintenance load of 39.21±15.19. It has been stated that the maintenance load is gender, marital status, education status, number of children, living with the patient, average maintenance time of 24 hours, presence of a non-maintenance attending, support level from care-giving individuals, reason for looking at the patient is affected and varies ($p<0.05$). It has been found that there is a statistically significant relationship between health literacy levels and maintenance load of patients $p<0.05$. The relationship between the GPA of Zarit maintenance load and the Kronic Obstructive Lung disease information scale has been reviewed and the health literacy scale has increased by 0.18 times the maintenance load as the point average increases. According to the results of this study, it should be aimed at increasing the health literacy level of individuals with a Chronic Obstructive Lung Patient. In

CamScanner ile tarandı

the research, it was determined that the majority of caregivers were women. for this reason; it is not just the care burden of women; ıt is recommended that, they be supported physiologically, and socially.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Health literacy, Burden care.

CamScanner ile tarandı

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

NAGİHAN EROĞLU

CamScanner ile tarandı

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖNSÖZ……..…….3

ÖZET ……...…….....4

ABSTRACT……...5

BEYAN ……7

İÇİNDEKİLER ……....8

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ……...……...……..11

TABLOLAR LİSTESİ ……..……..12

GİRİŞ 14

GENEL BİLGİLER 17

2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)……...……..17

2.1.1. Epidemiyoloji 17

2.1.2. Risk Faktörleri 18

2.1.2.1.Genetik Faktörler ……..……18

2.1.2.2.Yaş ve Cinsiyet……..……..18

2.1.2.3.Akciğer Büyüme ve Gelişmesi……....19

2.1.2.4.Enfeksiyonlar…… 19

2.1.2.5.Partiküllere Maruziyet……20

2.1.2.6.Sigara ve Tütün Mamulleri Kullanımı……20

2.1.2.7.Sosyoekonomik Durum……...……21

2.1.3. KOAH Tanı ve Değerlendirme ..... ……..... 21

2.1.4. KOAH'da Tedavi ..... ……..23

2.1.5. KOAH'lı Hastalarda Hemşirelik Bakımı. ……..... 24

CamScanner ile tarandı

2.2. Sağlık Okuryazarlığı……25

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Kategorileri ve Kapsamı……26

2.2.2.Sağlık Okuryazarlığının Önemi……27

2.2.3.Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri……27

2.2.3.1.İşlevsel (Fonksiyonel) Sağlık Okuryazarlığı……28

2.2.3.2.Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı……28

2.2.3.3.Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı……28

2.2.4. Sağlık Okuryazarlığı Seviyesinin Düşük Olması Durumunda Toplumda Ortaya Çıkan Sağlık Sorunları ……28

2.2.5.Dünyada ve Türkiye 'De Sağlık Okuryazarlığı……29

2.3.Bakım Verme ve Bakım Yükü……30

2.3.1.Tanım……30

2.3.1.1.Formal Bakım Verme……30

2.3.1.2. İnformal Bakım Verme……30

2.3.2.Bakım Verme Yükünü Oluşturan Etmenler……31

2.3.2.1.Objektif Yük……31

2.3.2.2.Subjektif Yük……32

2.3.3.KOAH Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Yaşadığı Sorunlar……32

GEREÇ VE YÖNTEM……34

3.1 Araştırmanın Tipi……34

3.2.Araştırmanın Soruları……34

3.3Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman……34

3.4.Evren, Örneklem Yöntemi ve Sayısı ……35

3.5.Araştırmaya Kabul Edilme Kriterleri……35

3.6. Veri Toplama Araçları……36

3.7.Araştırmanın Değişkenleri……38

3.7.1.Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri……38

CamScanner ile tarandı

3.7.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri……..38
3.8. Verilerin Toplanması……38
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi……39
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları……39
3.11. Araştırmanın Etik İlkeleri……39
BULGULAR……41
TARTIŞMA……62
SONUÇLAR……80
ÖNERİLER……82
KAYNAKLAR……84
EKLER ……94
ÖZGEÇMİŞ……110

CamScanner ile tarandı

SİMGELER VE KISALTMALAR

ATT	Antitripsin
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BOLD	Burden of Lung Disease [Akciğer Hastalığının Yükü]
DALY	Disability Adjusted Life Years [Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları]
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FEV1	Forced Expiratory Volume [Birinci Saniyedeki Zorlu Ekspiratuvar Volüm]
FVC	Forced Vital Capacity [Zorlu Vital Kapasite]
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Küresel Girişim]
IOM	Institue of Medicine [Amerikan Tıp Enstitüsü]
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MAKS	Maksimum
MİN	Minimum
n	Örneklem Sayısı
NIV	Noninvaziv Mekanik Ventilasyon
SFT	Solunum Fonksiyon Testi
SS	Standart Sapma
SOY	Sağlık Okuryazarlığı
TDK	Türk Dil Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	United Nations Educational Scientific and Cultural Organization [Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu]
WHO	World Health Organization [Dünya Sağlık Örgütü]

CamScanner ile tarandı

TABLOLAR DİZİNİ

SAYFA NO

Tablo 1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı……**.....41**

Tablo 2: Hastaların Genel Sağlık Durumlarına Göre Dağılımlar……**.....42**

Tablo 3: Hastaların KOAH Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Cevapları……**.....44**

Tablo 4: KOAH Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Puanı ……**45**

Tablo 5: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre, KOAH Bilgi Puanı Ortalamalarının Dağılımı……**.....45**

Tablo 6: Hastaların Sağlık Durumu Özelliklere Göre, KOAH Bilgi Puanı Ortalamalarının Dağılımı……**.....47**

Tablo 7: KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Puanı Ortalamaları İçin Regresyon Analizi Sonuçları……**.....49**

Tablo 8: Hastaya Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı……**.....50**

Tablo 9: Bakım Veren Bireylerin Verdikleri Bakımın Özelliklerine Göre Dağılımı……**51**

Tablo 10: Hastaya Bakım Veren Bireylerin, Fiziksel, Psikolojik Ve Sosyal Değişimlere Göre Dağılımları……**...53**

Tablo 11: Zarit Bakım Yükü Ölçeğinin Kategorik Sınıflaması ……**54**

Tablo 12: Bakım Sosyo-Demografik Özelliklere Göre, Zarit Bakım Yükü Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması……**.54**

Tablo 13: Bakım Verenin Bakım Verdiği Hasta le İlgili Özellikleri Göre, Zarit Bakım Yükü Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması ……**.....56**

Tablo 14: Zarit Bakım Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları İçin Regresyon Analizi Sonuçları……**..59**

CamScanner ile tarandı

Tablo 15: Zarit Bakım Yükü Puanı İle KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Puanı Arasındaki İlişki… **.....60**

Tablo 16: Zarit Bakım Yükü Ölçeği Puan Ortalamasına Etki Eden Faktörler İçin Regresyon Analizi Sonuçları…… **.....60**

CamScanner ile tarandı

GİRİŞ

"Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), zararlı partiküllere ya da gazlara ciddi şekilde maruz kalma sonucu, havayolu ya da alveoller inflamasyon düzeyinde gerçekleşen, kalıcı hava akımı kısıtlanması ve solunumsal semptomlar ile karakterize, yaygın, engellenebilen ve tedavisi yapılabilen kronik ancak irreversibl bir akciğer hastalığıdır (Global Initiative for Choronic Lung Disease; GOLD, 2017; Vogelmeier vd., 2017). Dünya Sağlık Orgütü (DSO) 2015 verileri çerçevesinde ölüm sebepleri arasında 4. sırada yer almaktadır (WHO, 2017). Tüm dünyada 2020 yılında görülen 68 milyon olan ölümün, 4,7 milyonunun KOAH kaynaklı olduğu öngörülmüştür (Mathers and Loncar, 2006; Türk Toraks Derneği KOAH Koruma Tanı ve Tedavi Raporu, 2014). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ile ilgili ölüm oranlarındaki artışa en fazla sigara içme ve yaşlanma yol açmaktadır (GOLD, 2018; Sherry vd., 2015).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı nedeniyle ortaya çıkan sağlık sorunları, işgücü kayıpları ve artan sağlık harcamalarının toplum üzerindeki sosyoekonomik yükü giderek artmaktadır (Tatlıcıoğlu, 2007). Önümüzdeki yıllarda hastalığa yakalanma ve ölüm oranlarında daha fazla artma beklenen KOAH'ın, direkt (teşhis/tedavi masrafları) ve endirekt maliyetlerinde (sakatlıktan dolayı oluşan iktisadi neticeler, iş gücündeki kayıplar, erken ölüm, hastalıktan dolayı oluşan ailevi harcamalar) yüksek değerler görüleceği düşünülmektedir. Hastalığın global iktisadi maliyetinin 2.1 trilyon dolar olduğu ve 2030 yılına kadar söz konusu maliyetin iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir (Bloom ve ark., 2011).

Sağlık okuryazarlığı (SOY), bireylerin, sağlıkla ilgili uygun kararlar alması için gerekli olan temel sağlık bilgisini ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesidir. Pek çok sağlık sorununun temelinde zayıf öz yönetim ve düşük sağlık okuryazarlığının var olduğu, hastaların öz yönetimlerinin harekete geçirilmesinde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016). Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı, sağlık broşürlerini okumak ve hastane randevusu alabilmekten daha fazlasını ifade etmektedir. Yapılan bazı araştırmalarda, kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin yükseltilmesi ile hastalık yönetim başarılarının arttığına yönelik önemli bilimsel sonuçlar elde edilmiştir (Pleasant ve Kuruvilla, 2008).

Sağlık uzmanlarına göre hastalık yönetimi, hastalığın tedavisinden ziyade, hastaya öz yönetim yoluyla ilgili bazı beceriler kazandıran farklı öğretim yöntemlerinin kuvvetlendirilmesini içermektedir (Bourbeau & Palen, 2009). Etkili bir hastalık yönetimi ile

CamScanner ile tarandı

hastalık belirtilerinin, acil servise başvuruların, hastaneye yatışların azalması ve hastaneye olan bağımlılığın önlenmesi sonucu hayat kalitesinin artması sağlanabilmektedir (Taylor ve ark., 2005). Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi KOAH 'da da hastalığın kontrolü yoluyla hastalık yönetim programlarının önemi gün geçtikçe artmıştır (Adams vd.,2007). Hastalık yönetiminin yanlış yapılması ya da uygulamada yapılan eksiklikler KOAH hastalarının iyilik halini kısıtlamaktadır. Bu durumun neticesinde ise, KOAH'lı kişiler günlük işlerini yapmaktan daha çok kaçınmakta ve bağımlılık seviyeleri gün geçtikçe artmaktadır (Çil, Akıncı ve Pınar, 2011). Sonuç olarak, KOAH'lı bireyler gündelik hayat etkinliklerinde bakım veren bir kişinin desteğine daha çok ihtiyaç duymaktadırlar (Tel Aydın vd. 2012). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastaları solunum güçlüğü, yorgunluk, ağızda oluşan lezyonlar, aktivite intoleransı, öz bakımda yetersizliği gibi sorunlar yaşamaktadırlar. Hasta evindeki ihtiyaçlarını da gideremediğinden ev işleri, alışveriş, beslenme, giyinme, banyo, ağız bakımı, oksijen ve nebül tedavileri, ilaçların düzenli kullanımı da aile bireylerinin sorumluluğu olmakta ve aile bireyinden beklenmektedir. Aile bireyleri kendi doğal sorumluluklarının yanında KOAH'lı hastanın sorumluluğunu da almak zorunda kalmaktadırlar (Kocabaş vd., 2014).

Hasta yakınları hastaya vakit ayırmak zorunda olduklarından işini bırakmak zorunda kalabilmekte; bu nedenle maddi güçlüklerle de karşı karşıya kalabilmektedirler. Bunun yanında arkadaşları ile sosyal ilişkileri de azalmakta, kendilerine zaman ayırmaları güçleşmektedir. Sonuçta sosyal izolasyon ve psikolojik sorunlar da yaşanabilmektedir. Solunum güçlüğü çeken birey, hem gece hem de gündüz ihtiyaçlarını karşılayacak ve bakım verecek bir bireye gereksinim duymaktadır. Bu nedenle hasta yakını kendi ailesini de istemeden ihmal etmek durumunda kalabilmektedir. Hastaya pozisyon verme ve banyo yaptırma gibi fiziksel güç gerektiren girişimler bakım verenin de fiziksel yönden zorlanmasına neden olmaktadır. Hastanın gece nefes darlığı yaşaması hastaya bakım veren bireyde uyku sorunlarına yol açmaktadır. Bunun sonucunda hasta yakını fiziksel ve ruhsal problemlerle karşı karşıya kalmakta ve sosyal yaşamı olumsuz etkilenmektedir. Bu nedenle KOAH da bakım yükünün değerlendirilmesi, aile bireylerinin yaşadıkları güçlükleri ve başetme yollarını göstermesi bakımından önemlidir. Uzun süreli bakım verme durumu bakım veren bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bakım verenin deneyimlediği yük, fiziki sağlıkta azalma, tükenmişlik, depresyon, anksiyeteyle ekonomik zorluklar vb. gibi sonuçları beraberinde getirmektedir (Yeşil ve ark. 2016). Uyan'ın araştırmasında da bakım verenlerin %48,4'ünün sağlık problemleri bulunduğu belirlenmiştir (Uyan 2019).

CamScanner ile tarandı

Literatürde, farklı kronik hastalıklarda ve KOAH'da hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri incelenmiş olmakla birlikte; KOAH' da sağlık okuryazarlığı ve bakım yükü ilişkisini içeren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, KOAH'lı bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri, KOAH'lı hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve bakım yükünü etkileyen faktörlerinin belirlenmesi yanında; sağlık okuryazarlık düzeyinin hasta yakınlarının bakım yüküne etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmanın KOAH hastalarında sağlık okuryazarlığının önemini ve gerekliliğini vurgulaması, ayrıca bakım yüküne dikkat çekmesi açısından tıp ve hemşirelik literatürüne önemli katkı sağlayacağına inanılmaktadır.

CamScanner ile tarandı

GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Yenilenen GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) rehberine göre Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), bireysel ve çevresel risk faktörlerinin etkileşimi ve çoğunlukla birden fazla etkene maruziyet sonucu oluşan, kalıcı hava yolu kısıtlanması ve solunum ilişkili semptomların ortaya çıktığı, hastalığın şiddetini arttırabilecek belirgin akciğer dışı etkileri olan, yaygın, genellikle ilerleyici, alevlenmelerle seyreden engellenebilir ve tedavi edilebilir bir akciğer hastalığıdır (GOLD, 2014). KOAH'ın en fazla karşılaşılan akciğer dışı etkileri; kiloda azalma, beslenmede anormalliklerle iskelet kası işlev bozukluklarıdır. Buna ilaveten, KOAH'lı kişilerde miyokart enfarktüsü, angina pektoris, osteoporoz, solunum enfeksiyonları, kemik kırıkları, depresyon, diyabet, uyku sorunları, anemi, glokom ve akciğer kanseri sık görülmektedir (GOLD, 2018).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, genellikle yavaş ilerler ve bu nedenle hastalar erken evredeki belirtileri genel olarak sigara içmenin ya da yaşlılığın doğal sonucu şeklinde görebilmektedirler. Ancak ciddi belirtiler ve özellikle nefes darlığı çok belirginleşince kişiler hastaneye başvurmaktadırlar. Dolayısıyla erken evreden itibaren, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastaları'nda semptomların giderilmesi, sigaranın bırakılması, enfeksiyondan koruma, uzun süreli oksijen tedavisi ve nefes egzersizlerini de kapsayan bir bakım planının geliştirilmesi oldukça önemlidir (Kocabaş vd., 2014).

2.1.1. Epidemiyoloji

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, tüm dünyada öne çıkan en önemli akciğer hastalığı ve ölüm sebebidir. Yol açtığı büyük iktisadi ve toplumsal yük ise sürekli artmaktadır. "Global Hastalık Yükü Çalışması" çerçevesinde 2019 yılında dünya üzerinde 212 milyon KOAH'lı kişinin olduğu bildirilmiştir (Toraks, 2021). Yapılan araştırmalarda, gelişmiş devletlerde 40 yaş üzeri yetişkin bireylerde KOAH prevalansının %10-12 olduğu ifade edilmiştir. Bütün dünyada KOAH prevalansı coğrafi bölgeler çerçevesinde büyük değişiklikler göstermekle birlikte %3-21 arasında değişmektedir (Ruvuna ve Sold, 2020).

Küresel Hastalık Yükü (KHY) çalışmasının 2010 yılı verileri çerçevesinde, KOAH yılda 2.9 milyon ölüme yol açmaktadır. Bugün günümüz dünyasında üçüncü ölüm sebebi durumuna gelen KOAH'ın, bütün ölüm vakalarının da %5.5'inden sorumlu olduğu

CamScanner ile tarandı

düşünülmektedir (GOLD, 2016). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ayrıca erken ölümlere ve yüksek ölüm hızına da neden olmaktadır. Hastalığın teşhis ve tedavi masrafları, iktisadi neticeleri, yitirilen işgücü kaybı, genç ölümler ve aile harcamaları oldukça ciddi seviyelere ulaşmaktadır. Amerika'da solunum sistemi rahatsızlıklarında direkt maliyetin sağlık hizmeti bütçesinin %6'sını oluşturduğu ve bu durumun da %56'sının KOAH nedeniyle gerçekleştiği belirlenmiştir (Toraks 2021).

Türkiye İstatistik Kurumu verileri çerçevesinde 2017' de KOAH, bütün ölümler içerisinde 4. sıradadır (Başara, 2019, TÜİK, 2019). Ülkemizde ölüm sebeplerinin öngörülmesini hedefleyen bir araştırmada KOAH, Disability Adjusted Life Years (DALY) sebepleri içerisinde 8. sıradadır. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018'e göre ise, KOAH'ın ikincil DALY seviyesinin 2002-2017 yıllarında %41.81 arttığı, artışın erkek bireylerde %54.62, kadın bireylerdeyse %26.75 seviyesinde olduğu rapor edilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu 2019 verilerinde KOAH ile bronşektaziye dayalı ölüm vakalarının 23.457 olduğu (15.358 erkek, 8189 kadın) tespit edilmiştir (TÜİK, 2019).

2.1.2. Risk Faktörleri

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına kalıtsal ve çevresel etmenler sebep olmakla birlikte; birincil risk faktörü sigaradır.

2.1.2.1. Genetik Faktörler

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'na neden olan etmenler içinde hastalığın gelişimiyle alakalı pek çok gen üzerinde durulmuştur. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda Alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliği en öne çıkan kalıtsal risk etkenidir ve bu hastaların %1-2'sinde görülmektedir. Sigaranın eşlik etmesi halinde, Alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliği amfizemin gelişmesine dair riski artırmaktadır. TNF-alfa, MMP-9, alfa 1-antikimotripsin (SERPINA 3), glutatyon s-transferaz (GST), vitamin D bağlayan protein, mikrozomal epoxide hidrolaz (mEH) en fazla üzerinde durulan diğer genlerdir (Kocabaş vd., 2014).

2.1.2.2. Yaş ve Cinsiyet

Yaş, bu hastalıkla ilgili diğer bir risk etkenidir ancak, bireylerin yaşam boyu maruz kaldıkları çevresel faktörlerin birikimi sonucu mu, yoksa sadece yaşın mı etkisinin olduğu tam olarak bilinmemektedir. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın erkek cinsiyet hastalığı

CamScanner ile tarandı

olduğu biçimindeki tarihi düşünceye rağmen, son yirmi yılda prevalans ve ölüm oranları erkeklere göre kadınlarda daha çok artış göstermiştir. Söz konusu değişimin, toplumların son elli yıldaki sigara içme durumuna dayandırılmaktadır (Kocabaş vd.,2014). Gelirleri yüksek olan ülkelerde kadınlar arasında sigara kullanım oranının artışa geçmesi, gelirleri düşük ülkelerde ise kadınların şehir içi ortamlarda kirli çevre ile karşılaşmaları büyük risk olarak görülmektedir (Toraks, 2014).

Son yayımlanan ve 14 ülkede yapılmış olan toplumsal tabana sahip, Burden of Lung Disease (BOLD) Akciğer Hastalığı Yükü araştırmasında, hava akımı obstrüksiyonu belirlenen hastaların %28'inin hiç sigara içmeyen bireyler olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmada, orta-ağır KOAH'lı hiç sigara içmeyen kişilerin 2/3'ünün kadın olduğu belirlenmiştir. Daha önce sigara içmeyen KOAH'lı bireylerde en öne çıkan risk faktörlerinin ileri yaş, önceki astım teşhisi, işyerinde organik tozlarla karşılaşma, çocukluk döneminde şiddetli solunum sistemi enfeksiyonu öyküsü ve özellikle kadınlarda düşük öğrenim seviyesi olduğu raporlanmıştır (Measano, 2006).

2.1.2.3. Akciğer Büyüme ve Gelişimi

Akciğer büyümesi, hamilelik, doğum ve çocukluk dönemiyle ilgili bir prosestir. Söz konusu prosese etkide bulunan durumlar, akciğerlerin yeterince büyümesini negatif olarak etkileyen ve olması gereken en yüksek akciğer işlevi seviyesine ulaşmasına engel olan bu durumların, KOAH'ın gelişmesine yönelik risklere neden olmalarıdır (Woldmer.WM vd., 2007).

Gebelik ve çocukluk döneminde akciğer büyümesine etki eden bazı faktörler, KOAH'ın gelişimini artırma potansiyeli barındırmaktadır. Tuscon'nın çocuk solunum sistemiyle ilgili yaptığı çalışmasında, doğum esnasında düşük akciğer işlevine sahip olmanın KOAH'da risk etkeni olduğu ve KOAH'da koruma stratejilerinin fetal dönemden itibaren başlaması gerektiği ortaya konulmuştur (Kocabaş vd., 2014).

2.1.2.4. Enfeksiyonlar

Enfeksiyonlar KOAH belirtilerini arttırmaktadır ancak hastalığın gelişmesindeki etkileri çok net açıklanmamıştır. Daha önce tüberküloz geçirmiş olan bireylerin %26- 68'inde hava akımı tıkanıklığının oluştuğu, tüberkülozda hava akımı tıkanıklığı ile KOAH gelişim riskini 2-6 kat arttırdığı ifade edilmiştir. HIV enfeksiyonunun sigarayla ilgili amfizem

CamScanner ile tarandı

gelişmesini süratlendirdiği ortaya konulmuştur. Çocuklukta geçirilmiş olan solunum sistemi enfeksiyonlarının, erişkinlik döneminde akciğer işlevlerinde azalma ve solunumsal semptomlar ile ilgili olduğu ifade edilmiştir (Toraks 2017).

2.1.2.5. Partiküllere Maruz Kalma

İş yerinde organik ve inorganik tozlara, kimyevi ajanlar ve dumanlara maruz kalmak, KOAH'ın gelişmesi için öne çıkan risk etkenleridir. Amerikan Toraks Derneğince (ATS) yayımlanan bir raporda mesleksel maruz kalmanın KOAH gelişmesinde %10-20 civarında sorumluluk payının bulunduğu ifade edilmiştir. Madenle metal işçiliği, odun, kâğıt üretimi, çimento, tahıl ve tekstil işçiliği işyeri ortamındaki organik-inorganik toz ve dumana maruziyet KOAH'ın gelişmesine neden olmaktadır. Söz konusu iş kollarındaki bireyler sigara da içiyorsa hastalığın gelişme riskinin arttığı görülmektedir (İtil, Gürgün ve Elmas, 2019). Genel olarak toz ya da dumana maruz kalmanın KOAH'ın gelişmesinde etkili olduğu ortaya konulmuştur (GOLD, 2015).

Bütün dünyada hemen hemen 3 milyar insan ısınmak ya da yemek pişirmek için soba kullanmaktadırlar. Soba yanan evlerde odun, kömür ve tezek dumanına maruz kalınması, evin iyi havalandırılmaması evdeki iç ortamda hava kirliliğine neden olmaktadır. Iç ortamlardaki hava kirliliği, KOAH vakalarının hemen hemen %20'sinden sorumludur. Sigara kullanmayan kadın bireylerde, KOAH'ın oluşumu için bu ortamların ciddi önemli olduğu yapılan çalışmalar ile ortaya konulmuştur. Sadece iç ortam hava kirliliğinin değil dış ortamdaki hava kirliliğinin de KOAH dâhil solunum ve kalp rahatsızlıklarını ortaya çıkardığını ve kötü izlemesine neden oldukları bilinmektedir. Yoğun hava kirliliği bilhassa çocuklarda akciğer gelişimini negatif şekilde etkilemektedir. Bunun yanı sıra çocuklarda solunum yolu enfeksiyonlarını neden olarak, daha sonraki dönemlerde KOAH gelişme riskini artırmaktadır (Naycı, 2018).

2.1.2.6. Sigara ve Tütün Mamulleri Kullanımı

Sigara içmek KOAH'ın gelişmesinde en önemli risk etkenidir. Buna karşın sigara kullananların sadece %20'e yakınında klinik şekilde KOAH gelişmektedir. Sigara kullananlarda, kullanmayanlara nazaran solunumsal semptomlarla akciğer işlev anormallikleri daha yaygın oluşmaktadır. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastası olup sigara kullanmayı sürdüren kişilerde de KOAH, mortalite hızını artırmaktadır (İtil, Gürgün ve Elmas 2019). Sağlık

CamScanner ile tarandı

Bakanlığı tarafından 2000 yılında gerçekleştirilen "Ulusal Hastalık Yükü" araştırmasında, ülkemizde KOAH'ın gelişiminde sigaranın sorumluluğu %52 olarak ifade edilmiştir (Kocabaş vd., 2014).

Diğer tütün ürünlerinin kullanılması da KOAH gelişmesine yol açmaktadır. Son senelerde genç nüfusun arasında nargile kullanım oranı gittikçe fazlalaşmıştır. Tek bir nargilede tek bir sigara kullanmaktan on kat daha fazla duman solunmakta ve günlük on tane sigara kullanan kişiyle aynı oranda nikotin alınabilmektedir. Bunun yanı sıra nargile kömür ile yandığından, diğer zararlı kimyasal maddeleri de içermektedir (Kocabaş vd., 2014).

2.1.2.7. Sosyoekonomik Durum

Sosyoekonomik düzeyin düşük olması, bireyi KOAH'ın diğer risk etkenleri olan bilhassa sigara kullanma, beslenme, mesleki duruma dayalı iç-dış ortamdaki hava kirliliği gibi risk faktörlerine maruziyeti arttırdığı için yakından ilişkilidir. Nütrisyonel risk taramasında; ayaktan tedavi gören stabil KOAH hastalarında malnütrisyon riskinin yaygın olduğu saptanmıştır (Kondrup vd., 2003). Aynı zamanda malnütrisyonun hastaların dispne düzeylerini olumsuz etkilediği görülmüştür. Bu nedenle KOAH hastalarının polikliniklerde tedavisi planlanırken, hastaların beslenme durumlarının öncelikle değerlendirilmesi ve önlem alınması, hastalığın en ciddi semptomlarından olan nefes darlığının azalmasına da önemli katkı sağlayabileceği belirtilmektedir (Ogan 2020).

Çin'de gerçekleştirilen bir araştırmada, düşük eğitim düzeyiyle düşük hane halkı gelirlerinin KOAH risklerini artırdığı ifade edilmiştir. Yoksulluk nedeniyle eşitsizlik, sağlıkla ilgili hizmetlere erişimi de negatif etkilemektedir. Danimarka'da gerçekleştirilen bir araştırmada, KOAH teşhisi konmuş kişilerden bilhassa işsiz erkek bireylerin, geçen 18 ay içerisinde spirometreye daha az ulaşabildikleri ortaya konulmuştur. Bu ise tanı almış hasta sayısını daha az olarak göstermektedir. Bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşmalarında eşitliliğin sağlanması önemlidir; çünkü bu durum KOAH verilerinin güvenilirliğini etkilemektedir (Kocabaş vd., 2014).

2.1.3. KOAH Tanı ve Değerlendirme

Hastalık tanısında en fazla görülen belirtiler: öksürük, balgam ve dispnedir (GOLD, 2018).

CamScanner ile tarandı

- **Öksürük**: Kronik öksürük genel olarak KOAH'ın ilk belirtisidir, ancak hasta tarafından sigara ya da çevresel maruziyete dayalı olduğu düşünerek patolojik bir belirti şeklinde algılanmamaktadır. Önceleri öksürük aralıklıdır, sonra gün boyu süren ve her gün oluşan bir karakter alır. KOAH'ta kronik öksürük balgamlı ya da balgamsız olabilmektedir. Kimi vakalarda hava yolu obstrüksiyonu öksürük olmaksızın da gelişebilir (Toraks Dergisi, 2021).
- **Balgam çıkarma:** KOAH vakalarında hava akımı kısıtlamasıyla beraber balgam, genel olarak yapışkan, çıkarılması güç, mukoid özelliktedir. Hava akım kısıtlaması olmadan birbirini takip eden 2 sene ve bilhassa kışın 3 ay süren balgam çıkarmayla öksürüğün bulunması klinik şekilde "kronik bronşit" biçiminde tanımlanmaktadır (Naycı 2018). Balgam çıkartma yakınması KOAH vakalarında bronşektaziyi düşündürür. Pürülan balgam olması inflamatuar mediatörlerin artmasına dayalıdır ve bakteriyel enfeksiyonu gösterebilmektedir (Kocabaş, 2014).
- **Dispne:** KOAH'ın ana belirtisidir, kısıtlılığın en mühim nedenidir ve genel olarak anksiyete de hastalığa eşlik etmektedir. Hastalar dispneyi; nefes alırken zorluk, göğüsteki ağırlık, hava açlığı ya da nefes nefese kalmak biçiminde tanımlarlar (Miravitlles vd., 2014).
- **Diğer semptomlar:** KOAH hastalarında Wheezing ve göğüste sıkışma görülebilir. Göğüsteki sıkışma duygusu genel olarak efor sonrasıdır ve iyi lokalize edilememektedir. Ayak bileğinde ödem "korpulmonale" bulgusu olabilir. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde nefes darlığına bağlı olarak yorgunluk, güçsüzlük, kilo kaybı ve anoreksi görülebilir. Hastada aktivite kısıtlığı yanında, eve kapanma sonucu sosyal izolasyon, anksiyete ve depresyon da KOAH'ın sık karşılaşılan diğer problemleridir (Toraks, 2021).

Risk etkenlerine maruz kalma geçmişi olan kişilerde öksürük, balgam ve efor ile dispne varlığı ile KOAH teşhisi konulabilir. KOAH düşünülen hastada, bronkodilatatör sonrası FEV1/FVC<%70 olan hava akımı kısıtlanması ile KOAH tanısı doğrulanmaktadır (GOLD, 2014). Ülkemizde KOAH teşhis ve tedavisinde önemli problemler bulunmaktadır. Yanlış veya yetersiz teşhis ve birlikte aşırı tedavi çok yaygınlaşmıştır. (Toraks, 2021). Spirometri değerlerinin yanı sıra, fizik muayene bulgularının ve anamnez bilgilerinin de değerlendirilmesi önemlidir. Bu duruma ilaveten radyolojik tetkikler, arteriyel kan gazları, egzersiz testleri, hastadaki fiziksel etkiler ve laboratuvar değerlendirmeleri teşhis için gereklidir (GOLD, 2017).

CamScanner ile tarandı

2.1.4. KOAH'ın Tedavisi

Stabil KOAH tedavisinin en önemli hedefleri başlıca iki başlık altında toplanmıştır. Birincisi semptomları azaltmayı, egzersiz toleransını arttırmayı ve yaşam kalitesini düzeltmeyi hedefleyen "semptomları azaltma", ikincisi hastalığın progresyonunu ve alevlenmeleri önlemeyi, alevlenmelerin tedavisi ve mortalitenin azaltılmasını amaçlayan "riskleri azaltma" hedefidir (GOLD, 2021).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı sürecine etkide bulunan en önemli tedavi yöntemi sigarayı bırakmaktır. Bunun için yapılan nikotin replasman tedavileri ile nikotin sakızı, inhaler, nazal sprey, transdermal bant, sublingual tablet gibi ürünler kullanılarak vücuda nikotin replasmanı sağlanır. Nikotin replasmanı ile uzun vadeli sigara bırakma oranları %25'e çıkabilmektedir (GOLD, 2021).

GOLD 2021 raporunda, pnömokok aşılamasının KOAH'ın alevlenmesini azalttığı ve KOAH'lılarda pnömokok aşısının yararlarına ilişkin orta dereceli kanıt olduğu ifade edilmiştir. İnfluenza aşısı, hastaneye yatışı gerekli kılan alt solunum yolu enfeksiyonları vb. ciddi hastalıklarla ölümü KOAH'lılarda azaltabilmektedir (GOLD, 2021).

Günlük fiziksel aktivitenin teşviki KOAH hastaları için elzemdir. KOAH'lı vakalarda nefes darlığından dolayı sedanter hayat seçilmektedir, bu durum ise fiziki aktivitede azalmaya yol açmaktadır. Tüm KOAH'lı olgulara egzersiz yapmaları önerilmektedir. Bugün fiziki aktivitelerde artışın klinik bakımdan ne kadar manidar olduğu tam olarak belirlenmemişse de KOAH'lı hastalara gündelik etkinliklere ilaveten haftalık minimum 5 gün ve günde 30 dakikalık yürüyüş yapmaları önerilmektedir (TORAKS, 2018). Farmakolojik tedavideki amaç, belirtileri, alevlenmelerdeki sıklığı azaltarak hastaların sağlık durumuyla egzersiz toleransını artırmaktır. Bugüne kadar mevcut tedaviler içinde, belirgin birisinin KOAH'ta uzun vadedeki akciğer işlevi yitimini azalttığını ortaya koyan bir klinik araştırma yoktur (GOLD, 2021).

Bugüne kadar gerçekleştirilen araştırmalar çağımızda KOAH'ın sağaltımında kullanılan farmakolojik tedavilerin; dispnenin azalmasını sağladığı, egzersizdeki toleransı iyileştirdiği, alevlenmelerin azalmasını sağladığı ve hayat kalitesine olumlu etkilerde bulunduğu net olarak ortaya konulmuştur, ama tedavideki ilaçların hastalığın tabii seyriyle ölüm oranlarına nasıl etkide bulunduğu açık bir biçimde ortaya konmamıştır. KOAH'ta semptomatik tedavilerin özünü uzun etkili bronkodilatatörler teşkil etmektedir. Bugün tercih edilen bronkodilatatörler; antikolinerjikler, beta2-agonistler ve teofilin'dir. Sağaltımda inhalasyon kullanılmalıdır. Semptomatik olan hastalarda bronkodilatatörler, gerektiği zaman ya da düzenli şekilde

CamScanner ile tarandı

kullanılmalıdır. Kısa etkili beta2-agonistler, yalnız başına ya da kısa etkili antikolinerjikler ile beraber gerektiği zaman kurtarıcı olabilmektedir. Uzun etkili antikolinerjiklerle beta2-agonistler, KOAH alevlenmelerini azaltarak hastaların hayat kalitesini arttırmaktadır. Belirtileri çok olan hastalarda, tek grup ilaçtansa değişik gruptaki ilaçların bir arada kullanılması spirometriyle ölçümlerin sonucunu daha olumlu önemli değişiklikler sağlamaktadır (Toraks, 2021).

Uzun müddetli ev oksijen tedavisiyle evde NIMV (Non İnvaziv Mekanik Ventilasyon) pratikleri müzmin solunum yetmezliği bulunan KOAH'lılarda temel ilaç dışı tedavi uygulamaları olup, bu hastalarda yaşam süresini uzatmaktadır (Kocabaş vd.,.2014). KOAH'ın kronik ve ilerleyici seyri, genellikle alevlenmeler ile şiddetlenmektedir. Kimi hastalar çok az ya da hiçbir alevlenmeyle karşılaşmazken, kimileri sık alevlenme geçirir. KOAH'taki alevlenme; hastanın solunumsal belirtilerinin olağan gündelik değişkenliğin dışında ve tedavide değişikliğe neden olacak derecede akut olarak bozulması biçiminde tanımlanır. KOAH alevlenmesindeki tedavi; kısa aralar ile yüksek doz kısa etkili bronkodilatatörler, sistemik glukokortikosteroidler gerektiği zaman antibiyotik, oksijen tedavisiyle mekanik ventilasyon uygulamasıdır (Naycı, 2014).

2.1.5. KOAH Hemşirelik Bakımı

Solunum sistemi rahatsızlıklarında hemşirelik bakımını konu alan bir araştırmada, astım ve KOAH başta gelmek üzere solunum sistemi rahatsızlıklarının yönetilmesinde %68 civarında hemşirelerin sorumlu bulunduğu ifade edilmektedir (Blake vd., 2006).

Solunumsal sorunlar, KOAH teşhisi konan kişilerin tecrübe ettikleri en mühim semptomlardandır. Solunumsal güçlük yaşayan hastalar önemli hava açlığı çekerler. Hasta oksijen kullanımını minimuma indirgemek üzere, fiziki etkinliklerini sınırlar. Bunun için hastanın hava yolu temizliğini devam ettirme, solunum durumunu rahatlatma, etkinlik toleransıyla mücadele etme kabiliyetini artırmaya dönük hemşirelik girişimlerinin planlanması ve kendi bakımlarını en üst seviyede kendilerinin sürdürmesi için desteklenmeleri gerekmektedir (Miravittles vd., 2016).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında, akciğer fonksiyonlarını korumak, hastalığın ilerlemesini azaltmak, komplikasyonları engellemek, belirtileri kontrol etmek, fiziki performansı artırmak, tedaviye uyumu sağlamak ve hayat kalitesini artırmak amacıyla hemşirelik bakımı için en mühim husus; sadece hastanın değil hasta ve ailesinin katılımıyla

CamScanner ile tarandı

bakımın sürekliliğinin sağlanmasıdır (Stoilkova vd., 2013). Bakımın sürekliliğinin sağlanabilmesi için, sağlık çalışanı hasta ve hasta yakınının sürekli bilgi alış verişinde bulunması gerekmektedir. Sökmen'in çalışmasına göre; sağlık çalışanları mümkün olan en iyi bilgiyi hastalara sunmuş olsalar bile, hastalar bu bilgiyi anlayamıyorsa verilen bilginin faydası olmayacaktır. Bu nedenle, sağlık çalışanları hasta ve yakınlarının eğitim ve sağlık okuryazarlık düzeyleri doğrultusunda, sağlık ve tedavilerine ilişkin açıklamaları onların anlayabileceği şekilde basit ve anlaşılır şekilde ifade etmeleri gerekmektedir. Bu nedenle hastaların mevcut sağlık okuryazarlık düzeylerinin tespit edilmesi ve ihtiyaca yönelik eğitim ve iletişimin devamının sağlanması önerilmektedir (Sökmen, 2019).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık okuryazarlığı kavramını, "sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine ulaşım, bilgiyi anlama ve kullanma isteklerini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler" şeklinde tanımlar. Ayrıca kavram; "bireylerin kendi sağlığı ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla, yaşam tarzı ve koşullarını değiştirmede gerekli bilgi, beceri, kendine güven düzeyine ulaşmasıdır" biçiminde de tanımlanır (Akbolat, Erigüç ve Sağlam, 2016).

Amerikan Tıp Enstitüsü'nün (IOM Institue of Medicine) tanımı çerçevesinde sağlık okuryazarlık terimi; "bireylerin uygun sağlık kararlarını almada ihtiyaç duydukları sağlıkla ilgili temel bilgileri okuyabilme, anlayabilme, işleme ve davranışa geçirebilme yeteneği" dir. Amerikan Tıp Birliğine (AMA) (American Medikal Association) göreyse bu terim: "sağlık hizmetleri çevresindeki işlevler için temel okuma ve anlama ayrıca gerekli sayısal görevleri yerine getirebilmeyi kapsayan beceri kümesi" biçiminde tanımlanır (Balçık, Taşkaya ve Şahin 2014).

Sağlık okuryazarlığı kavramı, yalnızca okuma kabiliyeti anlamına gelmez. Sağlık okuryazarlığı çerçevesinde:

- Sağlık hakkıyla hasta haklarının şuuruna varılması,
- Kamusal sağlık ilanlarının, sağlık eğitimi araç gereçlerinin anlaşılabilmesi,
- Kişilerin kendi hastalık veya rahatsızlıklarıyla alakalı olarak sağlıkla ilgili hizmet sunan kişilerle örgütlere erişme becerileri,
- Doktorların tedaviyle teşhise dönük talimatları ve onay formlarının anlaşılabilmesi,

CamScanner ile tarandı

- Görsel okuryazarlık (grafiklerin yorumlanması), bilgisayar okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı (doğru bilgilerin elde edilmesi ve uygulanması), sayısal okuryazarlık (hesap yapma) becerileri,
- Bütünsel sağlık hizmetlerine yaklaşma kabiliyeti gibi pek çok bileşen bulunmaktadır (Sağlıklı Kentler Birliği, 2017).

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Kategorileri ve Kapsamı

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin öneriler arasında nasıl seçim yaptıklarını ve bu seçimlerin sonucunda nasıl harekete geçtiklerini bize göstermektedir. Ayrıca toplumsal sorumluluklar almak, kişisel menfaatlerin dışında düşünmekle bireylerin seçimlerini nasıl yaptıklarını algılamak, olaylara ahlaki bakışlar getirmekle bireylerin davranışla ilgili iç görülerini zenginleştirmek için de sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi önem arz etmektedir (Peakkari ve Okan 2020).

Sağlık okuryazarlığı bireylerin, temel sağlık bilgileriyle becerilerini içeren bilgilere ulaşımın sağlanmasıyla bireyin sağlıkla ilgili bilgileri elde etme, anlama, taramayla pratiğe dökme becerilerine atıf yapan yeteneğe sahip olmasını içerir (Norman ve Skinner, 2006). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık gereksinimlerini yerine getirebilmeleri için onları hazır hale getirir (Peakkari ve Okan, 2020).

Amerikan Tıp Enstitüsü Sağlık Okuryazarlığı Komitesi'ne göre ferdi sağlık çerçevesindeki etkileşiminden kaynaklı olarak sağlık okuryazarlığının etkisi artmaktadır. Bundan dolayı "sağlık okuryazarlığı, sosyal ve bireysel faktörlerin paylaşılan bir fonksiyonu" şeklinde görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü Uzman Paneli sağlık okuryazarlığını 4 kategoride ortaya koymuştur. Bunlar:

- Kültürel ve kavramsal bilgi
- Konuşmayla dinleme becerilerini kapsayan sözel okuryazarlık
- Yazmayla okuma becerilerini kapsayan yazılı okuryazarlık
- İşlevsel beceriler'dir

Sağlık okuryazarlığı kişilerin potansiyeli şeklinde kabul edilir ise, kişinin okuma yeteneği ve sözcük bilgisinin ölçülmesi uygundur. Öte taraftan, sağlık okuryazarlığı kişilerin iletişim kapasiteleriyle sağlık sistemi arasındaki münasebet şeklinde kabul edilir ise, ferdi kapasiteleriyle işlevsel becerilerin ölçülmesi mecburidir (Balçık, Taşkaya ve Şahin 2014).

CamScanner ile tarandı

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlığı geliştirme etkinliklerinin planlanmasında önemli bir girişim olarak görülen sağlık okuryazarlığının önemini ortaya koyan 6 başlık şu şekilde sıralanmıştır: (Gillis ve Quigley, 2004).

- **Etkilediği Birey Sayısı:** Gelişmekte olan ülkelerde okuryazarlık becerileri yetersizdir. Bununla birlikte gelişmiş ülkelerde de bireylerin okuryazarlık becerilerinin şaşırtıcı biçimde yetersiz olduğu ifade edilmektedir. İşlevsel okuryazarlık becerilerinin yetersizlik oranının ülkeler çerçevesinde %7,0-47,0 arasında değişim gösterdiği ortaya çıkmıştır. Kadınların daha çok etkilenmiş olduğu, okuryazarlık düzeylerinin erkelere göre daha düşük olduğu ve tüm dünyada kadınların 2/3'nün temel okuryazarlık becerilerinden mahrum olduğu ifade edilmektedir (Nutbeam, 2000).
- **Olumsuz Sağlık Neticeleri**: Yeterli olmayan sağlık okuryazarlığı ile artmış ölüm oranları arasında tam bir ilişki bulunmaktadır (Gillis ve Quigley, 2004).
- **Kronik Hastalık Oranlarındaki Artış:** Kronik hastalıkların oluşmasında fertlerin sağlık ile alakalı negatif davranışlarının payı fazladır. Global hastalık yükünün %47'sini kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Kronik hastalara sahip bireylerin öz yönetiminde sağlık okuryazarlığı önemlidir (Gillis ve Quigley, 2004).
- **Sağlıkla İlgili Bakım Maliyetleri:** Yetersiz sağlık okuryazarlığı, tüm sağlık bakımına senelik %3-5 oranında ilave maliyet getirmektedir (Gillis ve Quigley, 2004).
- **Sağlık Bilgisi Talepleri:** Bireyler eğitim düzeyleri yüksek olsa da, bir ilaç prospektüsü okuduklarında okuduklarını anlamayabilirler veya muayeneye gittikleri doktorun söylediklerini anlamayabilirler. Anlatımda terminolojinin kullanılması bireylerin işini gereksiz yere zorlaştırmaktadır. Bu yüzden sağlık ekipleri kendi taleplerini en sade haliyle hastaya belirtmelidir (Gillis ve Quigley, 2004).
- **Eşitlikçilik:** Düşük sağlık okuryazarlığı seviyesi; kişinin kendi sağlığını iyi bir şekilde izleyememesi, sağlıkla ilgili hizmetlere erişememesi, sağlık bilgisini anlayamaması ve bu yüzden doğru sağlık kararlarını alamamasına sebep olmaktadır. Sağlıktaki eşitsizlik durumlarının giderilebilmesi için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi bu bakımdan gereklidir (Yılmazel ve Çetinkaya,2015).

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Düzeyleri

Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesinde birçok ölçek kullanılmaktadır. Bu ölçekler hastanın anlama, karar verme ve uygulama düzeyini açıkladığı gibi, koruyucu sağlık

CamScanner ile tarandı

önlemleri, sağlığın geliştirilmesi ve tedaviye uyumunu da belirlemektedir. Türkiye'de bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin ölçekler ile belirlenmesi yararlı olacaktır. Böylece bireylere eğitim ve danışmanlık konusunda planlamalar ve uygulamalar yapılarak sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kalkması ve bireylerin daha kaliteli bir yaşam sürmesi sağlanabilmektedir (Ertuğrul ve Albayrak 2020).

2.2.3.1. İşlevsel (Fonksiyonel) Sağlık Okuryazarlığı

İşlevsel sağlık okuryazarlığı dendiğinde, temel okuma ve yazma becerileri belirtilmektedir. Bu seviyedeki bireyler sağlıkla ilgili riskler, sağlıkla ilgili hizmetlerin kullanımıyla ilgili eğitim araç gereçlerini okuyarak anlayabilir (Balçık, Taşkaya ve Şahin 2014).

2.2.3.2. Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı

Etkileşimli sağlık okuryazarlığı daha çok zihinsel kazanımlarla toplumsal becerileri içermektedir. Bu düzeydeki bireyler sağlıkla ilgili aktivitelere katılma, sağlık iletilerini anlamayla, sağlıkla ilgili şartlar değiştiği zaman hâlihazırdaki bilgilerini kullanabilme hususunda yetkindirler (Sönmez 2014).

2.2.3.3. Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı

Eleştirel sağlık okuryazarlığı sağlık ile alakalı bilgilerin eleştirel şekilde analiz edilmesiyle ilgili, sağlık kararlarının verilmesinde tercih edilen ileri seviyede zihinsel ve toplumsal becerileri içermektedir. Bu seviyedeki bireyler, sağlık bilgilerini eleştirel şekilde değerlendirebilir, sağlığın toplumsal ve iktisadi belirleyicileri çerçevesinde davranabilir. Bunun yanı sıra kendi sağlık durumlarıyla alakalı kararları alabilir ve sağlık profesyonelleriyle aktif iletişim kurabilirler (Yıldırım ve Keser, 2015)

2.2.4. Sağlık Okuryazarlığı Seviyesinin Düşük Olması Durumunda Toplumda Ortaya Çıkan Sağlık Sorunları

Sağlık Okuryazarlığı seviyesinin düşük olması durumunda, toplumsal sağlık alanında aşağıdaki durumlar ortaya çıkmaktadır:

- Genel sağlık seviyesinde düşüklük,
- Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde ve Birinci Basamak Tedavi Hizmetlerini kullanma oranında düşüklük,

CamScanner ile tarandı

- Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa uyumunun sağlanması veya hastalığı yönetmeyle ilgili yetersizlik,
- Öz bakım yetersizlikleri,
- Tıbbi araç-gereç ve ilaç kullanma hatalarında yükseklik,
- Sağlıkla ilgili bakım maliyetlerinde yükseklik,
- Sağlıkla ilgili bakım hizmetlerinden daha az faydalanma,
- Semptomatik aşamada, sağlığı arama davranışında sağlık durumunun olumsuzlaştığını anlama sürecinde gecikme,
- Tıbbi tavsiye ya da direktiflere bağlılık konusunda yetersizlik,
- Hastanede yatma sıklığı ve hastanede kalma süresinde uzunluk,
- Acil servis ve diğer maliyeti yüksek hizmetlerden faydalanma oranında artış,
- Ölüm oranlarında yükseklik (Akalın, 2014; Özcan, 2013; Sönmez, 2014; Uğurlu, 2011).

2.2.5. Dünyada ve Ülkemizde Sağlık Okuryazarlığı

Devletlerin gelişme seviyeleri düşünülmeksizin, sağlık okuryazarlık seviyesinin bütün dünyada düştüğü anlaşılmaktadır. Sağlık okuryazarlığıyla alakalı olarak 2011 senesinde Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya ve Yunanistan olmak üzere sekiz Avrupa ülkesinde, 15 yaş ve üstünde 8 bin bireyde gerçekleştirilen çalışmanın sonucunda; Hollanda'da katılımcıların %23,7'si ve Bulgaristan'da katılımcıların %53,7'sinin sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz bulunmuştur. Yeterli ve çok iyi puan alan ülke %42,2 ile Polonya olmuştur (Kanj ve Mitic, 2009).

Türkiye genelinde 2014 yılında yapılan bir araştırmanın neticesinde, ülkemizin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 şeklinde bulunmuştur. Kategorik değerlendirmede toplumun %24,5'inin sağlık okuryazarlık düzeyi "yetersiz" kategorisindedir. Toplumun %40,1'inin ise "sorunlu" kategoride olduğu görülmüştür. Söz konusu bulguda, 2014 yılında 53 milyon olan ülkemiz erişkin nüfusu dikkate alındığında, hemen hemen 35 milyon insanın sağlık okuryazarlık düzeyi "yetersiz" ve "sorunlu" kategoride olduğu bulunmuştur (Tanrıöver, 2014).

Gerek ülkemizde ve gerekse dünyada sağlık okuryazarlık düzeyi düşüktür. Kronik ve dejeneratif rahatsızlıkların oluşmasında bireylerin sağlık ile alakalı davranışlarının önemi

CamScanner ile tarandı

yüksektir. Sağlıklı beslenme, hareketli yaşam ve sigara kullanmamak şeklinde belirtilebilecek sağlıklı hayat prensiplerine göre davranılmaması farklı kronik rahatsızlıkların gelişmesi açısından risk teşkil etmektedir (Ogan vd., 2020). Sağlık okuryazarlığı düzeyi ve bazı risk faktörleriyle bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunma arasında ciddi ilişki vardır (Pelikan vd., 2012). Yetersiz sağlık okuryazarlığının, astımlı hastalarda inhaler kullanımını etkilediği gösterilmiştir (Tanrıöver, 2014). İnhaler kullanımı Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığı olan bireylerin de sıklıkla uyguladığı tedavidir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı, inhaler kullanan Kronik Obstrüktif Akciğer hastalarının yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Kozak ve Akyıl, 2021).

2.3. Bakım Verme ve Bakım Yükü

2.3.1. Tanım

Bakım, bireylerin karşılıklı etkileşim ve güvene dayalı, ahlaksal tarafı da bulunan bir terimdir. Hemşirelik insanla bakım olgusu üzerine temellenmektedir. Hemşirelerin bakım verirken ahlaksal sorumluluklarının farkında olması, kişilerin bakım ihtiyaçlarını yürek gözü ile görüp, özenli ve saygılı bir tavır geliştirmesi önem arz etmektedir. Bakımı hemşirelik bakımı şeklinde imtiyazlı kılan nitelik, bakımın ahlaksal ve duyuşsal taraflarının profesyonel bilgilerle ve becerilerle birleştirip hemşire-hasta münasebetine aksettirilmesidir. Bakım verme formal veya informal olarak genel olarak 2 biçimde ele alınmaktadır (Dinç, 2010).

2.3.1.1. Formal Bakım Verme

Ev, hastane ya da bakım evinde bireysel bakım hizmetlerini meslek olarak icra eden bireyler tarafından verilmiş olan bakımdır. Evde formal bakım verenler daha çok hemşire, terapist, toplumsal hizmet uzmanı, evde bakım yardımcı ve diyetisyendir (İnci, 2006).

2.3.1.2. İnformal Bakım Verme

Bakım verenin bir yakınına yardımda bulunma rolünü üstlenmesidir. İnformal bakım verenler ücret istemeyen, evde bakımı temin eden aile bireyleri ya da arkadaşlardır (İnci, 2006).

Objektif bakım verme sonucunda ortaya çıkan durumlar; bakım verenin aile hayatındaki değişimler, aile rutinlerinin yerine getirilememesi, bakım verme sebebiyle yaşanan yorgunluk, bakım verenin fiziki hastalığı ve güç gerektiren bedensel sıkıntılar ile ilişkilidir. Subjektif bakım vermenin sonuçları ise, bakım veren kişinin söz konusu rolüyle alakalı sosyal ve psikolojik problemleri olarak tanımlanmaktadır (Aşiret ve Kapucu, 2012).

CamScanner ile tarandı

İnsan ömrünün süresi son elli yılda artmıştır. Tıptaki gelişmeler sayesinde KOAH gibi kronik hastalıkların hayatta kalma süreleri uzamıştır. Fakat son yüzyılda sanayileşme ve kırsal yaşamdan kent yaşamına geçiş gibi gelişmelerin yaşanması sonucunda aile birimleri küçülmüş ve aile birimlerinde çalışan farklı bireylerin sayısı artmıştır. Sonuç olarak, bakım sorumluluğunu üstlenecek aile üyelerinin sayısı günümüzde azalmıştır.

2.3.2. Bakım Verme Yükünü Oluşturan Etmenler

Bir kavram olarak bakım yükü, bakım sürecindeki fiziki, psikolojik, toplumsal ve finansal yükleri içermektedir. Bakım verme yükü, bakım ihtiyaçlarının farklı yönlerine yöneliktir. Sosyal, kültürel ve aile birimlerinin yapılarını ve sağlık bakım sistemlerini içeren faktörler bakım koşullarını etkilemektedir. Bakım verenler, bakımın kendileriyle ilgili etkilerini yönetmekte başarısız olabilmekte çaresizlik, suçluluk, öfke, korku ve sosyal yalıtım gibi hisler yaşayabilmektedirler (Atagün ve Balaban, 2011).

Montgomery ve arkadaşları bakım verme yükünün 2 boyutunun bulunduğunu belirtmiş; bir boyutunu hane halkıyla bakım verenin yaşamının farklı yönlerindeki değişiklikleri ya da aksaklıkları içerisine alan objektif yük, öteki boyutunu da bakım sunanın bakım verme yaşantısıyla ilgili davranışlarını ya da duygusal tepkileri içeren subjektif yük şeklinde tanımlamışlardır (Montgomery, 1985).

2.3.2.1. Objektif Yük

Bakım verme, bakım verenin hayatına tesiri çok yaygın ve zarar veren boyuttadır. Bakım vermenin yarattığı ihtiyaçlar, bireyin öteki rolleriyle bakım rolleri arasında bir çatışma yaratmaktadır. Bu durum "aile ilişkileri, aile rutinleri, eğlence, çalışma, sosyal aktiviteler, sosyal ilişkilerde değişimler" gibi hastalıkların iktisadi tesirlerini de kapsamaktadır. Rollerdeki söz konusu değişmeler, bakım veren bireyin objektif yüküdür (Özlü vd., 2009).

2.3.2.2. Subjektif Yük

Subjektif Yük, bireyin objektif yük ile uğraşır iken deneyimlediği sıkıntılar şeklinde tanımlanır. Kimi bilim adamları subjektif yükü, bakım verenin içerisinde bulunduğu durumdan dolayı hislerinde oluşan değişimler, buna karşı gelişen tutumlar ve hissi reaksiyonlar şeklinde tanımlamıştır (Akman, 2016).

Genel olarak yaşanan söz konusu hisler "keder, sıkıntı, utanma, suçluk duygusu vb." duygusal cevaplardır. Bir hastaya bakımı sunma, bu denli geniş çaplı tesirler oluşturuyor olması nedeniyle bakım yükü ölçme araçlarında; objektif ve sübjektif yükleri ölçmeyi hedefleyen

CamScanner ile tarandı

maddelerin yer alması ve hepsini kapsaması önemlidir. Subjektif yükün göstergesi olan "kaygı, stres, suçluluk duygusu vb." reaksiyonlar bakım sunmanın neticesi olarak depresyonun da bir göstergesidir ve yüke etkide vardır (Akman, 2016).

2.3.3. KOAH Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Yaşadığı Sorunlar

Dünyada ve ülkemizde kadınların çalışma yaşamına katılma durumundaki artış, çekirdek aileye dönüşme, konutların küçülmesiyle iktisadi yetersizlikler vb. sebepler bakıma ihtiyaç duyan kişilerin aile içerisinde bakım olanaklarını güçleştirmektedir (Taşdelen ve Ateş, 2012). Bu nedenle kronik hastalığa sahip bireyler ve hasta yakınları birçok zorlukla karşılaşmaktadırlar. Bireyler bakım yükünü, bakım sunanın zorluk algısı, sunduğu bakımın kendi hayatına etkide bulunması şeklinde tanımlayabilmektedirler. Söz konusu algı öteki aile bireyleri veya sağlık uzmanlarının algısından çok farklıdır. Bakım alanın hiç bitmeyen gereksinimlerinden dolayı primer bakım sunanlar, fiziki, toplumsal, duygusal, iktisadi ve işle alakalı sahalarda birçok zorluk yaşamaktadırlar (İnci, 2006). Kar' ın araştırmasında, KOAH nedeni ile bireylerin ihtiyaçlarının ve günlük yaşam rutinlerinin değişmesi sonucu bakım verenlerin yükünün arttığı belirlenmiştir (Kar, 2018).

- Duygusal problemler: Uykusuzluk, huzursuzluk, benlik saygısında azalma, hayal kırıklığı, kızgınlık, depresyon, sorun çözme konusunda zorluk yaşama, yoğunlaşmada güçlük, alkol ve ilaç kullanmada artışlar görülmektedir (Akman, 2016).

- Fiziki problemler: Kronik yorgunluk, kas ağrısı, iştahsızlık, beden kitle indeksinde artma veya azalma, uyku kalitesinde azalma veya düzensizlik şeklindedir. (Akman, 2016).

- Toplumsal problemler: Bakım veren bireyden hayatlarını, sevdikleri kişilerin veya aile üyelerinin gereksinimlerini karşılama doğrultusunda hayatlarını düzenlemeleri beklenmektedir. Bu durumda, arkadaş ilişkileri veya toplumsal aktivitelerden fedakârlıklar yapan bakım sunan, eğlendirici ve dinlendirici olan boş vakit etkinliklerine katılamamakta ve kısıtlanmakta dolayısıyla sosyal problemler ile karşılaşmaktadırlar (Akman, 2016).

- İktisadi ve işle alakalı problemler: KOAH hastasının kendi ihtiyaçlarını karşılayamayacak duruma gelmesi çalışan hastaların çalışma hayatını sonlandırmaktadır. Diğer yandan bir bakım verene ihtiyacı olması, bakım veren bireyin de çalışma hayatını olumsuz olarak etkilemektedir. Bu nedenle hasta ve ailesi ekonomik olarak etkilenmektedir. Bakım sunanın söz konusu problemlere dayalı olarak hayat kalitesi bozulmakta ve kendi sağlığı ile ilgili problemleri artmaktadır (Akman, 2016).

CamScanner ile tarandı

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, KOAH hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyi ve sağlık okuryazarlık düzeyinin hasta yakınlarının bakım yüküne etkisinin değerlendirilmesi amacıyla, kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Soruları

Bu araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyleri nedir?
- Hastaların sağlık okuryazarlık düzeyine etki eden faktörler nelerdir?
- Kronik Obstrüktif Akciğer hastalarına bakım verenlerin bakım yükü nedir?
- Kronik Obstrüktif Akciğer hastalarına bakım verenlerin bakım yükünü etkileyen faktörler nelerdir?
- Hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin bakım yüküne etkisi var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, TC. Sağlık Bakanlığı Kocaeli Darıca Farabi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Darıca Farabi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ilk olarak sağlık merkezi olarak açılmış ve 1984 yılında onarılarak Gebze Devlet Hastanesi olarak hizmet vermeye başlamıştır. Mevcut binanın 1993 yılında temeli atılmış olup, 2007 yılında inşaatı tamamlanarak hizmete başlamıştır. Hastanede, toplam 106 poliklinik odası ve 400 yatak ile hizmet verilmektedir. Bunlardan 4 tanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği'dir. Çalışmanın yapıldığı dönemde Covid- 19 nedeniyle, 3 poliklinik Covid 19 hastalarına hizmet vermiştir. Göğüs Hastalıkları servisi 32 yataklı olup pandemi döneminde de kesintisiz hizmet vermeye devam etmiştir.

Araştırmanın verileri, etik kurul onayı ve gerekli kurum izinleri sonrası 7 Şubat 2022 - 30 Haziran 2022 tarihleri arasında KOAH hastaları ve onlara bakım verenlerle yüz yüze anket formu uygulanarak elde edilmiştir. Hastanede pandemi nedeniyle Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde tek bir doktor sınırlı sayıda hastaya poliklinik hizmeti vermekteydi. Bu nedenle pandemi süresinde KOAH hastaları ve bakım veren bireyleri bulmakta araştırma sırasında sıkıntı yaşanmıştır.

CamScanner ile tarandı

3.4. Evren, Örneklem Yöntemi ve Sayısı

Araştırmanın evrenini Farabi Eğitim Araştırma Hastanesi'ne kayıtlı toplam 7235 KOAH hastası ve bakım vericisi oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi power analizi ile hesaplanmıştır. Power analizi % 95 güven (1- α), % 95 test gücü (1-ß), pH1=0.60 ve pH0= 0.30 alındığında bivarite normal model power analizi sonucuna göre hesaplanmıştır. Bu hesaplama sonucuna göre araştırmanın, en az 91 KOAH'lı birey ve ona bakım veren 91 bakım veren ile yapılmasına karar verilmiştir. Veriler hasta ve hasta yakınları ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama sürecinde, araştırmanın alınma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 203 hasta ve 203 bakım vericiye ulaşılarak araştırma tamamlanmıştır.

3.5. Araştırmaya Kabul Edilme Kriterleri

KOAH tanısı almış hastanın araştırmaya alınma kriteri:

- Hastaların 18 yaş ve üzerinde olması
- Okuryazar olması
- Hastaya en az 6 ay önce KOAH tanısının konulmuş olması
- Primer bakım veren bir hasta yakınının bulunması
- İşitme ve konuşma engelinin olmaması
- İletişim (yabancı-dil) engelinin olmaması
- Bilişsel ve psikiyatrik sorunlarının olmaması
- Hastaların gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmesi

KOAH tanısı almış hastanın araştırmaya alınmama kriteri:

- Akut atak ve alevlenme döneminde olması
- Anlama ve konuşma güçlüğü bulunması
- Evre I ve Evre IV KOAH'lılar
- En az bir bakım vereni olmayan KOAH'lı bireyler, çalışmaya alınmamıştır.

KOAH hastalarına bakım veren birey için araştırmaya alınma kriteri:

- 18 yaşın üzerinde olması
- Hastaya en az 3 aydır bakıyor olması
- Anlama ve konuşma güçlüğü olmaması
- KOAH'lı kişinin bakımından birinci derecede sorumlu kişi olması
- Bireyin gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmesi, aranmıştır.

CamScanner ile tarandı

3. 6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada KOAH hastalarının verilerinin toplanmasında, araştırmacı tarafından literatür incelenerek hazırlanan sosyo-demografik özellikler ve hastalık sürecine ilişkin özelliklerinin yer aldığı "KOAH Hasta Bilgi Formu", "Bakım Verici Tanıtım Formu", hastanın Sağlık Okuryazarlık düzeyini belirlemek amacıyla "KOAH Sağlık Okuryazarlık Ölçeği" ve bakım vericinin bakım yükünü değerlendirmek için "Zarit Bakım Yükü Ölçeği" kullanılmıştır.

- **Etik Kurul İzni (EK.1):** Okan Üniversitesi Etik Kurulundan 19.01.2022 tarih toplantı ve 148 sayılı izin alındı.
- **Sağlık Bakanlığı İzni (EK.2):** Kocaeli Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 17.02.2022 tarih 34059705-1 sayılı izin alındı.
- **Kurum İzni (EK.3):** Araştırmanın yapılabilmesi için Kocaeli Darıca Farabi Eğitim Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alındı.
- **Hasta Onam Formu (EK.4):** Araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı hakkında bilgi verildi. Her hastanın Bilgilendirilmiş Onam Formu'nu okuması ve imzalaması araştırmacı tarafından sağlandı.
- **Hasta Yakını Onam Formu (EK.5)** Araştırmaya katılan hasta yakınlarına araştırmanın amacı hakkında bilgi verildi. Her hasta yakınının Bilgilendirilmiş Onam Formu'nu okuması ve imzalaması araştırmacı tarafından istendi.
- **KOAH Hasta Bilgi Formu (EK.6):** Literatür eşliğinde yapılandırılmış olan bu formun ilk 12 sorusunu sosyodemografik özellikler olan, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim, ekonomik durum, sigara kullanım durumu, hastalık süresince kiminle yaşadığına ait sorular içerirken, formun 10 soruluk sağlık bilgi formu kısmında ise KOAH süresi, tedaviye uyum, kullanılan ilaçlar, tanı almış diğer hastalıklar, bakım ihtiyacı, kronik hastalığın durumu ve hastalığın mevcut sürecini kapsayan diğer sorular yer almaktadır.
- **Bakım Verici Tanıtım Formu (EK.7):** Literatür doğrultusunda yapılandırılmış olan bu formun ilk 12 sorusunu sosyodemografik özellikler; yaş cinsiyet, meslek, hasta ile yakınlık derecesi, çocuk sayısı, bakım süresi (yıl), günlük bakım süresi (saat), eğitim durumu, ekonomik durumu, hasta ile kalma süresi gibi özelliklere ait sorular yer almaktadır. Formun 2. kısmı olan KOAH'da bakım bilgileri bölümü 17 sorudan oluşmakta; bakım süresi, bakım şekli, bakım desteği, bakımda yaşanan güçlükleri gibi bakımla ilgili sorulardan oluşmaktadır.

CamScanner ile tarandı

- **KOAH Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (EK.8):** KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Formu: Hastanın hastalığını yönetebilme konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını sorgulayan 20 sorudan oluşmaktadır. KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Formunun oluşturulmasında White ve arkadaşları (2006) tarafından yayınlanan "Bristol COPD Knowledge Questionnaire (BCKQ): Testing What We Teach Patients About COPD" çalışma ve "Global Strategy for the Diagnosis, Management and 38 Prevention of COPD'den, GOLD formlarından yararlanılmıştır. KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Formundaki yirmi sorudan oluşan ifadelere verilen doğru yanıtların 1, yanlış ve bilmiyorum yanıtlarının 0 olarak kodlanması ve ortalama alınarak 100 ile çarpılması sonucu KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Puanı hesaplanmaktadır. Hastaların bu formdan alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 100'dür. Bristol KOAH bilgi düzeyi soru formunun KR-20 güvenilirliği %86 olarak bulunmuştur. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Sadık Hançerlioğlu tarafından yapılmıştır (Hançerlioğlu 2021). Cronbach Alpha değeri 0.75 ve test-tekrar test ICC değerin 0.95 olarak bulunmuştur. Formun Türk toplumu için yüksek geçerlilik ve güvenilirliğe sahip olduğuna karar verilmiştir (GOLD, 2017). Çalışmamızda hastaların KOAH bilgi ölçeği güvenilirlik kat sayısı Cronbach's Alpha değeri 0,68 olarak saptanmıştır.

- **Zarit Bakım Yükü Ölçeği (EK.9):** 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 güvenirliği İnci tarafından 2006 yılında yapılmış olup; madde toplam korelasyon katsayılarının 0.43-0.85 arasında değiştiği, test-tekrar test korelasyon katsayısının 0.90, iç tutarlılık katsayısının 0.95 olarak bildirilmiştir. Çalışmada faktör analizi sonucunda tek boyutlu olarak kullanılabileceği belirlenmiştir (İnci 2006). 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, yaşanılan 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 araştırmada hasta yakınlarının Zarit Bakım Yükü ölçeği güvenilirlik kat sayısı Cronbach's Alpha değeri 0,89 olarak saptanmıştır.

CamScanner ile tarandı

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Hastaların sosyodemografik özellikleri.
- Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri.
- Hastanın hastalıkla ilişkili özelliklere ait alt değişkenler: KOAH dışında kronik bir hastalığa sahip olma durumu, düzenli ilaç kullanma veya kullanmama, tütün ve ürünlerini tüketme veya tüketmeme durumu, Beden Kitle İndeksi (BKİ), yaşanılan yerleşim yeri, hastalık süresi, son 1 yılda KOAH nedeniyle hastaneye yatma durumu, son 1 yılda KOAH nedeniyle acile başvurma durumu.
- Bakım verenlerin bakımla ilişkili özelliklere ait alt değişkenler; KOAH hastalığı hakkında eğitim alıp almadığı, hastanın hastaneye gidiş gelişlerinde bakım verenin hastanın yanında olup olmama durumu, hastaya ne kadar süredir bakım verdiği, günde kaç saatini bakıma ayırdığı, hastanın bakımında yardım alıp almama durumu, hastaya bakım verirken yaşadığı fiziksel, ruhsal, sosyal ve finansal sorunlar ve hastaya bakma nedeni araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.7.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Puan Ortalamaları,
- Bakım verenlerin Zarit Bakım Yükü puan ortalamaları, bu araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmaya katılma kriterlerine uyan KOAH hastaları ve bakım veren bireylere yüz yüze görüşme yöntemi ile veri formları araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Araştırmaya katılan KOAH'lı hastaya ve bakım verenine çalışmanın amacı açıklanmış, araştırmaya katılmayı kabul eden KOAH'lı hasta ve bakım vereninden yazılı onam alındıktan sonra formlar uygulanmıştır.

Araştırmada, öncelikle Okan Üniversitesi etik kurul izni alındıktan sonra araştırmanın yapılacağı Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü izni (EK 2) ve Darıca Farabi Eğitim Araştırma Hastanesi izni (EK 3, 24/05/2017) alındı. Araştırmaya katılan hasta yakınlarına araştırmanın amacı hakkında bilgi verildi. Her hasta ve bakım vericinin Bilgilendirilmiş Onam Formu'nu okuması ve imzalaması araştırmacı tarafından sağlandı. Araştırmacı ve bakım verenle uygun ortam oluşturularak bireysel görüşme yapıldı. Sonra hastaya KOAH Hasta Bilgi Formu ve

CamScanner ile tarandı

KOAH Sağlık Okuryazarlık Ölçeği, hasta yakınına ise Bakım Verici Tanıtım Formu ve Zarit Bakım Yükü Ölçeği yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın istatistiksel analizi bilgisayar destekli analiz programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin Skewness ve Kurtosis değerlerin +2.0/-2.0 sınır aralığında kaldığından verilerin normal dağılım gösterdiği görüldü (George, 2011). Araştırma verilerinin temel analizlerinde (korelasyon, frekans) bilgisayar destekli veri analiz programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlarda Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma kullanılmıştır. Çalışmada ikili karşılaştırmalarda İndependent-Samples T testi, üç ve üzeri karşılaştırmalarda da One-Way ANOVA kullanılmıştır. Gruplarda anlamlı farkın değerlendirilmesinde farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Tukey HSD ve Tamhane karşılaştırması yapılmıştır. KOAH sağlık okuryazarlığı bilgi puanı ortalamasına etki eden faktörler Lineer regresyon analizi ile açıklanmıştır. Veriler %95 güven aralığında değerlendirilmiş ve anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Darıca Farabi Eğitim Araştırma Hastanesi'ne 07 Mart 2022 ve 03 Haziran 2022 tarihleri arasında KOAH tanısı ile takip edilen hastalar alınmıştır. Çalışmanın sonuçları sadece Darıca Farabi Eğitim Araştırma Hastanesi'ne bu tarihlerde başvuran KOAH hastaları ve onlara bakım veren kişilerle sınırlıdır.

3.11. Araştırmanın Etik İlkeleri

- Okan Üniversitesi Etik Kurulundan izin alınmıştır (Ek1).
- Çalışmanın yapılabilmesi için, Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü'nden 17/2/2022 tarihli ve 34059705-1 sayılı izin alındı (Ek 2).
- Çalışmanın yapılabilmesi için, Kocaeli Darıca Farabi Eğitim Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alındı (EK3).
- Araştırmaya katılan hasta ve yakınlarına araştırmanın amacı hakkında bilgi verildi. Her hasta ve bakım vericinin Bilgilendirilmiş Onam Formu' nu okuması ve imzalaması araştırmacı tarafından sağlandı (Ek 4 ve Ek 5).
- Hasta Tanıtım formu ve Bakım Verici Tanıtım Formu (Ek 6 ve Ek7).

CamScanner ile tarandı

- Bristol KOAH Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (Ek 8 ve Ek 9).
- Bristol KOAH Sağlık Okuryazarlık Ölçeği için Sadık Hançerlioğlu kişisinden e-mail yoluyla izin alındı (Ek 10).
- Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği için 8/12/2017 tarihinde Yardımcı Doçent Dr. Fadime Hatice İNCİ 'den e-mail yolu ile izin alındı (Ek 11).

CamScanner ile tarandı

BULGULAR

Bu bölümde, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlık düzeyinin, hasta yakınlarının bakım yükü ile ilişkisini belirlemeye yönelik toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Çalışmadan elde edilen veriler, tablolar grafikler şeklinde istatistiksel analizlerle birlikte 5 bölümde sunulmuştur. Bunlar:

- Kronik Obstrüktif Akciğer Hasta'larının, sosyodemografik bilgilerine yönelik bulgular
- Kronik Obstrüktif Akciğer Hasta'larının, Sağlık Okuryazarlık Düzeyini değerlendirmeye ilişkin bulgular
- Bakım verenlerin sosyodemografik bilgilerine yönelik bulgular
- Bakım verenlerin Zarit Bakım Yükü Ölçeğine ilişkin bulguları
- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden aldıkları puanların, bakım verenlerin bakım yüküne etkisini inceleyen ve iki ölçek arasındaki ilişkileri açıklayan bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları n=203

Özellikler		**Ort±Ss**	**Min-Maks (Medyan)**
Yaş		70,90±7,18	50-88 (71)
Çocuk sayısı		4,27±0,59	1- 4 (4)
		n	**%**
Cinsiyet	Erkek	141	69,5
	Kadın	62	30,5
Eğitim düzeyi	İlkokul	88	43,3
	Okuma yazma biliyor	66	32,5
	Ortaokul/İlköğretim	32	15,8
	Okuma yazma bilmiyor	10	4,9
	Lise	7	3,4
Medeni Durum	Evli	151	74,4
	Dul	41	20,2
	Bekâr	11	5,4
Yaşanılan yer	Şehir	165	81,3
	Köy	38	18,7
Meslek	Emekli	112	55,2
	Ev hanımı	47	23,2
	Esnaf	28	13,8
	Çiftçi	16	7,9
Şu anda bir iş yerinde çalışma durumu	Hayır	187	92,1
	Evet	16	7,9
Ekonomik durum	Orta	104	51,2
	Kötü	85	41,9
	İyi	14	6,9

CamScanner ile tarandı

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları n=203			
Sigara kullanımı	Bırakmış	133	65,5
	Hiç kullanmamış	49	24,1
	Kullanıyor	21	10,3
Kiminle yaşıyor	Eşiyle	137	67,5
	Çocuklarıyla	62	30,5
	Ailesiyle	2	1,0
	Yalnız	2	1,0
Toplam		**203**	**100,0**

KOAH hastalarına ait sosyo-demografik özellikler tablo 1'de verilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 70,90±7,18, %69,5'inin erkek ve %30,5'inin kadın olduğu görülmüştür. Katılımcıların %4,9'unun okuma yazma bilmediği, %32,5'inin okuma yazma bildiği, %43,3'ünün ilkokul mezunu, %15,8'inin ortaokul/ilköğretim ve %3,4'ünün ise lise mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların %5,4'ünün bekâr, %20,2'sinin dul ve %74,4'ünün evli olduğu görülmüştür. Katılımcıların %81,3'ünün şehirde, %18,7'sinin köyde yaşadığı saptanmıştır. Hastaların %23,2'sinin ev hanımı, %7,9'unun çiftçi, %55,2'sinin emekli ve %13,8'inin de esnaf olduğu görülmüş, %92,1'i şu anda bir iş yerinde çalışmadığını bildirmiştir. Katılan hastaların sigara içme durumları incelendiği %65,5'inin bırakmış, %24,1'inin hiç kullanmadığı ve %10,3'ünün halen kullanıyor olduğu saptanmıştır. Hastaların %1'nin ailesiyle, %30,5'inin çocuklarıyla, %67,5'inin eşiyle ve %1'inin de yalnız yaşadığı görülmüştür (Tablo 1).

Tablo 2: Hastaların Genel Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları n=203

Sağlık Durumları		**Ort±Ss**	**Min-Maks (Medyan)**
Hastalık süresi/ yıl		6,12±3,60	1-20 (5,50)
Evde oksijen kullanma süresi/saat		4,22±4,85	0-24 (3)
		n	**%**
BKİ kg/m²	İdeal kilonun üstünde	92	45,3
	İdeal kiloda	62	30,5
	İdeal kilonun çok üstünde (obez)	42	20,7
	İdeal kilonun altında	4	2,7
	İdeal kilonun çok üstünde (morbid obez)	3	1,5
Sağlık durumunu tanımlama	Kötü	79	38,9
	Orta	71	35,0
	Çok Kötü	31	15,3
	İyi	22	10,8
İlaç kullanım durumu	Düzenli	147	72,4
	Şikayetler olduğu zaman	56	27,6

CamScanner ile tarandı

Tablo 2: Hastaların Genel Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları n=203			
Evde oksijen kullanım durumu	Evet	147	72,4
	Hayır	56	27,6
Tanısı konmuş 6 ay ve daha uzun süredir devam eden KOAH dışı kronik hastalık durumu	Evet	169	83,3
	Hayır	34	16,7
Son 6 ayda KOAH nedeniyle hastanede yatma durumu	Hayır	129	63,5
	Evet	68	33,5
	2'den fazla yatış	6	3,0
Son 6 ayda KOAH nedeniyle acil servise başvurma	Hayır	119	58,6
	Evet	51	25,1
	2'den fazla yatış	33	16,3
Son 6 ay içinde hastalığınız nedeniyle işe gidemediğiniz günlerin varlığı	Hayır	178	87,7
	Evet	25	12,3
Kişisel İhtiyaçları karşılamada yardım alma			
Banyo yapma	Evet	144	70,9
	Hayır	59	29,1
Giyinme	Evet	116	57,1
	Hayır	87	42,9
Hareket etme	Evet	153	75,4
	Hayır	50	24,6
Tuvalet	Evet	114	56,2
	Hayır	89	43,8
Beslenme	Evet	142	70,0
	Hayır	61	30,0
Psikolojik destek	Evet	148	72,9
	Hayır	55	27,1
Toplam		**203**	**100,0**

Çalışmaya katılan KOAH hastalarının genel sağlık durumu özellikleri tablo 2'de incelenmiştir. Hastaların hastalık sürelerinin ortalama 6,12±3,60 yıl olduğu saptanmıştır. Katılımcıların beden kitle indexleri incelendiğinde (BKİ) %2'sinin ideal kilosunun altında (zayıf), %30,5'inin ideal kiloda (sağlıklı), %45,3'ünün ideal kilosunun üstünde (kilolu), %20,7'sinin ideal kilonun çok üstünde (şişman) ve %1,5'inin ideal kilonun oldukça üstünde (aşırı şişman/ morbid obez) olduğu görülmüştür. Hastalardan sağlık durumlarını tanımlamaları istenmiş; %10,8'inin iyi, %35'inin orta, %38,9'unun kötü ve %15,3'ünün çok kötü olarak tanımladığı saptanmıştır. Hastaların %72,4'ünün düzenli ilaç kullandığı ve benzer şekilde %72,4'ünün evde oksijen kullandığı görülmüştür. Hastaların evde oksijen kullanımı günde ortalama 4,22±4,85 saat olduğu saptanmıştır. Hastaların %83,3'ünün KOAH dışında ek bir kronik hastalığının olduğu görülmüştür. Son 6 ay içerisinde hastaların %33,5'inin hastalığı nedeniyle hastanede yattığı ve %25,1'inin son 6 ay içinde hastalığı nedeniyle acil servise başvurduğu saptanmıştır. Hastaların %12,3'ünün hastalığı nedeniyle 6 ay içinde işe gidemediği belirlenmiştir. Hastaların kişisel ihtiyaçlarını karşılamak için destek alma durumları

CamScanner ile tarandı

incelendiğinde, %70,9'unun banyo yaparken, %57,1'inin giyinirken, %75,4'ünün hareket ederken, %43,8'inin tuvalete giderken, %30'unun beslenme ihtiyacını karşılarken ve %72,9'unun psikolojik alanda desteğe ihtiyaç duydukları saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3: Hastaların KOAH Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Cevapları n=203

	Doğru		**Yanlış/Bilmiyorum**	
Sorular	**n**	**%**	**n**	**%**
Kronik (Süreğen)' kelimesi şiddetli anlamında kullanılır	87	42,9	116	57,1
KOAH'ın tanısı sadece solunum testleriyle konur	49	24,1	154	75,9
Kanda oksijen seviyeleri KOAH 'da her zaman düşüktür	82	40,4	121	59,6
KOAH daha çok 40 yaş üstü bireylerde görülür	113	55,7	90	44,3
KOAH vakalarının büyük çoğunluğu sigara içiminden kaynaklanmaktadır	152	74,9	51	74,9
Sigarayı bırakmak genellikle akciğer fonksiyonlarının iyileşmesiyle sonuçlanır	63	31,0	140	69,0
KOAH mesleğe bağlı olarak maruz kalınan tozdan kaynaklanabilir	62	30,5	141	69,5
KOAH, genellikle kalıtsal/ailesel bir hastalıktır	66	32,5	137	67,5
KOAH 'ta ayak ve el bileklerinde şişme yaygındır	70	34,5	133	65,5
KOAH 'ta yorgunluk ve hırıltılı solunum yaygındır	147	72,4	56	27,6
KOAH 'ta sıkıştırıcı tarzda göğüs ağrısı yaygındır	87	42,9	116	57,1
KOAH 'da nefes darlığı oksijen seviyelerinizin düşük olduğu anlamına gelmektedir	101	49,5	102	50,2
Öksürükle balgam çıkarma KOAH' da yaygın bir belirtidir	148	72,9	55	27,1
Gün içinde yeterli su içmeyen hastalarda balgamı temizlemek daha zordur	57	28,1	146	71,9
İçe çekilen (inhaler) nefes açıcı ilaçlar ve nefes egzersizleri balgamı temizlemeye yardım edebilir	89	43,8	114	56,2
Solunum yolu enfeksiyonlarında balgam sıklıkla renklidir (Sarı ya da Yeşil)	23	21,2	160	78,8
Solunumu iyileştirmek için yürüyüş egzersizleri, nefes alma egzersizlerinden daha iyidir	15	7,4	188	92,6
Hem uzun hem kısa etkili nefes açıcı ilaçlar aynı gün kullanılabilir	61	30,0	142	70,0
Hava odacığı (balon şeklinde plastik aparatlar ör: nebuhaler ve aerochamber) yıkandıktan sonra havluyla kurutulmalıdır	55	27,1	148	72,9
Antibiyotik tedavisi, hastalık hafif olmasına rağmen alevlenme için gereklidir	39	19,2	164	80,8

Hastaların KOAH Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanlarına verdikleri cevaplar tablo 3'de verilmiştir. Hastalar "KOAH vakalarının büyük çoğunluğu sigara içiminden kaynaklanmaktadır" sorusuna %74,9, "KOAH'ta yorgunluk ve hırıltılı solunum yaygındır." sorusuna %72,4, "Öksürükle balgam çıkarma KOAH'da yaygın bir belirtidir." Sorusuna %72,9 oranında doğru cevap verdikleri görülmüştür. "KOAH'ın tanısı sadece solunum testleriyle konur."

CamScanner ile tarandı

Sorusuna %24,1, "Kanda oksijen seviyeleri KOAH'da her zaman düşüktür." Sorusuna % 40,4, "Sigarayı bırakmak genellikle akciğer fonksiyonlarının iyileşmesiyle sonuçlanır." Sorusuna %31,0, "KOAH, genellikle kalıtsal/ailesel bir hastalıktır." Sorusuna % 32,5, "KOAH'ta sıkıştırıcı tarzda göğüs ağrısı yaygındır. " Sorusuna % 42,8, "KOAH 'da nefes darlığı oksijen seviyelerinizin düşük olduğu anlamına gelmektedir." Sorusuna % 49,5, "Solunum yolu enfeksiyonlarında balgam sıklıkla renklidir (Sarı ya da Yeşil) ."Sorusuna % 21,2 oranında doğru yanıt verdikleri görülmüştür.

Tablo 4: KOAH Hastalarının, KOAH Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Puanları n=203

	Ort±Ss	**Min- Maks (Medyan)**
KOAH Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Puanı	39,08±13,21	10-70 (40)

Hastaların KOAH Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamasının 39,08±13,21 olduğu saptanmıştır. Hasta puan ortalamasının 10-70 puan arasında değişiklik gösterdiği ve ortalamanın 40 puan olduğu görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 5: Hastaların Sosyo-Demografik özelliklere göre, KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Puanı Ortalamalarının Dağılımı n=203

Sosyo-Demografik Özellikler	**Sayı (n)**	**$\bar{x} \pm SS$**	**Test İstatistiği**	**p**
Cinsiyet				
Erkek	141	41,7 ± 12,95	t= 4,36	**0,01**
Kadın	62	33,15 ± 11,92		
Eğitim Düzeyi				
İlkokul	88	37,83 ± 12,35[a]	F=17,223	**0,01**
Okuma yazma biliyor	66	33,33 ± 10,61[a]		
Ortaokul/İlköğretim	32	49,22 ± 9,93[b]		
Okuma yazma bilmiyor	10	40 ± 12,02[ab]		
Lise	7	61,43 ± 14,35[b]		
Medeni Durum				
Evli	151	40,13 ± 14,05[b]	Welch= 4,192	**0,02**
Dul	41	34,88 ± 9,18[a]		
Bekar	11	40,45 ± 11,93[ab]		
Yaşanılan yer				
Şehir	165	40,27 ± 13,92	t= -3,766	**0,01**
Köy	38	39,95±7,9		
Meslek				
Emekli	112	40,64 ± 13,51[c]	Welch= 9,268	**0,01**
Ev hanımı	47	34,89 ± 12,14[ab]		
Esnaf	28	44,18 ± 13,46[c]		
Çiftçi	16	31,56 ± 6,51[b]		
Şu anda bir iş yerinde çalışma durumu				
Evet	187	38,33 ± 12,85	t= 2,840	**0,01**
Hayır	16	47,94 ± 14,65		

CamScanner ile tarandı

Tablo 5: Hastaların Sosyo-Demografik özelliklere göre, KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Puanı Ortalamalarının Dağılımı n=203				
Ekonomik Durumu				
Orta	104	40,62 ± 12,65[c]	F=18,491	**0,01**
Kötü	85	34,59 ± 11,76[b]		
İyi	14	55 ± 11,44[a]		
Sigara kullanımı				
Bırakmış	133	40,88 ± 12,93[a]	F=13,973	**0,01**
Hiç kullanmamış	49	31,33 ± 11,49[b]		
Kullanıyor	21	45,81 ± 11,3[a]		
Kiminle yaşıyor				
Eşiyle	137	39,85 ± 13,65	F=1,396	0,24
Çocuklarıyla	62	36,94 ± 11,95		
Ailesiyle	2	52,5 ± 17,68		
Yalnız	2	40 ± 14,14		

a-c: Aynı harfe sahip değerler arasında fark yoktur.

Hastaların Sosyo-Demografik özellikleri ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları arasındaki ilişki tablo 5'te verilmiştir.

Hastaların cinsiyetleri ile KOAH Sağlık Okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların puan ortalamalarının (33,15 ± 11,92), erkeklerin puan ortalamalarından (41,7 ± 12,95) daha düşük olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farkın kadınlardan kaynakladığı görülmüştür (Tablo 5).

Hastaların eğitim durumları ile KOAH Sağlık Okuryazarlık düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Lise mezunu olan KOAH hastalarının Sağlık Okuryazarlık düzeyi 61,43 ± 14,35 olarak bulunmuş ve diğerlerinden daha yüksek olduğu görülmüştür. Eğitim durumu, okuma yazma biliyor (33,33 ± 10,61) ve ilkokul (37,83 ± 12) olan hastaların puan ortalamalarının diğer kategorilere oranla daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Medeni durum ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır (Welch=4,192 $p=0,02$)$p<0,05$).Aralarındaki anlamlı farkın dul ve evli hastalardan kaynaklandığı görülmüştür. Medeni durumu dul olan hastaların (34,88±9,18) puan ortalamalarının, evli (40,13 ± 14,05) olanlara oranla daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo5).

Hastaların yaşadıkları yer ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları arasındaki incelemiş ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur (t=-3,766 $p=0,00$). Köyde yaşayan hastaların puan ortalamalarının (33,95 ± 7,9), şehirde yaşayan hastaların puan ortalamalarından (40,27 ± 13,92) daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 5).

CamScanner ile tarandı

Hastaların meslekleri ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır (Welch= 9,268 p=0,00). p<0,05) Aradaki farkın çiftçi mesleğine sahip olanlardan kaynaklandığı görülmüştür. Çiftçi mesleğine sahip olan hastaların puan ortalamasının (31,56 ± 6,51), emekli (40,64 ± 13,51) ve esnaf (44,18 ± 13,46) olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Hastaların, şu anda bir iş yerinde çalışma durumu ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları arasındaki ilişki incelemiş ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur (t= 2,840 p=0,00). Çalışan hastaların puan ortalamasının (47,94 ± 14,65) çalışamayan hastalara göre (38,33 ± 12,85) daha yüksek olduğu görülmüştür. Anlamlı farkın çalışan hastalardan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 5).

Hastaların ekonomik durumları ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları arasında anmalı ilişki saptanmıştır (F=18,491 p=0,00). p<0,05) Anlamlı farkın ekonomik durumu kötü onlardan kaynaklandığı görülmüştür. Ekonomik durumu kötü olan hastaların sağlık puanı ortalamasının (34,59 ± 11,76), iyi (55,00 ± 11,44) ve orta olan (40,62 ± 12,65) hastalardan daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 5).

Hastaların sigara kullanma durumları ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (F=13,973 p=0,00 p<0,05) Anlamlı farkın, hiç sigara kullanmamış olan hastalardan kaynaklandığı görülmüştür. Hiç sigara kullanmamış, hastaların puan ortalamalarının (31,33± 11,49), bırakmış (40,88±12,93) ve kullanıyor (45,81 ± 11,3) olan hastalardan daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6: Hastaların Sağlık Durumları ile KOAH Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Ortalamalarına Göre Dağılımları

Sağlık Durumu	**Sayı (n)**	**$\bar{x}$ ± SS**	**Test İstatistiği**	**p**
Beden kitle indeksi				
İdeal kilonun çok üstünde (obez)	92	38,34 ± 12,57	F=1,894	**0,11**
İdeal kiloda	62	40,44 ± 13,66		
İdeal kilonun	42	39,88 ± 13,37		
İdeal kilonun altında	4	41,25 ± 17,02		
İdeal kilonun çok üstünde (morbid obez)	3	20,00 ± 5,00		
Sağlık durumunu tanımlama				
Kötü	79	39,75 ± 13,68^{ab}	F=4,236	**0,01**
Orta	71	35,17 ± 12,81^{b}		
Çok Kötü	31	44,03 ± 13,07^{b}		
İyi	22	42,36 ± 9,71^{ab}		
Hastalık sebebiyle ilaçları kullan şekli				
Düzenli	147	38,04 ± 13,37	t= -1,832	**0,06**
Şikayetler olduğu zaman	56	41,82 ± 12,53		

CamScanner ile tarandı

Tablo 6: Hastaların Sağlık Durumları ile, KOAH Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Ortalamalarına Göre Dağılımları				
Evde oksijen kullanım durumu				
Evet	147	38,65 ± 13,88	t= -0,751	0,45
Hayır	56	40,21 ± 11,32		
Tanı konmuş 6 ay ya da daha uzun süredir devam eden KOAH dışı kronik hastalık varlığı				
Evet	169	38,54 ± 12,56	t= -1,104	0,19
Hayır	34	41,76 ± 16,04		
Son 6 ay içinde hastanede yatma durumu				
Hayır	129	41,29 ± 12,46[b]	F=5,350	**0,01**
Evet	68	34,96 ± 13,83[a]		
2'den fazla yatış	6	38,33 ± 12,91[ab]		
6 ay içinde hastalığınız nedeniyle acil servise başvuru durumu				
Hayır	119	40,9 ± 13,87	F=2,965	**0,05**
Evet	51	35,78 ± 12,14		
2'den fazla yatış	33	37,64 ± 11,48		
Son 6 ay içinde hastalığınız nedeniyle işe gidemediğiniz günlerin varlığı				
Hayır	178	38,33 ± 12,89	t= 2,200	**0,02**
Evet	25	44,48 ± 14,51		

b: Anlamlı fark gösteren grup

Hastaların sağlık durumu özellikleri ile KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Puanı Ortalamaları arasındaki ilişki tablo 6'da verilmiştir. Buna göre;

Hastaların kendi sağlık durumlarını tanımlama ile KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Puanı Ortalamaları arasında bir anmalı ilişki saptanmıştır $p<0,05$ ($F=4,236$ $p=0,00$). Anlamlı farkın sağlık durumunu orta ve çok kötü olarak tanımlayan hastalardan kaynaklandığı görülmüştür. Sağlık durumunu orta olarak tanımlayan hastaların puan ortalamasının (35,17 ± 12,81), çok kötü olarak tanımlayan hastaların puan ortalamasından (44,03 ± 13,07) daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Hastaların düzenli ilaç kullanama durumları ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($t= -1,832$ $p=0,00$). Buna göre; düzenli ilaç kullananların puan ortalamalarının (38,04 ± 13,37), şikâyeti olduğunda ilaç kullananlardan (41,82 ± 12,53) daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Hastaların son 6 ay içinde hastanede yatma durumları ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır $p<0,05$ ($F=5,350$ $p=0,00$). Anlamlı farkın son 6 ay içinde hastanede yatan hastalar (34,96 ± 13,83) ile yatmayan (41,29 ± 12,46) hastalardan kaynaklandığı görülmüştür. Hastanede yatmayan hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

CamScanner ile tarandı

Hastaların son 6 ay içinde hastalığı nedeniyle işe gidememe durumları ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları arasındaki ilişki incelemiş ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur $p<0,05$ ($t= 2,200$ $p=0,02$). Hastalığı nedeniyle işe gidemeyen hastaların puan ortalamalarının (44,48 ± 14,51), işe gitmede sorun yaşamayan hastalardan (38,33 ± 12,89) daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 7: KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Puanı Ortalamaları Regresyon Analizi Sonuçları

	B_0 (%95CI)	**B_1**	**SH**	**Test ist.**	**p**	**r_1**	**r_2**	**F**	**p**	**R^2**	**SH**
Değişkenler	101,85 (82,83-120,86)		9,64	10,56	**0,01**			28,904	**0,01**	0,41	10,12
Yaş	-0,7 (-0,96- -0,44)	-0,39	0,13	-5,32	**0,01**	-0,36	-0,29				
Çocuk sayısı	-2,47 (-3,42- -1,52)	-0,35	0,48	-5,10	**0,01**	-0,34	-0,28				
BKİ kg/m²	-0,4 (-0,65- -0,14)	-0,17	0,13	-3,04	**0,01**	-0,21	-0,16				
Hastalık süresi	0,96 (0,5- 1,43)	0,26	0,24	4,06	**0,01**	0,28	0,22				
Oksijen kullanma süresi	0,56 (0,26- 0,87)	0,21	0,15	3,65	**0,01**	0,25	0,20				

B_0: Standartlaştırılmamış katsayı, B_1: Standartlaştırılmış katsayı, r_1: Basit korelasyon, r_2: Kısmi korelasyon

Hastalarının KOAH bilgi puanı ortalamalarına etki eden yaş, çocuk sayısı, BKİ, hastalık süresi ve 24 saat içinde oksijen kullanım süresi Tablo 7'de lineer regresyon modeli ile incelenmiştir. Kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=28,904$; $p<0,001$). Analiz sonucunda tüm parametrelerin KOAH Bilgi Puanı Ortalamalarına etki ettiği görülmüştür (tüm parametreler için $p=0,00$). Yaş arttıkça KOAH bilgi puanı ortalamasının 0,7 kat azaldığı, çocuk sayısı arttıkça 2,47 kat azaldığı, BKİ arttıkça 0,4 kat azaldığı, hastalık süresi arttıkça 0,96 kat arttığı ve 24 saatte kullanılan oksijen miktarı arttıkça KOAH bilgi puanı ortalamasının 0,56 kat arttığı görülmüştür. Regresyon analizi sonucunda KOAH bilgi puanı ortalamalarına etki eden faktörlerin %41'i oluşturulan model ile açıklanmaktadır (Tablo 7).

CamScanner ile tarandı

Tablo 8: Hastaya Bakım Verenlerin Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=203)

Özellikler		**Ort±Ss**	**Min-Maks (Medyan)**
Bakım verenin yaşı		50,64±12,55	22-85 (50)
Çocuk sayısı		2,46±1,41	0-7 (3)
		n	**%**
Cinsiyet	Kadın	156	76,8
	Erkek	47	23,2
Eğitim düzeyi	İlkokul	83	40,9
	Ortaokul/İlköğretim	38	18,7
	Okuma yazma biliyor	36	17,7
	Okuma yazma bilmiyor	17	8,4
	Lise	16	7,9
	Üniversite	13	6,4
Medeni durum	Evli	161	79,3
	Dul	26	12,8
	Bekâr	16	7,9
Yaşanılan yerde hasta ile birlikte kalma durumu	Evet	145	71,4
	Hayır	58	28,6
Yaşanılan yer	İl	190	93,6
	Köy	13	6,4
Meslek	Ev hanımı	140	69
	İşçi	42	20,7
	Emekli	11	5,4
	Memur	10	4,9
Hasta ile yakınlık derecesi	Birinci derece akraba	177	87,2
	İki ve üstündeki derecede akraba	26	12,8
Birlikte yaşadığı kişiler	Çocuklarıyla	104	51,2
	Eşiyle	75	36,9
	Anne ve baba	24	11,8
Bakmakla yükümlü olduğu farklı bireyin varlığı	Evet	110	54,2
	Hayır	93	45,8
Çalışma durumu	Hayır	162	79,8
	Evet	41	20,2
Çalışmama nedeni	Ev hanımı	85	41,9
	Hastaya bakım verdiğim için	64	31,5
	Çalışıyorum	54	26,6
Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığı ve tedavisi süresince ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında eğitim alma durumu	Hayır	103	50,7
	Evet	100	49,3
Eğitim aldığı kişi	Almadım	103	50,7
	Kitap ve İnternet	60	29,6
	Sağlık Çalışanından (Hemşire)	40	19,7
Tedavi sürecinde hastaneye geliş ve gidişlerde hastanın yanında bulunma durumu	Bazen	106	52,2
	Her zaman	97	47,8
Toplam		**203**	**100,0**

CamScanner ile tarandı

Çalışmada hastaya bakım veren katılımcıların sosyo-demografik özellikleri tablo 7'de verilmiştir. Bakım verenlerinin yaş ortalaması 50,64±12,55 yıl olarak saptanmıştır. Katılımcıların %23,2'sinin erkek, %76,8'inin de kadın olduğu görülmüştür. Hasta bakım verenlerin %8,4'ünün okuma yazma bilmediği, %17,7'sinin okuma yazma bildiği, %40,9'unun ilkokul mezunu, %18,7'sinin ortaokul/ilköğretim, %7,9'unun lise ve %6,4'ünün üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin %7,9'unun bekar, %12,8'inin dul ve %79,3'ünün evli olduğu görülmüştür. Katılımcıların %71,4'ünün yaşanılan yerde hasta ile kaldığı, %28,4'ünün ise hasta ile kalmadığı görülmüştür. Katılımcıların %93,6'sının ilde, %6,4'ünün köyde yaşadığı saptanmıştır. Bakım verenlerin %69'unun ev hanımı, %20,7'sinin işçi, %4,9'unun memur ve %5,4'ünün emekli olduğu görülmüştür. Hastaya bakım verenlerin hasta ile yakınlık dereceleri incelendiğinde %87,2'sinin birinci derece akraba olduğu ve %51,2'sinin çocuklarıyla birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Bakım verenlerin %54,2'sinin bakım verdikleri hastadan başka bakmakla yükümlü olduğu bireyler olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin %79,8'inin çalışmadığı ve çalışmama nedenleri incelendiğinde %31,5'inin hastaya bakım verdiğinden dolaya çalışmadığı saptanmıştır. Bakım verenlerin %50,7'sinin KOAH hastalığı ve tedavisi süresince ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında eğitim almadığı, %49,3'ünün ise eğitim aldığı saptanmıştır. Eğitim alanların %19,7'sinin eğitimi sağlık çalışanından aldığı, %29,6'sının ise kitap veya internetten aldığı saptanmıştır. Bakım vericilerin %52,2'sinin tedavi sürecinde hastanın hastaneye geliş ve gidişlerinde bazen yanında bulunduğu, %47,8'inin ise her zaman yanında olduğu görülmüştür (Tablo 8).

Tablo 9: Bakım Verenlerin, Verdikleri Bakımın Niteliğine Göre Dağılımları (n=203)

Özellikler		**Ort±Ss**	**Min-Maks (Medyan)**
Hastaya bakım verme süresi		3,23±3,29	1-30 (2)
Hasta bakımı için 24 saatte harcadığı süre		4,69±3,16	1-24 (4)
		n	**%**
Bakım verme şekli	Sürekli	97	47,8
	Dönüşümlü	73	36
	İhtiyaç olduğunda	19	9,4
	Ara sıra	14	6,9
Hastaya bakımda yardımcı olduğu konular			
Banyo yapma	Evet	117	57,6
	Hayır	86	42,4
Psikolojik destek	Evet	175	86,2
	Hayır	28	13,8

CamScanner ile tarandı

Tablo 9: Bakım Verenlerin, Verdikleri Bakımın Niteliğine Göre Dağılımları (n=203)			
Giyinme	Hayır	103	50,7
	Evet	100	49,3
Tuvalet	Hayır	118	58,1
	Evet	85	41,9
Hareket	Evet	137	67,5
	Hayır	66	32,5
Beslenme	Evet	118	58,1
	Hayır	85	41,9
Ev işleri	Evet	172	84,7
	Hayır	31	15,3
Alış- veriş	Evet	186	91,6
	Hayır	17	8,4
Hastanın bakımında destek olan başka birinin varlığı	Evet	152	74,4
	Hayır	51	25,6
Bakımı veren bireyin yakınlığı	1. derece yakını	74	36,5
	2. ve diğer yakınlar	70	34,5
	Yardımcı olan kimse yok	52	25,6
	Bakıcı	7	3,4
Bakımda diğer bireylerden alınan desteği yeterli bulma	Hayır	106	52,2
	Evet	97	47,8
Hastaya bakım verdiğinden beri fiziksel düzeyde sorun/sorunlar yaşama	Evet	154	75,9
	Hayır	49	24,1
Hastaya bakım verdiğinden beri psikolojik sorun/sorunlar yaşama	Evet	124	61,1
	Hayır	79	38,9
Hastaya bakım verdiğinden beri sosyal sorun/sorunlar yaşama	Evet	181	89,2
	Hayır	22	10,8
Hastaya bakım verdiğinden beri finansal sorun yaşama durumu	Evet	143	70,3
	Hayır	60	29,6
Hastaya bakma nedeni	Ailevi sorumluluk	194	95,6
	Ekonomik katkısı olduğu için	9	4,4
Toplam		**203**	**100,0**

Araştırmada, bakım veren bireylerin verdikleri bakımın niteliğine göre dağılımları tablo 9'da verilmiştir. Bakım verenlerin hastaya ortalama 3,23±3,29 yıldır bakım verdiği ve 24 saatteki bakım verme süre ortalamasının da 4,69±3,16 saat olduğu görülmüştür. Bakım vericilerin %47,8'inin sürekli, %9,4'ünün ihtiyaç olduğunda, %36'sının dönüşümlü ve %6,9'unun ara sıra bakım verdiği saptanmıştır. Hastaya bakım verenlerin, bakımda yardımcı oldukları konular incelendiğinde; %57,6'sının banyo, %86,2'sinin psikolojik destek, %49,3'ünün giyinme, %41,9'unun tuvalet, %67,5'inin hareket, %58,1'inin beslenme, %84,7'sinin ev işleri ve %91,6'sının alışveriş olduğu görülmüştür. Hastaya bakım veren dışında, farklı bakım verenin varlığı incelendiğinde %74,4'ünde başka bir bakım verici olduğu, %25,6'sında ise başka bakım vericinin olmadığı saptanmıştır. Bakımda destek olan farklı bir bireyin yakınlığı incelendiğinde %36,5'inin birinci derece akraba, %3,4'ünün bakıcı,

CamScanner ile tarandı

%34,5'inin ikinci derece akraba ve %25,6'sının başka yardım edenin olmadığı görülmüştür. Bakım vericilerin %75,9'unun hastaya bakım verdiğinden beri fiziksel düzeyde sorun/sorunlar yaşadığı, %61,1'inin hastaya bakım verdiğinden beri psikolojik sorun/sorunlar yaşadığı, %89,2'sinin hastaya bakım verdiğinden beri sosyal sorun/sorunlar yaşadığı ve %29,6'sının hastaya bakım verdiğinden beri finansal sorun yaşadıkları görülmüştür. Hastaya bakım verenlerin %95,6'sının hastaya ailevi bir sorumluluk olduğu için, %4,4'ünün ise ekonomik katkısı olduğu için bakım verdiği saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 10: Hastaya Bakım Veren Bireylerin, Yaşadıkları Fiziksel, Psikolojik ve Sosyal Sorunlarına Göre Dağılımları

Yaşanılan sorun	Artma oldu		Azalma oldu		Sorun Yaşamadım	
	n	%	n	%	n	%
Fiziksel değişim						
Yorgunluk	142	70	0	0	61	30
Uyku değişimi	42	20,7	37	18,2	124	61,1
İştah değişimi	9	4,4	28	13,8	166	81,8
Kişisel bakımda değişim	1	0,5	71	35,0	131	64,5
Dikkat değişimi	0	0	57	28,1	146	71,9
Psikolojik değişim						
Sıkıntı hissi	56	27,6	1	0,5	146	71,9
Çaresizlik	51	25,1	0	0	152	93,1
Korku	42	20,7	1	0,5	160	78,8
Ümitszilik	21	10,3	0	0	181	89,7
Ağlama isteği	14	6,9	0	0	189	100,0
Güçsüzlük	13	6,4	3	1,5	187	92,1
Aşırı konuşmak isteme	6	3,0	0	0	197	97,0
Konuşmak istememe	4	2,0	0	0	199	98,0
Gülme isteği	0	0	0	0	203	74,9
Sosyal değişim						
Güncel olayların takip etmede	2	1,0	108	53,2	93	45,8
Komşuluk ilişkileri	0	0	137	67,5	66	32,5
Kültürel aktivitelere katılım	0	0	66	32,5	137	67,5
Gece sosyal aktivitelere katılım	0	0	72	35,5	131	64,5

Çalışmamızda hastaya bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar tablo 10'da verilmiştir. Bakım verenlerin %70'inde yorgunlukta artma, %20,7'sinde uyku değişiminde artma, %25,1'inde çaresizlik hissinde artma, %27,6'sında sıkıntı hissinde artma, %20,7'sinde korku hissinde artma, %53,2'sinde güncel olayları takip etmede azalma, %67,5'inde komşuluk ilişkilerinde azalma, %32,5'inde kültürel aktivitelere katılmada azalma ve %35,5'inde ise gece sosyal aktivitelere katılmada azalma olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

CamScanner ile tarandı

Tablo 11: Zarit Bakım Yükü Ölçek Düzeyi ve Kategorik Sınıflandırma n=203

	Ort±Ss	**Min- Maks (Medyan)**
Zarit Bakım Yükü Ölçeği Puanı	39,21±15,19	9-73 (42)
Zarit Bakım Yükü Ölçeği Düzeyi	n	%
'Orta düzeyde' bakım yükü	88	43,3
'Hafif' bakım yükü	69	34
Bakım yükü 'yok'	26	12,8
'Ağır' bakım yükü	20	9,9

Çalışmaya katılan bakım verenlerin Zarit Bakım Yükü Ölçeği puanları tablo 11'de verilmiştir. Bakım verenlerin Zarit Bakım Yükü Ölçeği puan ortalamaları 39,21±15,19 olarak bulunmuştur. Zarit Bakım Yükü Ölçeği'nin kategorik sınıflaması incelendiğinde, bakım verenlerin %12,8'inde bakım yükünün olmadığı, %34'ünde hafif bakım yükü, %43,3'ünde orta düzeyde bakım yükü ve %9,9'unda ağır bakım yükü yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 11).

Tablo 12: Bakım Verenlerin, Sosyo-Demografik Özelliklere Göre, Zarit Bakım Yükü Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	**Sayı (n)**	**$\bar{x} \pm SS$**	**Test İstatistiği**	**p**
Cinsiyet				
Kadın	156	39,82 ± 13,36	t= -0,83	0,40
Erkek	47	37,21 ± 20,15		
Eğitim Düzeyi				
İlkokul	83	39,82 ± 16,93^{ab}	F=2,835	**0,01**
Ortaokul/İlköğretim	38	36,29 ± 12,61^{ab}		
Okuma yazma biliyor	36	40,5 ± 14,9^{ab}		
Okuma yazma bilmiyor	17	47,47 ± 14,68^{a}		
Lise	16	29,56 ± 10,83^{b}		
Üniversite	13	41,46 ± 9,73^{ab}		
Medeni Durum				
Evli	161	39,05 ± 16,27^{c}	Welch= 24,77	**0,01**
Dul	26	45,85 ± 4,35^{b}		
Bekar	16	30,13 ± 9,39^{a}		
Yaşanılan yerde hasta ile kalma durumu				
Evet	145	38,74 ± 15,54	t= -0,709	0,47
Hayır	58	40,41 ± 14,36		
Yaşanılan yer				
İl	190	38,70 ± 15,14	t= -1,84	0,06
Köy	13	46,69 ± 14,41		

CamScanner ile tarandı

Tablo 12: Bakım Verenlerin, Sosyo-Demografik Özelliklere Göre, Zarit Bakım Yükü Ölçek Ortalamalarının Karşılaştırılması				
Meslek				
Ev hanımı	140	39,69 ± 13,57[abc]	F= 3,851	**0,01**
İşçi	42	35,4 ± 17,64[a]		
Emekli	11	51,73 ± 21,77[b]		
Memur	10	34,8 ± 10,33[ac]		
Hasta ile yakınlık derecesi				
Birinci derece akraba	177	39,37 ± 15,53	t= 0,395	0,69
İki ve üst derece akraba	26	38,11 ± 12,85		
Birlikte yaşadığı kişiler				
Çocuklarıyla	104	42,95 ± 13,9[a]	F=6,817	**0,01**
Eşiyle	75	35,35 ± 16,71[b]		
Anne ve baba	24	35,13 ± 11,58[ab]		
Bakmakla yükümlü başka bireyin varlığı				
Evet	110	38,40 ± 15,96	t= -0,82	0,41
Hayır	93	40,17 ± 14,24		
Çalışma durumu				
Hayır	162	40,90 ± 15,11	t= -3,212	**0,01**
Evet	41	32,5 ± 13,62		
Hayır diyenlerin çalışmama nedeni				
Ev hanımı olma	85	37,67 ± 15,27[b]	F=10,631	**0,01**
Hastaya bakım ver için	64	45,77 ± 14,13[a]		
Çalışmama tercihi	54	33,89 ± 13,73[b]		
Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığı ve tedavisi sırasında ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında eğitim alma durumu				
Hayır	103	39,61 ± 16,54	t= -0,376	0,70
Evet	100	38,81 ± 13,73		
Eğitim aldığınız kişi				
Almadım	103	39,61 ± 16,54	F=0,132	0,87
Kitap ve İnternet	60	39,25 ± 14,45		
Sağlık Çalışanından (Hemşire)	40	38,15 ± 12,74		
Tedavi sürecinde hastanın hastaneye geliş ve gidişlerinde yanında bulunma durumu				
Bazen	106	37,70 ± 16,08	t= -1,484	0,13
Her zaman	97	40,86 ± 14,05		

a-c: aynı harfe sahip değerler arasında fark yoktur

Çalışmamızda bakım verenlerin sosyo- demografik özellikleri ile Zarit Bakım Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki tablo 12'de incelenmiştir.

Bakım verenlerin cinsiyetleri ile bakım yükü puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (t= -0,83; p=0,40). Bakım verenlerin eğitim durumu ile bakım yükü puanları

CamScanner ile tarandı

arasında anlamlı ilişki görülmüştür (F=2,835; p=0,01). Anlamlı farkın okuma yazma bilmiyor olma (47,47 ± 14,68) ile (29,56 ± 10,83) lise düzeyinden kaynaklandığı görülmüştür. Lise düzeyi eğitime sahip bakım verenlerin bakım yükü puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 12).

Bakım verenlerin medeni durumları ile bakım yükü puanları arasında anlamlı ilişki görülmüştür (Welch=24,77; p=0,00). Anlamlı farkın tüm gruplardan kaynaklandığı saptanmıştır. Gruplarda dul olanların (45,85 ± 4,35) puan ortalamasının bekâr (30,13 ± 9,39) ve evli (39,05 ± 16,27) olanların puan ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 12).

Bakım verenlerin meslekleri ile bakım yükü puanları arasında anlamlı ilişki görülmüştür (F= 3,851; p=0,01). Anlamlı farkın emekli (51,73 ± 21,77) ve işçi (35,4 ± 17,64) olanlar ile memur (34,8 ± 10,33) ve emekli (51,73 ± 21,77) olanlardan kaynaklandığı görülmüştür. Emekli olanların bakım yükü puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

Bakım verenlerin birlikte yaşadığı kişiler ile bakım yükü puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (F= 6,817; p=0,00). Anlamlı farkın çocuklarıyla birlikte yaşayanlar (42,95 ± 13,9) ile eşiyle yaşayanlardan (35,35 ± 16,71) kaynaklandığı görülmüştür. Çocuklarıyla birlikte yaşayanların bakım yükü puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 12).

Bakım verenlerin çalışma durumu ile bakım yükü puanları arasında anlamlı ilişki görülmüştür (t=-3,212; p=0,00). Çalışanların bakım yükü ortalamasının (32,5 ± 13,62) çalışmayanlardan (40,90 ± 15,11) daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 12).

Bakım verenlerin çalışmama nedenleri ile bakım yükü puanları arasında ilişki anlamlı bulunmuştur (F= 6,817; p=0,00). Anlamlı farkın hastaya bakım verdiği için (45,77 ± 14,13) çalışmayan bireylerden kaynaklandığı görülmüştür (Tablo 12).

Tablo 13: Bakım Veren Bireylerin, Hastanın Gereksinimlerine Göre Zarit Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Analizi

Hasta Özellikleri	**Sayı (n)**	**$\bar{x} \pm SS$**	**Test İstatistiği**	**p**
Bakım verme şekli				
Sürekli	97	$42,01 \pm 13,52^{ac}$	F=11,75	**0,01**
Dönüşümlü	73	$39,92 \pm 14,73^{a}$		
İhtiyaç olduğunda	19	$21,16 \pm 11,37^{b}$		
Ara sıra	14	$40,71 \pm 17,78^{a}$		
Hastaya öz bakım sırasında yardımcı olduğu aktiviteler				
Banyo Yaptırma				
Evet	117	46,83 ± 11,71	t= 10,248	**0,01**
Hayır	86	28,86 ± 13,16		

CamScanner ile tarandı

Tablo 13: Bakım Veren Bireylerin, Hastanın Gereksinimlerine Göre Zarit Bakım Yükü Puan Ortalamalarının Analizi				
Psikolojik destek				
Evet	175	38,66 ± 14,85	t= -1,30	0,19
Hayır	28	42,68 ± 17,1		
Giyinme				
Hayır	103	30,26 ± 12,51	t= 10,62	**0,01**
Evet	100	48,44 ± 11,85		
Tuvalet				
Hayır	118	32,29 ± 12,99	t= 9,064	**0,01**
Evet	85	48,84 ± 12,61		
Hareket				
Evet	137	45,58 ± 12,21	t= 10,761	**0,01**
Hayır	66	26,02 ± 11,97		
Beslenme				
Evet	118	43,75 ± 14,01	t= 5,333	**0,01**
Hayır	85	32,93 ± 14,59		
Ev işleri				
Evet	172	39,97 ± 14,48	t= 1,673	0,09
Hayır	31	35,03 ± 18,36		
Alış- veriş				
Evet	186	39,32 ± 14,7	t= 0,250	0,74
Hayır	17	38,06 ± 20,38		
Hastanın bakımında destek olan varlığı				
Evet	152	42,38 ± 14,44	t= 5,390	**0,01**
Hayır	51	30,04 ± 13,62		
Bakımda destek olan bireyin yakınlığı				
1. derece yakını	74	43,32 ± 14[a]	Welch=12,627	**0,01**
2. ve diğer yakınlar	70	42,41 ± 14,57[a]		
Yardımcı olan kimse yok	52	29,23 ± 13,12[b]		
Bakıcı	7	38 ± 16,94[ab]		
Bakımda diğer bireylerden alınan desteği yeterli bulma				
Hayır	106	41,64 ± 14,02	t= -2,405	**0,01**
Evet	97	36,57 ± 16,04		
Hastaya bakım verdiğinden beri fiziksel düzeyde sorun/sorunlar yaşama				
Evet	154	44,41 ± 12,63	t= 10,839	**0,01**
Hayır	49	22,9 ± 10,23		
Hastaya bakım verdiğinden beri psikolojik sorun/sorunlar yaşama				
Evet	124	43,48 ± 13,3	t= 5,34	**0,01**
Hayır	79	32,52 ± 15,64		
Hastaya bakım verdiğinden beri sosyal sorun/sorunlar yaşama				
Evet	181	40,22 ± 14,51	t= 2,74	**0,01**
Hayır	22	30,95 ± 18,31		
Hastaya bakım verdiğinden beri finansal sorun yaşama durumu				
Hayır	143	37,76 ± 14,51	t= 2,134	**0,03**
Evet	60	42,7 ± 16,32		
Hastaya bakma nedeni				
Ailevi sorumluluk	194	38,63 ± 15,19	t= -2,572	**0,01**
Ekonomik katkısı olduğu için	9	51,78 ± 8,84		

CamScanner ile tarandı

Tablo 13'te bakım veren bireylerin, hastanın gereksinimlerine göre Zarit Bakım Yükü Puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Bakım verenlerin bakım süreleri ile bakım yükü puanları arasında anlamlı ilişki görülmüştür (F=11,75; p=0,00). Anlamlı farkın ara sıra (40,71 ± 17,78) ve dönüşümlü (39,92 ± 14,73) bakım verenler ile ihtiyaç olduğunda (21,16 ±11,37) bakım verenlerden kaynaklandığı, ihtiyaç olduğunda bakım verenlerin bakım yükünün daha düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda, ihtiyaç olduğunda (21,16 ± 11,37) bakım verenler ile sürekli bakım verenler (42,01 ± 13,52) arasında da anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sürekli bakım verenlerin puan ortalamalarının ihtiyaç halinde bakım verenlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 13).

Bakım verenin hastaya öz bakım sırasında yardımcı olduğu aktiviteler incelendiğinde; psikolojik destek, ev işleri ve alış-veriş aktiviteleri hariç, diğer aktiviteler ile bakım yükü arasındaki ilişki anlamlı görülmüştür (p<0,05). Banyo bakımına katılan bakım verenin, katılma bakım yükü puan ortalamasının (46,83 ± 11,71), katılmayanlardan 28,86 ± 13,16) daha yüksek olduğu saptanmıştır (t= 10,248; p=0,00). Bakım verenin hasta bakımında giyinme bakımına katılma puan ortalamasının (48,44 ±11,85), katılmayanların puan ortalamasından (30,26 ± 12,51) daha yüksek olduğu saptanmıştır (t= 10,62; p=0,00). Bakım verenin hasta bakımında tuvalet bakımına katılma puan ortalamasının (48,84±12,61), katılmayanların puan ortalamasından (30,26 ± 12,51) daha yüksek olduğu saptanmıştır (t= 9,064; p=0,00). Bakım verenin hasta bakımında, hastayı hareket ettirme bakımına katılma puan ortalamasının (45,58 ± 12,21), katılmayanların puan ortalamasından (26,02 ±11,97) daha yüksek olduğu saptanmıştır (t= 10,761; p=0,00). Bakım verenin hasta bakımında beslenme bakımına katılma puan ortalamasının (43,75 ± 14,01), katılmayanların puan ortalamasından (32,93 ± 14,59) daha yüksek olduğu bulunmuştur (t= 5,333; p=0,00) (Tablo 13).

Hasta bakımında, bakım veren kişi dışında bakıma katılan birinin varlığı ile bakım yükü puanları arasındaki ilişki anlamlı belirlenmiştir (t=5,390; p=0,00). Bakım veren kişi dışında bakıma yardımcı olacak bir kişinim varlığı bakım yükü puan ortalamasının düşmesi üzerinde etkili olduğu görülmüştür (Tablo 13). Bakımda destek olan kişilerin yakınlık derecesi ile bakım yükü puanları arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir (Welch=12,627; p=0,00). Bakım veren kişinin hastanın birinci (43,32 ± 14) ya da ikinci derece yakını olmasının (42,41 ± 14,57) bakım yükü puanını arttırdığı görülmüştür (Tablo 13).

Bakım verenlerin, bakım veren diğer bireylerden alınan desteği yeterli bulması ile bakım yükü puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (t=-2,404; p=0,01). Desteği yeterli

CamScanner ile tarandı

bulanların puan ortalamasının (36,57 ± 16,04), yeterli bulmayanlara (41,64 ± 14,02) oranla daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 13).

Hastaya bakma nedeni ile bakım yükü puanları arasındaki ilişki anlamlı görülmüştür (t=-2,571;p=0,01). Hastaya bakma nedeni ekonomik katkı olan bakım verenlerin puan ortalamasının (51,78 ± 8,84), ailevi sorumluluk nedeniyle bakanlardan (38,63 ± 15,19) daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 14: Bakım Verme Süresi ve Bakımı Verenlerin Özelliklerine Göre, Zarit Bakım Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları Regresyon Analizi Bulguları

	B_0 (%95CI)	**B_1**	**SH**	**Test İst.**	**p**	**r_1**	**r_2**	**F**	**p**	**R^2**	**SH**
Constant	17,13 (8,92- 25,33)		4,16	4,12	0,01						
Hastaya bakım verme süreci (yıl)	0,43 (-0,1- 0,95)	0,092	0,26	1,61	0,11	0,11	0,09				
Hastaya 24 saatte bakım verme süresi (saat)	2,53 (1,98- 3,07)	0,526	0,28	9,11	0,01	0,54	0,52	27,487	**0,01**	0,35	12,30
Çocuk sayısı	2,21 (0,61- 3,81)	0,205	0,81	2,72	0,01	0,19	0,16				
Bakım verenin yaşı	0,07 (-0,11- 0,25)	0,056	0,09	0,74	0,46	0,05	0,04				

B_0: Standartlaştırılmamış katsayı, B_1: Standartlaştırılmış katsayı, r_1: Basit korelasyon, r_2: Kısmi korelasyon

Hastalarının Zarit Bakım Yükü Ölçeği puanı ortalamalarının, hastaya bakım verme süresi (yıl), 24 saatteki verilen ortalama bakım süresi (saat), bakım verenlerin çocuk sayısı ve bakım veren kişinin yaşı tablo 14'de lineer regresyon modeli ile incelenmiştir. Kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=27,487; p<0,001). Analiz sonucunda 24 saatte verilen ortalama bakım süresi (saat) ve bakım verenin çocuk sayısının Zarit Bakım Yükü Ölçeği puanı ortalamalarına etki ettiği görülmüştür (p değerleri sırasıyla p=0,00, p=0,01). Günlük, 24 saatte verilen ortalama bakım süresi arttıkça bakım veren yükünün 0,5 kat ve bakım verenin çocuk sayısı arttıkça bakım vereme yükünün 0,2 kat arttığı çalışmada belirlenmiştir. Regresyon analizi sonucunda, %35 düzeyinde hastaya bakım verme süresinin "yıl" üzerinden, 24 saatteki verilen ortalama bakım süresinin "saat" üzerinden, çocuk sayısı ve bakım verenin yaşının Zarit Bakım Yükü Ölçeği puanı ortalamalarında anlamlı etkiye sahip olduğu anlaşılmıştır (Tablo 14).

CamScanner ile tarandı

Tablo 15: Zarit Bakım Yükü Puanı İle KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Puanı Arasındaki İlişki n=203

Zarit Bakım Yükü		
KOAH Sağlık Okuryazarlık Ölçeği	r*	-0,131
	p	0,063

*Pearson korelasyon

Bakım verenlerin Zarit Bakım Yükü puan ortalamaları ile hastaların KOAH Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Puanı arasındaki ilişki, pearson korelasyon analizi ile incelenmiş ve aralarında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 15).

Tablo 16: Zarit Bakım Yükü Ölçeği Puan Ortalamasına Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizi n=203

	B_0 (%95CI)	**B_1**	**SH**	**Test İst.**	**p**	**r_1**	**r_2**	**F**	**p**	**R^2**	**SH**
Constant	-43,25 (-71,41--15,08)		14,28	-3,03	**0,01**						
Hastaya bakım verme süresi (yıl)	0,28 (-0,24-0,8)	0,06	0,26	1,07	0,29	0,08	0,06				
Hastaya 24 saatte bakım verme süresi (saat)	2,41 (1,88-2,93)	**0,50**	0,27	9,06	**0,01**	0,55	0,48				
Bakım verenin çocuk sayısı	0,56 (-1,052,16)	0,05	0,81	0,69	0,49	0,05	0,04				
Hasta yakınının cinsiyeti ref. Kat=erkek	0,47 (-3,524,45)	0,01	2,02	0,23	0,82	0,02	0,01				
Hastaların KOAH sağlık okuryazarlık ölçeği puan ortalaması	0,2 (0,05- 0,36)	**0,18**	0,08	2,60	**0,01**	0,19	0,14	15,72	**0,01**	**0,47**	11,31
Hastanın BKİ	0,45 (0,14-0,76)	**0,17**	0,16	2,84	**0,01**	0,20	0,15				
Hastalığın süresi	-0,64 (-1,21 0,07)	**-0,15**	0,29	-2,22	**0,03**	-0,16	-0,12				
Hastanın çocuk sayısı	2,71(1,42- 3,99)	**0,34**	0,65	4,16	**0,01**	0,29	0,22				
Hastanın yaşı	0,45 (0,12-0,77)	**0,22**	0,16	2,72	**0,01**	0,19	0,14				
Hastanın cinsiyeti ref. Kat=erkek	2,09 (-2,1-6,29)	0,06	2,13	0,98	0,33	0,07	0,05				

B_0: Standartlaştırılmamış katsayı, B_1: Standartlaştırılmış katsayı, r_1: Basit korelasyon, r_2: Kısmi korelasyon

Zarit Bakım Yükü Ölçeği puan ortalamasına etki eden faktörlerin regresyon analizi sonuçları tablo 16'da görülmektedir. Tabloya göre, hastaya bakım verme süresi (yıl), 24 saatte verilen ortalama bakım süresi (saat), bakım verenin çocuk sayısı, bakım verenin yaşı ve cinsiyeti, hastaların KOAH sağlık okuryazarlık ölçeği puan ortalaması, bakım verdikleri hastanın BKİ, hastalığın süresi,

CamScanner ile tarandı

hastanın çocuk sayısı, yaşı ve cinsiyeti arasındaki ilişki lineer regresyon modeli ile incelenmiştir. Kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=15,72; p<0,001). Analiz sonucunda 24 saatte verilen ortalama bakım süresinin, KOAH Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamasının, bakım verdiklerin hastanın BKİ'sinin, hastalığın süresinin, hastanın çocuk sayısının ve hastanın yaşının Zarit Bakım Yükü Ölçeği puanı ortalamalarına etki ettiği görülmüştür (p değerleri sırasıyla p=0,00; p=0,01; p=0,01; p=0,03; p=0,00; p=0,01). Bakım verenlerin bakım yükü 24 saatte verilen ortalama bakım süresi arttıkça 0,5 kat, KOAH sağlık okuryazarlık ölçeği puan ortalaması arttıkça 0,18 kat, BKİ arttıkça 0,17 kat, hasta çocuk sayısı arttıkça 0,34 kat ve hasta yaşı arttıkça 0,22 kat arttığı görülmüştür. Buna karşın hastalık süresi arttıkça bakım yükünün 0,15 kat azaldığı saptanmıştır. Regresyon analizi sonucunda, Zarit Bakım Yükü Ölçeği puanı ortalamalarına etki eden faktörlerin %47'si oluşturulan model ile açıklanmıştır (Tablo 16).

CamScanner ile tarandı

TARTIŞMA

Kronik Obstrüktif Akciğer hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyi, hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyine etki eden faktörler, hasta yakınlarının bakım yükü, bakım yükünü etkileyen başlıca faktörler ve KOAH hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyinin hasta yakınlarının bakım yüküne etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları ilgili literatürler ile karşılaştırılarak ve tartışılmıştır.

Hastaların sosyodemografik özelliklerini incelediğimizde, araştırmaya katılan erkek (%69,5) hastaların oranı, kadın (%30,5) hastalara göre daha fazla bulunmuştur. KOAH hastalarının cinsiyeti incelendiği bir araştırmada, kadınlarda %28, erkeklerde %72 oranında KOAH bulunduğu görülmüştür (Avcil vd., 2014). Sigara en belirgin KOAH sebeplerindendir. Türkiye İstatistik Kurumu resmi verilerine göre; erkeklerin sigara içme oranı %41,3 kadınların sigara içme oranı %14,9' dur (TÜİK, 2019). Bu durum KOAH'ın erkeklerde neden daha fazla görüldüğünü risk faktörleri açısından açıklamaktadır.

Medeni durumu evli olan hastaların oranı (%74,4) bekâr hastaların oranı (%5,4) ve dul olan hastaların (%20,2) oranından yüksektir. Sökmen'in araştırmasında da benzer şekilde evli olan hastaların oranı (%62,2) bekâr olan ve (%2,6) dul olan hastaların oranından (% 33,2) fazla bulunmuştur (Sökmen, 2019).

Çalışmaya katılan hastaların büyük bölümünün ilkokul mezunu (%43.3) olduğu saptanmıştır. Sökmen'in araştırmasında büyük çoğunluğu okuryazar olmayan KOAH hastaları oluşturmuştur. Okuryazar olmayan hastaların oranı % 41,6 olarak görülmüştür (Sökmen2019). Her iki araştırmada da hastaların sağlık okuryazarlık düzeyi düşük çıkmakla birlikte eğitim düzeyinin KOAH hastaları için ayırt edici olduğu anlaşılmaktadır.

Katılımcıların yaş ortalaması 70,90±7,18 bulunmuştur. Benzer şekilde Sökmen'in araştırmasında da KOAH hastalarının yaş ortalaması 65,08±11,77 ile yakın değerler görülmüştür (Sökmen, 2019).

Şehirde yaşayanların (%81.3) oranı köylerde yaşayanlara (%17,3) göre daha yüksek bulunmuştur. Sökmen'in araştırmasında da şehirde yaşayanların oranı (%63,1) diğerlerinden fazla bulunmuştur (Sökmen, 2019). Şehirde yaşayan hastaların sağlık hizmetlerine ulaşma imkânı köylerde yaşayan insanlara göre daha fazladır. Birçok beldede KOAH tanısı için gerekli spirometri dahi bulunmamaktadır. Bu durum, bireyler KOAH olsalar bile uzun süre tanı konulamadığını ve sağlıkta eşitsizliğe yol açtığını göstermektedir (Kocabaş vd., 2014).

CamScanner ile tarandı

Eşi ile birlikte yaşayan hastaların oranı (67,5) çocukları ile birlikte yaşayanlardan (30,5) yüksek bulunmuştur. Kar'ın araştırmasında da hastaların çoğunluğunun (%75,8) bakım verenlerinin eşleri olduğu görülmüştür KOAH hastalarının çoğunluğu eşleri ile birlikte kalmaktadır. Çocukları ile birlikte kalanların oranı %7,2'dir (Kar, 2018).

Hastaların meslekleri incelendiğinde çoğunluğun emekli olduğu görülmüştü (%55,2). Ev hanımı olanların oranı %23,2'dir. Hastaların çoğunluğu (%92,1) şu anda çalışamadığını bildirmiştir. Çalışanların oranı sadece %7,9 olarak ortaya çıkmıştır (Tablo1).

Hastaların sigara içme durumları incelendiğinde hastaların çoğunluğu (%65,5) sigarayı bırakmıştır. Hastaların az bir kısmı (%10,3) hala sigara içmeye devam ettiğini belirtmektedir. Kar'a göre hastaların KOAH olmalarına rağmen %21,9'nun sigara içmeye devam ettiği görülmüştür (Kar, 2018). Sağlıklı birey ile KOAH'lı birey üzerinde yapılan bir araştırmada sigara içme düzeyi aynı olan hastaların obstrüksiyon parametrelerinin KOAH'lı grupta bozulduğunu belirtmiştir (Çakmak, 2013). KOAH'ın en büyük sebeplerinden biri sigaradır. Bununla birlikte bu araştırmada hiç sigara kullanmamasına rağmen KOAH olan bireylerin sayısı da az değildir. Çalışmada, hastaların %24,1'i daha önce hiç sigara kullanmadığını belirtmiştir (Tablo1).

Araştırmaya katılan KOAH hastalarının sağlık durumu özelliklerini incelediğimizde, hastaların hastalık sürelerinin ortalama (6,12±3,60) yıl olduğu saptanmıştır. Katılımcıların beden kitle endekslerine bakıldığında, hastaların çoğunluğunun (%45,3) ideal kilonun üstünde (kilolu) olduğu görülmektedir. Gönlügür ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, 479 KOAH tanılı birey retrospektif olarak taranmış, BKİ ile solunum fonksiyonları arasında pozitif korelasyon saptanmış ve kilo kaybı ve solunum fonksiyon kaybının erkek cinsiyette daha belirgin olduğu belirtilmiştir (Gönlügür vd.,2004). Gönlügörün çalışmasından farklı olarak bu çalışmada, hastaların sadece %2' sinin ideal kilonun altında (zayıf) olduğu görülmüştür. Hastaların çoğunluğu (%45,3) ideal kilonun üstünde bulunmuştur.

Hastaların kendi sağlık durumlarını tanımlamaları incelendiğine, hastaların çoğunluğu (%38,9) kendi durumunu kötü olarak tanımlamıştır. Hastaların çok azı (%2) kendi durumunu iyi olarak tanımlamıştır. Takmak'a göre; KOAH hastalarında görülen dispne ve hastalığın ilerleyen evrelerinde görülen fiziksel bağımlılık anksiyeteye neden olmaktadır. Bu nedenle KOAH'lı hastaların emosyonel durumlarının da KOAH'ın prognozu gibi değerlendirilmesi ve iyileştirici girişimlerin planlanması gereklidir (Takmak, 2019). Yapılan bu çalışma Takmak' ın çalışmasının sonuçlarını desteklemektedir.

CamScanner ile tarandı

Hastaların %72,4'ünün düzenli ilaç kullandığı ve benzer şekilde %72,4'ünün evde oksijen kullandığı belirlenmiştir. Hastaların evde oksijen kullanımı günde ortalama 4,22±4,85 saattir. KOAH hastalarında evde ve uzun dönemde oksijen kullanımının yaşam süresini uzatmadığı GOLD 2018 kılavuzunda belirtilmektedir. Araştırmada hastaların çoğunluğu evde oksijen kullandığını belirtmiştir (GOLD, 2018).

Hastaların %83,3'ünün KOAH'a ek olarak farklı bir kronik hastalığının olduğu görülmüştür. Yapılan başka bir araştırmada, KOAH' ta ek olarak görülen hastalıklar sırasıyla; hipertansiyon %22, koroner arter hastalığı %8.9, diabetes mellitus %7.4, kanser %6.4, kalp yetmezliği %4.9 ve serebrovasküler hastalık %2 oranında belirtilmiştir (Çilli v.d.,2004). Hastaların anksiyete ve depresyon durumlarının gözlendiği başka bir araştırmada ise; hastaların çoğunlukla %88.9 oranında anksiyete, %85.7 oranında depresyon yaşadıkları, anksiyete ve depresyon arasında pozitif ilişki olduğu görülmüştür (Korkmaz ve Tel 2011). Son altı ay içerisinde hastaların %33,5'inin hastalığı nedeniyle hastanede yattığı ve %25,1'inin son altı ay içinde hastalığı nedeniyle acil servise başvurduğu saptanmıştır. KOAH atak geçirme sıklığı ve tedaviye uyumun araştırıldığı Dargyerbyk'ın yaptığı bir araştırmaya göre, düzenli tedavi almalarına rağmen hastaların %38,2 si tekrar hastaneye yattığı belirlenmiş ve % 43,6'sının acile başvurduğu bulunmuştur (Dargyerbyk, 2020). Yapılan bu araştırmada hastaların son altı ayda hastanede yatma oranları Dargyerbyk'ın çalışması ile uyumlu bulunurken, acile başvurma oranlarının Dargyerbyk'ın araştırmasında daha fazla olduğu dikkati çekmektedir.

Hastaların %12,3'ünün hastalığı nedeniyle son altı ay içinde işe gidemediği görülmüştür. Ayrıca %92,1'i çalışmadığını bildirmiştir. Çalışmada hastaların %55,2'si emekli oldukları görülmüştür. Dargyerbyk 'ın araştırmasında hastaların sadece %34,4'ü çalışmaktadır. (Dargyerbyk, 2020). Sonuçlar Dargyerbyk'ın araştırma sonuçları ile paralellik göstermiştir. Hastalık şiddeti çalışmaya engel olduğu gibi ekonomik yönden de hastaların bu süreçten etkilendiği anlaşılmaktadır.

Hastaların kişisel ihtiyaçlarını karşılarken destek alma durumları incelendiğinde, banyo yaparken %70,9'unun, giyinirken %57,1'inin, hareket ederken %75,4'ünün, tuvalete giderken %43,8'inin, beslenme ihtiyacını karşılarken %30'unun ve %72,9'unun psikolojik yönden desteğe ihtiyaç olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Wahl ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada KOAH'lı kişilerde potansiyel sağlık okuryazarlığı ihtiyaçlarını belirlemede özellikle psikolojik faktörlere bakmanın önemli olduğu vurgulanmıştır (Wahl vd., 2021). Bu araştırmada daha fazla oranla öncelikle hareket ederken %75,4'ünün ve psikolojik yönden %72,9'unun desteğe ihtiyaç duyduğunu belirlenmiştir. Akman'ın araştırmasında, hastaların %36.3'ünün ihtiyaçlarını

CamScanner ile tarandı

başkalarının yardımıyla giderebildikleri bulunmuştur (Akman, 2019). Yapılan bu araştırma, Wahl ve Akman'ın araştırmalarını desteklemektedir. Bu sonuçlar KOAH hastalarının bakım veren veya yardım eden başka bireye büyük oranda ihtiyaç duyduklarını kanıtlamaktadır.

Hastaların KOAH sağlık okuryazarlık bilgi düzeylerini değerlendirdiğimizde hastaların "KOAH SOY bilgi puanı" ortalaması 39,08±13,21 olarak belirlenmiştir. Araştırmada alınan en düşük puan "10" ve alınan en yüksek puan "70" olmuştur. Sağlık okuryazarlık bilgi ölçeğinden alınabilen en yüksek puan 100 olması nedeniyle KOAH hastalarının SOY düzeyleri bu çalışmada "düşük" olarak değerlendirilebilir (Tablo3) Sökmen'in araştırmasında, KOAH SOY bilgi puanı ortalaması 46,93±16,20 olarak bulunmuş; "0" ile 70 puan arasında puanların dağıldığı tespit edilmiştir. Araştırmanın KOAH SOY bilgi puan ortalaması Sökmen'in KOAH SOY bilgi puanı ortalamasından düşüktür. (Sökmen, 2019). İspanya'da sağlık okuryazarlığının kısa değerlendirilme anketi ile KOAH hastalarında yapılan bir çalışmada, hastaların %59' unun sağlık okuryazarlık düzeyinin "yetersiz" olduğu belirlenmiştir (Maestu vd.,2016). Çalışmanın sonuçları Sökmen'in ve Maestu'in araştırması ile uyumlu görülmüş ve hastaların KOAH SOY bilgi puanı maalesef "düşük" olarak tespit edilmiştir (Sökmen, 2019).

Hastalara KOAH SOY ölçeğinde yer alan "KOAH'da yorgunluk ve hırıltılı solunum yaygındır" sorusuna hastaların % 72,4' ü doğru yanıt vermiştir. Hastaların % 9,4 ü soruya yanlış yanıt vermiş, hastaların %18,2'si bilmiyorum olarak işaretlemiştir. Sökmen'in çalışmasında aynı soruya doğru yanıt verenlerin oranı % 93'tür. Çalışmada katılımcıların %6,1'inin bilmediği görülmüş, % 0,9'u ise ifadeye yanlış cevap vermiştir (Sökmen, 2019). Her iki çalışmada da bu soruya doğru yanıt verenlerin oranı yüksektir. Yorgunluk ve hırıltılı solunum hastaların sıklıkla şikâyet ettikleri önemli sorun olması nedeniyle hastaların büyük oranda bu soruyu doğru bildikleri görülmüştür. Aynı ölçekte "Öksürükle balgam çıkarma KOAH'da yaygın bir belirtidir" ifadesine, hastaların %72,9'u doğru cevabı vermiştir. Hastaların %19,7'si ifadeye yanlış cevap vermiş ve %7,4'ü bilmiyorum cevabını işaretlemiştir. Sökmen'in çalışmasında bu ifadeye doğru cevap verenlerin oranı %89,9'dur (Sökmen, 2019). Her iki araştırmada da bu soruya doğru cevap verenlerin oranı yüksektir. Kronik öksürük ve balgam çıkarma KOAH'ın en sık görülen iki belirtisidir (Toraks, 2021). Sıklıkla hastalar, öksürük ve balgam şikâyeti ile hastaneye başvurmaktadırlar, dolayısıyla bu belirtiler çoğu hasta tarafından bilinmektedir.

Hastaların cinsiyetleri ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Anlamlı farkın kadınlardan kaynakladığı saptanmıştır (Tablo 5). Erkeklerin bilgi puanları (41,7 ± 12,95), kadınların bilgi puanlarından (33,15 ± 11,92), daha yüksek olduğu

CamScanner ile tarandı

görülmüştür. Sökmen'in çalışmasında da benzer bir sonuç saptanmış; erkeklerin KOAH bilgi puanları (49,48±13,23), kadınların KOAH bilgi puanlarından (41,73±20,10) yüksek bulunmuştur (Sökmen, 2019). Her iki çalışmada da sağlık okuryazarlık düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki görülmüş ve sağlık okuryazarlığı düzeyi kadınlarda daha düşük bulunmuştur. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılarak yapılan başka bir araştırmada ise, cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı ve sağlık kaygısı arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Aynı araştırmada kadınların sağlık okuryazarlığı ve sağlık kaygısı erkeklere oranla daha fazla çıkmıştır (Kıraç ve Öztürk, 2020).

Çalışmada hastaların KOAH SOY bilgi puan ortalamaları eğitim durumu değişkenine göre farklılaştığı bulunmuştur. Okuma yazma biliyor (33,33 ± 10,61) olan ve eğitim düzeyi ilkokul (37,83 ± 12) olan hastaların puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerine oranla daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 5). Sökmen'in çalışmasında ilkokul mezunu hastaların puan ortalaması (51,640 ± 10,386), bu çalışmadaki ilkokul (37,83 ± 12) mezunu olan hastaların puan ortalamasından yüksek olduğu belirlenmiştir (Sökmen, 2019). Araştırma sonucu Sökmen'in araştırmasını desteklemektedir. Eğitim düzeyi sağlık okuryazarlığını etkileyen en önemli faktördür. Yapılan diğer araştırmalarda da benzer şekilde okuryazarlık seviyeleri düştükçe sağlık okuryazarlığı seviyelerinin düştüğü bulunmuştur; eğitim düzeyinin arttırılması ile sağlık okuryazarlığı seviyesinin arttırılabileceği düşünülmektedir (Türe, 2018).

Hastaların medeni durumu ile KOAH SOY bilgi puanı ortalamaları aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Medeni duruma göre dul olan hastaların (34,88 ± 9,18) puan ortalamalarının evli (40,13 ± 14,05) olanlara oranla daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 5). Sökmen in çalışmasında boşanmış ya da ayrı yaşayanların (40,00±20,25) ve eşi ölmüş olanların bilgi puanları (39,64±16,88), evli kişilerin bilgi puanlarından (50,70±14,31), daha düşük bulunmuştur (Sökmen, 2019).

Hastaların yaşadıkları yer ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiş ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t=-3,766$ $p=0,00$). Köyde yaşayan hastaların puan ortalamalarının (33,95 ± 7,9), şehirde yaşayan hastaların puan ortalamalarından (40,27 ± 13,92) daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 5). Sökmen'in çalışması da benzer niteliktedir. Köyde yaşayan hastaların KOAH SOY bilgi puanı ortalamaları (37,79±17,19) şehirde yaşayanlara göre (49,17±15,78) ve ilçede yaşayanlara göre (48,75±13,48) daha düşük olduğu bulunmuştur. Şehirde yaşayan hastaların eğitim durumunun daha iyi olması bu sonucu desteklemektedir.

CamScanner ile tarandı

Hastaların meslekleri ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiş ve aralarında anlamlı bir fark saptanmıştır $p<0.05$. Bu farkın mesleği çiftçi olanlardan kaynaklandığı görülmüştür. Çiftçi mesleğine sahip olan hastaların puan ortalamasının (31,56 ± 6,51), emekli (40,64 ± 13,51) ve esnaf (44,18 ± 13,46) olanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Bu durum köyde yaşayan bireylerin KOAH SOY bilgi puanı ortalamasının şehirde ve ilçede yaşayan bireylerden daha düşük olmasını açıklamaktadır. Meslek ve KOAH SOY bilgi puanı ortalamasının araştırıldığı farklı bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Hastaların çalışma durumu ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (t= 2,840 p=0,00). Çalışan hastaların puan ortalamasının (47,94 ± 14,65) çalışamayan hastalara göre (38,33 ± 12,85) daha yüksek olduğu görülmüştür. Anlamlı farkın çalışan hastalardan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 5). Sökmen'in araştırmasına çalışanların bilgi puanları (60,50±7,93), çalışmayanların bilgi puanlarından (45,62±16,20) yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma hayatı sosyoekonomik duruma olumlu etkide bulunduğu gibi KOAH sağlık okuryazarlık düzeyi ile sosyal ve deneyimsel öğrenme sağladığı için olumlu etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Hastaların ekonomik durumları ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı farkın ekonomik durumu kötü onlardan kaynaklandığı görülmüştür. Ekonomik durumu kötü olan hastaların puan ortalamasının (34,59 ± 11,76), iyi (55,00 ± 11,44) ve orta olan (40,62 ± 12,65) hastalardan daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 5). Bu sonuçtan farklı olarak Sökmen'in yaptığı araştırmada, anlamlı fark bulunmamıştır (Sökmen, 2019). Türe'nin yaptığı araştırmada da ekonomik düzeyini kötü olarak ifade eden hastaların sağlık okuryazarlık düzeyleri de düşük bulunmuştur. Sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz olan bireylerin %47'sinin gelir seviyeleri kötüdür, bununla birlikte sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli olan bireylerin sadece %19,3'ünün gelir seviyeleri kötüdür. Gelir seviyelerini "orta" seviye olarak değerlendiren hastaların SOY'ları "orta" düzeyde anlamlı ve yeterli olarak bulunmuştur. Gelir seviyelerinin "iyi" seviyede olduğunu belirten hastaların ise SOY'ları anlamlı ve yeterli olarak değerlendirilmiştir. Hastaların gelir seviyelerini artıracak uygun işlerde çalışmalarıyla sağlık okuryazarlıklarının artacağı, yaşam tarzlarının değişebileceği ve daha iyi sosyoekonomik şartlara sahip olabilecekleri kanaatine varılabilir (Türe, 2018).

Hastaların sigara kullanma durumları ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı görülmüştür $p<0.05$. Anlamlı farkın hiç sigara kullanmamış olan hastalardan kaynaklandığı görülmüştür. Çalışmada sigarayı bırakmış hastaların çoğunlukta olduğu

CamScanner ile tarandı

görülmüştür. Hiç sigara kullanmamış hastaların KOAH SOY bilgi puan ortalamalarının (31,33 ± 11,49), bırakmış (40,88 ± 12,93) ve kullanıyor (45,81 ± 11,3) olanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Sökmen'in araştırmasında ise, sigara kullananların bilgi puanları (52,41±16,79), sigara kullanmayanların (42,31±17,86) ve sigarayı bırakmış olanların bilgi puanlarından (46,27±14,43) yüksektir (Sökmen, 2019). Maraş'ın araştırmasında ise farklı olarak, sigara ve alkol kullanımı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Maraş, 2022).

Hastaların sağlık durumlarını tanımlama ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiş ve anlamlı farkın sağlık durumunu "orta" ve "çok kötü" olarak tanımlayan hastalardan kaynaklandığı görülmüştür. Sağlık durumunu "orta" olarak tanımlayan hastaların puan ortalamasının (35,17 ± 12,81), "çok kötü" olarak tanımlayan hastaların puan ortalamasından (44,03 ± 13,07) daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Sökmen'in araştırmasına göre kendi sağlığını "iyi" olarak değerlendirenlerin puanlarının (58,24±9,83) sağlığını "orta" (51,14±12,83), "kötü" (45,85±16,19) ve "çok kötü" (43,54±17,28) olarak değerlendirenlerin puanlarından yüksek olduğu görülmüştür (Sökmen, 2019). Sökmen'in araştırmasında KOAH SOY bilgi puanı yüksek olan hastalar kendi sağlığını iyi olarak değerlendirmekte, bilgi puanı azaldıkça hastaların değerlendirmeleri de "kötü"ye doğru eğilim göstermektedir. Yapılan araştırmada aksine sağlık durumunu "kötü" olarak tanımlayanların KOAH bilgi puanlarının yüksek olması bu hastalarda görülen dispne ve ilerleyen hastalık evrelerinin kendini "iyi" tanımlayanlara göre daha yüksek olması ile açıklanabilir. Hastaların sağlık durumlarını tanımlamalarını incelediğimizde hastaların çoğunluğunu (%38,9) kendi durumunu "kötü" olarak tanımlamıştır. Hastaların çok azı ise (%2) kendi durumunu iyi olarak tanımlamıştır. Takmak'a göre, KOAH hastalarında görülen dispne ve hastalığın ilerleyen evrelerinde görülen fiziksel bağımlılık anksiyeteye neden olmakta ve hastalar kendi durumlarını "kötü" olarak tanımlamaktadırlar (Takmak, 2019).

Hastaların hastalıkları nedeniyle ilaç kullanma şekli ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiş ve hastalıkları nedeniyle düzenli ilaç kullananların puan ortalamalarının (38,04 ± 13,37), şikâyeti olduğunda ilaç kullananlardan (41,82 ± 12,53) daha düşük olduğu görülmüştür. Takmak'ın araştırmasında gruplar arasında aşılanma, ilaç kullanımı, ilaç sayısı, evde oksijen ve nebulizatör kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Takmak, 2019). Sökmen'in araştırmasında da KOAH bilgi puanı ile ilaç kullanımı arasındaki ilişki anlamlı görülmemiştir (Sökmen, 2019). Bu araştırmada

CamScanner ile tarandı

ise, Sökmen ve Takmak'tan faklı olarak SOY ve ilaç kullanım durumları arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.

Hastaların son 6 ay içinde hastalığınız nedeniyle hastanede yatma durumları ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiş ve hastaneye yatmayan hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Aynı durum Sökmen'in araştırmasında da görülmektedir. Hastaneye yatanların bilgi puanları (45,08±16,15), hastaneye yatmayanların bilgi puanlarından (57,14±12,32) düşük bulunmuştur. Bu sonuca göre SOY bilgi düzeyi arttıkça, hastane yatma oranının azaldığı bu durumun önemli bir yarar sağlayarak hasta yükü ve sağlık gideri maliyetlerinin azaltmasına yardımcı olduğu şeklinde yorumlanabilir. Kutlu ve Akbulut'un araştırmasına göre, sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça, bilinçli hasta profili oluşturulması ve hastanın tedaviye uyumun sağlanması ile beklenen sağlık davranışlarının arttığını bulmuştur. Bununla birlikte hastaneye yatışları sağlık harcamalarını ve maliyetleri azaltacağını belirtilmiştir (Kutlu ve Akbulut, 2018). Danimarka'da yapılan KOAH hastalarının sağlık hizmeti kullanımının gözlendiği 4 yıllık ileriye dönük Kohort araştırmasında ise bu sonuçtan farklı olarak diyabet veya KOAH sağlık okuryazarlık düzeyi ile hastaneye yatma arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Friis vd., 2020).

Hastaların Son 6 ay içinde hastalığınız nedeniyle işe gidememe durumları ile KOAH Bilgi Puanı Ortalamaları arasındaki incelemiş ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Hastalıkları nedeniyle işe gidemeyen hastaların puan ortalamalarının (44,48 ± 14,51), hastalığı nedeniyle işe giden ve sorun yaşamayan hastalardan (38,33 ± 12,89) daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 6). Solunum güçlüğü ve yorgunluk sebebiyle hastalığın ilerleyen evrelerinde aktivite kısıtlamasına gidilmektedir. Bu durum hastanın çalışmasını engellemekte hatta günlük yaşam aktivitelerini dahi yerine getirmekte zorlanmasına sebep olmaktadır. İşe gitmede sorun yaşamayan hastalar hastalığın ilerlemesi ile işe gidememe sorunu ile karşıya kalabilmektedirler. Sökmen'in araştırmasında da çalışma durumu değişkenine göre SOY farklılaşmıştır. Sökmen'in araştırmasında tam tersi, çalışanların bilgi puanları (60,50±7,93), çalışmayanların bilgi puanlarından (45,62±16,20) yüksek bulunmuştur (Sökmen, 2019). Çalışmaya henüz engel teşkil etmeyen KOAH döneminde olan ve çalışmaya devam eden hastaların sosyal çevredeki farkındalıklarının daha yüksek olması SOY düzeyinin artmasına neden olabilir.

Hastaların KOAH bilgi puanı ortalamalarına etki eden yaş, çocuk sayısı, BKİ, hastalık süresi ve 24 saatte oksijen kullanım süresi incelendiğinde; hepsinin KOAH bilgi puanı ortalamasını etkilediği görülmüştür. Yaş arttıkça KOAH bilgi puanı ortalamasının 0,7 kat

CamScanner ile tarandı

azaldığı, çocuk sayısı arttıkça 2,47 kat azaldığı, BKİ arttıkça 0,4 kat azaldığı, hastalık süresi arttıkça 0,96 kat arttığı ve 24 saatte kullanılan oksijen miktarı arttıkça 0,56 kat arttığı görülmüştür (Tablo 7). Sökmen'in araştırmasında hastaların KOAH SOY bilgi puanları BKİ, çocuk varlığı ve yaşa göre bir farklılık göstermemiştir (Sökmen, 2019). Türe'nin araştırmasında da aynı şekilde yaş, BKİ, çocuk sayısı ve hastalık süresi değişkenleri ile SOY arasında ilişki görülmemiştir (Türe, 2019). Yapılan bu araştırmada ise; beklenenin aksine yaş arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi azalmıştır. Aynı şekilde çocuk sayısı arttıkça ve BKİ arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi azalmıştır. Hastalık süresi arttıkça KOAH bilgi puanının artması ve 24 saatte kullanılan oksijen miktarı arttıkça KOAH bilgi puanının yükselmesi hastaların hastalığın ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkan komplikasyonlara uyum sağlıyor olması hastaların eğitimden ziyade yaşayarak öğrendiklerinin kanıtıdır. Sökmen, evde konsantratör olup olmadığını incelemiş ve evinde konsantratör olanların KOAH SOY bilgi puanları (45,44±15,47), evde konsantratör olmayanların bilgi puanından (52,50±17,78) düşük bulunmuştur (Sökmen, 2019). Bu sonuç evde konsantratör olmayanların, KOAH prognozlarının daha iyi olduğu şeklinde yorumlanacağı gibi, ihtiyacın azalması için hastaların KOAH farkındalıklarının yüksek olması ve SOY bilgi düzeyinin önemli bir faktör olduğunu da açıklamaktadır.

Hastaya bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, bakım verenlerinin yaş ortalaması 50,64±12,55 olarak bulunmuştur (Tablo 8) . Kar'ın araştırmasında bakım verenlerin yaşları 16 ile 84 arasında değişmektedir (Kar, 2018).

Cinsiyet özelliği incelendiğinde bakım verenlerin çoğunluğunun (%76,8) kadın olduğu görülmüştür. Kar'ın araştırmasında bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadınlar ve özellikle eşlerin oluşturduğu saptanmıştır (Kar, 2018). Literatürdeki diğer araştırmaları incelediğimizde de bakım verenlerin büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (Ay ve ark., 2017; Gök Uğur, 2013).

Hasta ile yakınlık dereceleri incelendiğinde çoğunluğun (%87,2) birinci derece akraba olduğu ve çoğunluğun (%51,2) çocuklarıyla birlikte yaşadığı görülmüştür. Kar'ın araştırmasında bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadınlar ve özellikle eşlerin oluşturduğu saptanmıştır (Kar, 2018). Fakat yapılan bu araştırmada bakım verenlerin çoğunluğunu hastanın çocukları oluşturmuştur (Tablo 8). Bakım verenlerin %52,5'inin yaşlı bireyin çocuğu olduğu görülmüştür. Toplumumuzda eğer hastanın eşi yaşlı ise bakım verici kişiler, hastanın çocukları olabilmektedir. Kronik Obstrüktif Akciğer hastaları solunum desteğine ihtiyaç duyan hastalardır. Bu nedenle hasta yakınları evlerine oksijen tüpü ya da oksijen makinesi temin etmek

CamScanner ile tarandı

durumunda kalmaktadır (Kocabaş vd.,2014). Oksijen makinesinin basıncının düzenlenmesi ayrıca oksijen tüpünün ağırlığı nedeniyle yaşlı eş bunu gerçekleştiremez ve bu durumda hastaya bakım verme işini çocuklar üstlenmektedirler.

Araştırmamızda bakım verenlerin %58,3'ünün 6 yıl ve üzeri süredir yaşlıya bakım verdiğini belirtmiştir. Taş'ın araştırmasında da bakım veren aile bireylerinin %50'sinin hastaya 4 yıl ve üstünde bakım verdiği saptanmıştır (Taş, 2019).

Araştırmada bakım verenlerin %48,8'inin bakım verdikleri yaşlıyla birlikte yaşadığı görülmüştür. Başka bir araştırmada bakım veren aile bireyi ile bakım alan bireylerin aynı evi paylaşmasının bakım yükünün artmasında etkili bir faktör olduğu görülmüştür. Bakım verilen birey ile primer bakım veren kişilerin aynı ev yaşaması bakımın devamlılığı açısından daha faydalı bulunurken, primer bakım verenin kişisel aktivitelerini yapabildiği ortamı sınırladığı düşünülmektedir (Uyan, 2019).

Bakım verenlerin %59,1'inin bakmakla yükümlü olduğu başka bir birey olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Benzer şekilde Taş'ın araştırmasında da hasta yakınlarının %71,8'inin çocuğu bulunmakta, %49'unun hasta dışında bakmakla yükümlü olduğu bireyler olduğu görülmüştür (Taş, 2019). Uyan'ın araştırmasında da benzer şekilde bakım verenlerin (%82,7) bakmakla yükümlü olduğu başka bir birey bulunmaktadır. Bu durum hasta yakınlarının bakım yükünü arttırmaktadır (Uyan, 2019).

Hasta bakım verenlerin eğitim durumu değerlendirildiğinde çoğunluğunun, (%40,9) ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur. Bakım verenlerin meslekleri incelendiğinde ise, çoğunluğunun (%69) ev hanımı olduğu görülmüştür. Bakım verenlerin çoğunluğunun (%79,8) çalışmadığı ve çalışmama nedenleri incelendiğinde ise %31,5'inin hastaya bakım verdiğinden dolayı çalışmadığı belirlenmiştir. KOAH hastaları bakım gereksinimi olan bireylerdir. Hasta yakınlarından, memur statüsünde olanlar hastaneye yatışlarda devletin vermiş olduğu refakat iznini kullanmaktadırlar. Yakın zamanda 145 memur üzerinde yapılan bir araştırmada, memurların %13'ünün solunum sistemi hastalıkları sebebiyle refakat izni aldığı görülmüştür. Fakat özel sektörde çalışan hasta yakınları bu haktan faydalanamamaktadırlar. Dolayısıyla hastaya bakım verme dönemlerinde işlerini bırakmak zorunda kalmaktadırlar. Bu durum bakım veren bireyi hem ekonomik hem sosyal yönden ciddi ve olumsuz etkilemektedir (Hüseyinli, Özçelik, Kaynak, 2020).

Bakım verenlerin medeni durumu incelendiğinde çoğunluğun (%79,3) evli olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin çoğunluğunun (%71,4) hasta ile birlikte kaldığı

CamScanner ile tarandı

görülmektedir. Kar'ın araştırmasında benzer şekilde KOAH'lı hastalara bakım veren bireylerin %85,7'sinin evli olduğu ve %88,5'i hasta ile birlikte yaşadığı tespit edilmiştir. Taş'ın araştırmasında da %50,9'unun eş/çocukları ile birlikte yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca bakım verenlerin çoğunluğu (%93,6) şehirde yaşamaktadır. Kar ve Taş'ın araştırmalarında da bakım verenlerin çoğunluğunun şehirde ikamet ettikleri belirlenmiştir (Kar, 2019, Taş, 2019).

Bakım vericilerin hastaneye gidiş gelişlerinde hastanın yanında bulunup bulunmadıklarına baktığımızda, hasta yakınlarının yaklaşık yarısının (%52,2) tedavi sürecinde bazen hastanın yanında bulunduğu, yaklaşık yarısının %42,1'inin bir günde yedi saat ve üzerinde bakım vermek için zaman ayırdığı bulunmuştur. Uyan'ın araştırmasında, bakım vericilerin %47,8'inin sürekli, %9,4'ünün ihtiyaç olduğunda, %36'sının dönüşümlü ve %6,9'unun ara sıra bakım verdiği saptanmıştır (Uyan, 2019). Bu durum KOAH hastalarının hastalığın evresi ve hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre bir bakım verene ihtiyaç duyduğunu belirgin açıklamaktadır.

Hastaya bakım verenlerin bakımda yardımcı oldukları konular incelendiğinde; bakım veren bireylerin %57,6'sının banyo, %49,3'ünün giyinme, %41,9'unun tuvalet, %67,5'inin hareket, %58,1'inin beslenme gibi hastanın bireysel ihtiyaçlarının karşılanması için hastaya destek oldukları görülmüştür. Yeşil ve arkadaşlarının araştırmasında, bakım verenlerin % 4'ü beslenme konusunda hastaya yardımcı olmaktadır. Benzer şekilde bakım verenlerin %41,7'inin hastaya bireysel temizlik ve genel bakım konusunda yardımcı oldukları görülmüştür (Yeşil vd.,2016).

Yapılan araştırmada bakım verenlerin %86,2'sinin hastaya psikolojik destek sağladığı görülmüştür. Uyan'ın araştırmasına göre; KOAH hastalarına verilen psikolojik ve sosyal desteğin hastaya moral sağladığı, hastanın KOAH ile başa çıkma yöntemlerini öğrenmesine yardım ettiği ve hastalığa uyumunu kolaylaştırdığı tespit edilmiştir (Uyan, 2019). Bu sonuçlar değerlendirildiğinde, hastanın psikolojik ihtiyacının giderilmesinin bakımın önemli bir parçası olduğu, hem bakım verenin hem de hastanın yaşam kalitesinin arttırdığı anlaşılmaktadır.

Yapılan araştırmada bakım verenlerin en yüksek oranla %84,7'sinin ev işleri ve %91,6'sının alışveriş konusunda hastaya yardımcı olduğu görülmektedir (Tablo 9). Yeşil ve arkadaşlarının araştırmasında, bakım verenlerin %65, 4'ü ev işleri konusunda hastaya yardımcı olurken, % 58,9'u alışverişte yardımcı oldukları belirlenmiştir (Yeşil vd., 2016). Hastaların en fazla fiziksel efor gerektiren eş işleri ve alışveriş için desteklenmelerinin gerektiği bu araştırma ve diğer araştırma sonuçları doğrultusunda söylenebilmektedir.

CamScanner ile tarandı

Hastaya bakım verenler dışında, başka bir bakım verenin varlığı incelendiğinde %74,4'ünde başka bir bakım verici olduğu, %25,6'sında farklı bakım vericinin olmadığı saptanmıştır. Kar'ın araştırmasında %58,8'inde yardımcı başka bireyin olduğu görülmüştür. Araştırmada, bakım veren bireye yardım eden farklı bir bireyin varlığı ile Bakım Yükü puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bir olduğu ve yardımcısı olmayan bakım verenlerin yardımcısı olan bakım verenlerin bakım yüküne göre beklenenin aksine daha düşük olduğu bulunmuştur (Kar, 2018). Hasta bakımına destek olan farklı bir bireyin yakınlığı incelendiğinde %36,5'inin birinci derece akraba, %3,4'ünün bakıcı, %34,5'inin ikinci derece akraba olduğu, %25,6'sında ise farklı yardım edenin olmadığı görülmüştür (Tablo 9).

Bakım vericilerin %75,9'unun hastaya bakım verdiğinden beri, fiziksel düzeyde sorun/sorunlar yaşadığı görülmüştür. Yapılan araştırmalarda, bakım yükünün artmasının bakım verenin fiziksel sağlığını olumsuz olarak etkileyerek mortaliteyi artırdığı belirlenmiştir. Bu nedenle bakım veren aile bireyleri "gizli hastalar" olarak tanımlanmaktadır (Polat, 2011). Göriş ve arkadaşları bakım vericilerin, bakım vermede zorluk çektiğini, fiziksel ve psikolojik yönden sağlık sorunu yaşayanların daha fazla bakım yükü yaşadıklarını belirtmişlerdir (Göriş vd., 2013). Yapılan bir çalışmada, uzun süreli bakım verme durumu yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bakım verenin deneyimlediği yük, fiziki sağlıkta azalma, tükenmişlik, depresyon, anksiyeteyle ekonomik zorluklar vb. gibi sonuçları beraberinde getirmektedir (Yeşil ve ark. 2016). Uyan'ın araştırmasında da bakım verenlerin %48,4'ünün sağlık problemleri bulunduğu belirlenmiştir (Uyan, 2019).

Çalışmada bakım verenlerin %61,1'inin hastaya bakım verdiğinden beri, psikolojik sorun/sorunlar yaşadığı aynı durumla; Şahin'e göre de bakım veren bireylerin daha fazla anksiyete, depresyon, stres yaşamalarına ve psikolojik sağlıklarının olumsuz etkilenmesine neden olduğu bildirilmiştir (Şahin, 2016). Dilbaz'ın araştırmasında ise farklı bir sonuçla; aile üyelerinin bakım yükünün bakım verenlerin ruhsal sağlığını etkilemediği görülmüştür (Dilbaz, 2015).

Bakım veren bireylerin %89,2'sinin hastaya bakım verdiğinden bu yana sosyal sorun/sorunlar yaşadığı gözlenmiştir. Aynı sonuçla, Taş'ın çalışmasında sosyal yaşantısının etkilendiğini düşünen bakım verenlerin bakım yüklerinin arttığı gözlenmiştir (Taş, 2019).

Bakım verenlerin %29,6'sının hastaya bakım verdiğinden bu yana finansal sorun yaşadıkları görülmüştür. Tel ve arkadaşlarının KOAH hastalarına bakım vericileri ile yaptıkları çalışmada, ekonomik durumu kötü olan bakım verenlerin, ekonomik durumu "orta" ve "iyi"

CamScanner ile tarandı

olanlara göre daha fazla bakım yüküne sahip oldukları bulunmuştur (Tel, Aydın, 2014). Uyan araştırmasında gelir durumu "kötü" olan bakım vericilerin bakım yüklerinin arttığını belirtmektedir (Uyan, 2019). Yaşlı bireylerin bakıcıları ile yapılan başka bir araştırmada ise, gelir düzeyinin bakım yüküne etkisinin olmadığı görülmüştür (Salama ve El-Soud, 2012).

Hastalara bakım verenlerin yorgunluk durumu incelendiğinde, bakım verenlerin %70'inde yorgunlukta artma, %20,7'sinde uyku değişiminde artma görülmüştür (Tablo 10). Bakım veren hasta yakınlarının uyku kalitesi ve yorgunluk düzeylerinin incelendiği farklı bir araştırmada, bakım verenlerin uyku kalitesinin kötü, yorgunluk düzeylerinin orta şiddette olduğu saptanmıştır (Yılmaz ve Sarı, 2017). İnmeli hastalara bakım veren bireylerle yapılan bir araştırmada inme ile ilişkili yaşanan yorgunluk durumunun çalışma hayatını, cinsel ilişkiyi ve eşler arasındaki sosyal hayatı olumsuz etkilediği ifade edilmiştir. Ayrıca inmeli bireyin bağımlılık düzeyi ile bakım veren tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (King vd., 2012).

Bakım veren kişiler, bakımın kendileri üzerine olan etkilerini yönetmekte başarısız kalabilmekte ve çaresizlik, suçluluk, öfke, korku ve sosyal yalıtım gibi duygular yaşayabilmektedirler. Çalışmada bakım verenlerin %25,1'inde çaresizlik yaşama hissinde artma, %27,6'sında sıkıntı hissinde artma, %20,7'sinde korku hissinde artma görülmüştür (Tablo10). Atagün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, duygusal ve fiziksel yükün; bakım verenlerin daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamalarına, sağlıklarının bozulmasına, daha fazla doktora gitmelerine ve daha fazla psikotrop ilaç kullanmalarına neden olduğu gösterilmiştir. Hastanın sağlık problemlerinin artması bakım verende kaygı ve çaresizlik hissi gibi pek çok olumsuz duyguyu oluşturmaktadır (Atagün ve ark., 2011).

Yapılan araştırmada bakım verenlerde %53,2'sinde güncel olayları takip etmede azalma, %67,5'inde komşuluk ilişkilerinde azalma, %32,5'inde kültürel aktivitelere katılmada azalma ve %35,5'inde gece sosyal aktivitelere katılmada azalma olduğu saptanmıştır (Tablo 9). Literatürde bakım verenlerin yakın çevresinin desteğine, dostluğa, yalnız olmadıklarını hissetmeye, sosyal ve duygusal desteğe ihtiyacı olduğu belirtilmektedir (Dökmen, 2012; Tuncay ve ark.2015). Sosyal destek programı uygulanan deneysel bir araştırmada, sosyal desteği almayan grupta bakım verme yükünde anlamlı artış saptanmıştır (Sökmen, 2019).

KOAH hastalarına bakım verenlerin, Zarit Bakım Yükü Ölçeğine göre puan ortalamalarını incelediğimizde; bakım verenlerin Zarit Bakım Yükü Ölçeği puan ortalamaları 39,21±15,19 olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre bakım verenlerin çoğunluğunda (%43,3) "orta

CamScanner ile tarandı

düzeyde bakım yükü" olduğu bulunmuştur. Bakım verenlerin %9,9'unda "ağır bakım yükü" yaşadığı gözlenmiştir (Tablo 11).Kar'ın araştırmasında ise, bakım verenlerin çoğunluğunda (%64,8) "hafif düzeyde bakım yükü" saptanmıştır. Bakım verenlerin %18,1'inde ise "orta düzeyde bakım yükü" saptanmıştır (Kar, 2018). Uyan'ın araştırmasında da bu çalışma ile aynı sonuçla KOAH hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükünün "orta düzeyde" olduğu belirtilmiştir (Uyan, 2019). Goday ve arkadaşlarının araştırmasında, KOAH olan hastaların bakıcıları ile yürüttükleri çalışmada bakım vericilerin %79,2'sinde "bakım yükü fazla" bulunmuştur (Goday- Ramiez ve ark., 2014). KOAH'lı hastalarda bakım verenlerin yükünü belirlemek amacıyla yapılan faklı bir çalışmada ise, KOAH bakımının önemli bir iş yükü olduğu görülmüştür (Miravitlles ve ark. 2014).

Yapılan araştırmada bakım veren bireyde; cinsiyet, yaşanılan yer, hasta ile yakınlık derecesi, KOAH ile ilgili eğitim alma durumu, eğitim alınan kişinin niteliği arasındaki ilişki incelenmiş fark bulunamamıştır. Ayrıca bireyin KOAH ile ilgili eğitim alma durumu, KOAH eğitimini nereden ya da kimden aldığına bakılmış fakat anlamlı bir ilişki görülememiştir (Tablo 12).

Bakım verenlerin eğitim durumu ile bakım yükleri puanları arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Lise düzeyi eğitime sahip bakım verenlerin bakım yükü puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür ($p<00.5$) (Tablo 12). Metin ve Helvacı'nın çalışmasında; eğitim seviyesi düşük olan bakım veren aile üyelerinin bakım yükünün anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Metin ve Helvacı, 2019). Selçuk ve Avcı'nın çalışmasında da eğitim seviyesi düşük bakım verenlerin bakım yükü yüksektir (Selçuk ve Avcı, 2016). Orak ve Sezgin; eğitim seviyesi düşük kişilerin daha eğitimli kişilere göre bakım sürecinin yürütülmesinde hemşire ve diğer sağlık personellerinden bilgi veya diğer destekleri almakta sıkıntı yaşadığı ve sosyalleşmekte problem yaşadığını belirtmiştir (Orak ve Sezgin, 2015). Bakım verme belli bir eğitim seviyesi gerektirmekle birlikte, düşük eğitim seviyesi olan hasta yakınlarının hemşire ve doktorlar tarafından desteklenmeye ihtiyaçları vardır.

Bakım verenlerin medeni durumları ile bakım yükü arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir Dul olanların (45,85 ± 4,35) puan ortalamasının, bekâr (30,13 ± 9,39) ve evli (39,05 ± 16,27) olanların puan ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 12). Selçuk ve Avcı'nın araştırmasında ise bu sonuçtan farklı olarak evli bireylerin bakım yükü daha yüksek bulunmuştur (Selçuk ve Avcı, 2016). Kurumda çalışan bakım elemanlarının bakım yükünün incelendiği bir araştırmada ise; medeni durum ile bakım yükü puanı arasında anlamlı ilişkinin olmadığı görülmüştür (Işıkhan, 2017). Tel, Aydın'ın araştırmasında medeni durum ile bakım

CamScanner ile tarandı

yükü ile doğrudan bir ilişkisi olmamakla birlikte, bakım vericilerin çoğunluğunun kadın ve evli olduğu bildirilmiştir. Literatüre bakıldığında bakım verme işlemini genellikle eşler üstlenmektedir, dolayısıyla evli bireylerin bakım yükünün yüksek olduğunu görülmektedir. Faklı olarak yapılan bu araştırmada, dul olan bireylerin bakım yükü evli ve bekar bireylerden daha yüksek çıkmıştır. Klinik gözlemde, hastanın çocukları anne babaya bakım verme işini kardeşlerden dul olan veya bekâr olan kardeşe yüklediklerini günümüzde görmekteyiz. Araştırmadan çıkan bu sonuç, toplumumuzdaki bu gerçeği ortaya çıkarmıştır.

Bakım verenlerin meslekleri ile bakım yükleri arasındaki ilişkiye baktığımızda emekli olanların bakım yükü puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 12). Literatüre baktığımızda bakım verenlerin daha çok ev hanımı olduğu ve çalışmadıkları görülmektedir (Dilbaz, 2015, Kar, 2019, Uyan, 2019).

Yapılan araştırmada çalışanların bakım yükü ortalamasının, çalışmayanlardan daha düşük olduğu görülmüştür. Anlamlı farkın hastaya bakım verdiği için çalışmayan bireylerden kaynaklandığı görülmüştür (Tablo 12). Hastaların % 55'inin hastasının bakım ihtiyacı yokken çalıştığı fakat hastalık seyrinin ağırlaşmasıyla birlikte hastasına bakmak için çalışamadığı belirlenmiştir. (Akyar ve Akdemir, 2009). Türe ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada bakım yükünün çalışma durumu açısından katılımcılar arasında farklılıklar göstermediği tespit edilmiştir (Türe, 2018).

Bakım verenin hasta ile birlikte kalma durumu incelendiğinde (Tablo12), hasta ile birlikte yaşayan bakım verenlerin bakım yükünün, ayrı yaşayanlardan daha fazla olduğu bulunmuştur. KOAH hastalarına bakım veren bireylerle yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %45,6'sının 10-20 yıl arasında hastayla birlikte yaşadığı, %62,7'sinin hasta bireye 5 yıldan uzun süredir bakım verdikleri bulunmuştur (Selen ve Kav, 2014). Şahin'in araştırmasında ayrı ortamlarda yaşayan primer bakım vericilerin bakım yününün aynı ev ortamında yaşayan bakım verenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Şahin, 2014). Bu sonuçlar Selen ve Kav ve Şahin'nin araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Hasta bakımında bakım veren dışında bakıma katılan birinin varlığı ile bakım yükü puanları arasında anlamlı ilişki görülmüştür. Bakım veren dışında bakıma yardımcı olacak bir kişinim varlığı bakım yükü puan ortalamasının düşmesi üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Sürekli bakım verenlerin puan ortalamalarının ihtiyaç halinde ve dönüşümlü olarak bakım verenlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 13) .Kar'ın yapmış olduğu araştırmada benzer şekilde yardımcısı olan bakım verenlerin puanı devamlı bakım veren bireylerden düşük

CamScanner ile tarandı

bulunmuştur. Uyan'ın araştırmasına göre bakım yükünün ve bakım için ayrılan zaman arttıkça, bakım veren bireylerin sosyal ilişkilerinin olumsuz etkilendiği ve dolayısıyla yaşam kalitesini düşürdüğü bulunmuştur (Uyan, 2019). Yapılan araştırma sonuçları doğrultusunda; hastaya devamlı aynı bireyin bakım vermesinden ziyade bu işin dönüşümlü olarak yapılmasının gerekli olduğunu göstermektedir

Bakım verenlerin diğer bakım veren bireylerden alınan desteği yeterli bulması ile bakım yükü puanları arasında anlamlı ilişki görülmüştür Desteği yeterli bulanların puan ortalaması, yeterli bulmayanlara oranla daha düşük görülmüştür (Tablo 13). Bakım veren bireylerin algıladıkları sosyal desteğin bakım yüküne etkisinin incelendiği bir araştırmada; alınan desteğin yeterli olduğunu belirtenlerin bakım yükünün alınan desteğin yetersiz olduğunu belirtenlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir; bununla birlikte bakım verenlerin algıladıkları sosyal desteğin bakım yüklerini azaltmada düşük düzeyde etkili olduğu gözlenmiştir (Taş, 2019).

Hastaya verilen bakımda, psikolojik destek, ev işleri ve alış-veriş konuları ile bakım yükü puanları arasında anlamlı ilişki görülmemiştir. Hastaya banyo bakımı, giyinmeye yardımcı olma, tuvalet bakımı, beslenmesine yardımcı olma ve hastanın hareket etmesine yardımcı olma gibi hastaya fiziksel yönden yardımcı olmak durumunda kalan bakım verenlerin bakım yükünün, hastaya bu tür fiziksel yönden yardımcı olmayan bakım verenlerden yüksek doğal bir sonuç olarak görülmüştür (Tablo 13). Kar'ın araştırmasına göre; bakım verenlerden psikolojik olarak destek olduklarını bildirenlerin bakım yükü, fiziksel ve maddi olarak destek olduklarını bildirenlerin bakım yükünden anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bu durum KOAH için fiziksel ve maddi olarak destek olduklarını bildirenlerde öngörülebilir ve kontrol edilebilir bir sonuçtur. Zira hastanın birçok fiziksel aktivitesinde bakım verene bağımlı olması, bakım verenin yükünü önemli ölçüde arttırmaktadır (Kar, 2019). Taş'ın araştırmasında da benzer şekilde hastanın bağımlılık seviyesi arttıkça bakım veren bireyin olumsuz duyguları artmakta ve böylelikle bakım verme yükü de artmaktadır. Bireysel günlük yaşam aktiviteleri ile başa çıkma (hastayı yıkamak ve beslemek gibi), günlük yaşam aktiviteleri olmayanlara (alışverişi yapmak gibi) kıyasla daha zor algılanmaktadır (Taş, 2019).

Bakım verenin hastaya bakma nedeni ile bakım yükü puanları arasında anlamlı ilişki görülmüştür. Hastaya bakma nedeni ekonomik katkı olan bakım verenlerin puan ortalamasının ailevi sorumluluk nedeniyle bakanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 13). Dilbaz ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, KOAH hastalarına bakım verenlerin aile üyelerinden destek aldıklarını, aile içi sorumluluklarının ve aile içi etkileşimlerinin etkilenmediğini belirtmelerine rağmen bakım verme nedeniyle maddi sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu

CamScanner ile tarandı

durum, bakım veren bireyin hastaya bakmadan dolayı çalışamadığını ve bu yüzden ekonomik sıkıntı yaşadıklarını göstermektedir. Bulgumuz KOAH'lı bireylere bakım verenlerin özel veya devletin sağlık sigortaları tarafından maddi destek sağlanmasına ihtiyaç duyulduğunun önemli bir göstergesidir (Dilbaz vd., 2015). Uyan' ın araştırmasında gelir düzeyi arttıkça bakım veren bireylerin bakım yüklerinin azaldığı bulunmuştur (Uyan, 2019). Tel ve arkadaşları KOAH hastalarının bakım vericileri ile yaptıkları çalışmada, ekonomik durumu kötü olan bakım verenlerin, ekonomik durumu orta ve iyi olanlara göre daha fazla bakım yükü taşıdıkları bulunmuştur (Tel vd., 2012). Selen ve Kav çalışmalarında, gelir durumunu kötü olan bakım vericilerin bakım yüklerinin arttığını saptamışlardır (Selen ve Kav 2014). Araştırmamızdan faklı olarak, Salama ve El-Soud çalışmalarında, gelir düzeyinin bakım yüküne etkisinin olmadığını bulmuşlardır (Salama. El-Soud, 2012).

Bulgulara göre 24 saatte verilen ortalama bakım süresi arttıkça bakım veren bireylerin bakım yükü de artmaktadır (Tablo14). Uyan'ın araştırmasına göre; günde hasta bakımı için ayrılan süre arttıkça bakım veren bireylerin bakım yüklerinin de arttığı tespit edilmiştir (Uyan, 2019). Yaşlı bireylerin bakıcıları ile yapılan bir araştırmada, hastaların günlük bakımı için ayrılan süre arttıkça, bakım verme yükünün arttığı bulunmuştur (Salama ve El-Soud, 2012). Bir diğer araştırmada, bakım süresinin uzun olması ve süreklilik arz etmesi sosyal, fiziksel, duygusal ve gelişimsel yükü artırdığı tespit edilmiştir (Özyeşil ve ark., 2014). Selçuk ve Avcı'nın kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenler ile yaptıkları çalışmada, hastaya verilen bakımın süresi uzadıkça bakım vericinin bakım yükünün arttığı saptanmıştır. (Selçuk ve Avcı, 2016) Yapılan bu araştırma diğer araştırmaları desteklemektedir. Bakım verme süresi arttıkça fiziksel, sosyal, duygusal, ekonomik kaynaklarda azalma olması, bakım veren bireylerin stres kaynaklarına daha fazla maruz kalmasına bireyde tükenmişliğe yol açarak bireyin hissettiği yükü arttırmıştır.

Yapılan araştırmaya göre bakım verenlerin çocuk sayısı arttıkça bakım yükünün de arttığı görülmüştür. Çocuk sahibi olmak başlı başına bir sorumluluk gerektirmektedir. Çocuk sahibi olmanın bireyin çocuğun gereksinimlerini karşılamak zorunda olması başka bireylere bakım vermesinde problem yaşamalarına neden olmaktadır. Özellikle bakım vermek zorunda kalan bireylerin çocuk sahibi olması, bireylerin kendilerine zaman ayıramamasına sebep olmaktadır. Bu nedenle bakım verenin çocuk sahibi olması yaşadığı sosyal sorunları artırıcı etken olduğu düşünülmektedir. Taş'ın araştırmasında da benzer şekilde, çocuk sahibi olan bireylerin bakım yüklerinin çocuğu olmayan bireylerden daha yüksek olduğu görülmüştür. (Taş ,2019).

CamScanner ile tarandı

Kronik Obstrüktif Akciğer hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyinin hasta yakınlarının bakım yüküne etkisinin araştırıldığı farklı bir araştırma rastlanmamıştır. Araştırmada KOAH Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Bilgi Formu ve Zarit Bakım Yükü ölçeği kullanılmıştır. Her iki ölçekte ortak soru bulunmamaktadır. Zarit Bakım Yükü puan ortalamaları ile KOAH bilgi ölçeği arasındaki ilişki pearson korelasyon ile incelenmiş ve aralarında anlamlı fark görülmemiştir (Tablo 15).

Zarit Bakım Yükü Ölçeği puan ortalamasına etki eden faktörlerin regresyon analizi sonuçları incelendiğinde, hastaya ve bakım veren kişiye ait bazı faktörlerin bakım yükünü etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$). Kronik Obstrüktif Akciğer hastalarının sağlık okuryazarlık ölçeği puan ortalaması arttıkça bakım yükünün 0,18 kat arttığı belirlenmiştir (Tablo 16). Hastaların KOAH ile ilgili bilgi düzeyleri arttıkça, kronik hastalığı daha iyi tanımakta ve kronik hastalık hakkında olumsuz veya olumsuz farkındalık duygusu yaşabilmektedirler. Hastanın bu özelliği ile baş etmeye çalışan hasta yakınlarının ise bu süreçte sorumlulukları artmakta ve bakım yüküne negatif yansımaktadır. Hastanın bilgi düzeyinin artması hastalığa uyumu kolaylaştırmakla birlikte, hastanın stres seviyesini yükseltebilir. Nitekim Kronik Obstrüktif Akciğer hastalarındaki ölüm korkusu ve anksiyete durumunun incelendiği bir araştırmada, hastalık süresi uzadıkça KOAH olan bireylerde ölüm kaygısının arttığı ve hastaların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür (Nal, 2015). Bu sonuçlar doğrultusunda, hastaların SOY düzeyinin artırılmasında hekim ve hemşire tarafından etkin ve planlı verilecek eğitimlere hastaların ihtiyacı olduğu, sosyal medya veya çevrelerinden edindikleri bilgi kirliğinin hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyeceği ve bakım yükününün artmasına neden olacağı düşünülmektedir.

CamScanner ile tarandı

SONUÇLAR

Bu araştırma, Kronik Obstrüktif Akciğer hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyi, hastaların sağlık okuryazarlık düzeyine etki eden faktörler, hasta yakınlarının bakım yükü, bakım yükünü etkileyen başlıca faktörler ve KOAH hastalarının okuryazarlık düzeyinin hasta yakınlarının bakım yüküne etkisinin belirlenmesi amacıyla, Kocaeli Darıca Farabi Eğitim Araştırma Hastanesi göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran KOAH hastaları ve onlara bakım verenler ile yapılmıştır. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyi, bakım yükü ve SOY'un bakım yüküne etkisinin araştırıldığı farklı bir çalışmaya ülkemizde rastlanılamamıştır.

Bu amaçlar doğrultusunda, yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

- Araştırmamızda; hastaların KOAH sağlık okuryazarlık düzeylerinin 'düşük' olduğu görülmüştür.
- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı SOY bilgi puanının yaş, cinsiyet, hastanın medeni durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, meslek, ekonomik durum, hastanın eğitim düzeyi, sigara kullanma durumuna göre anlamlı fark oluşturduğu gözlenmiştir.
- Hastaların ilaçlarını düzenli ya da şikayeti oldukça kullanma durumlarının sağlık okuryazarlığı üzerine etkisinin olmadığı belirlenmiştir.
- Katılan KOAH hastaları yüksek oranda kendi sağlık durumlarını "çok kötü" olarak tanımlamıştır.
- Hastaya bakım verenlerin Zarit Bakım Yükü Puan Ortalamaları 'orta düzeyde' olduğu görülmüştür.
- KOAH bakım yükünün; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, hasta ile aynı ortamda birlikte yaşama, 24 saatteki ortalama bakım süresi (saat), bakım veren dışında bakıma katılan başka birinin varlığı, diğer bakım veren bireylerden alınan desteğin yeterliliği, hastaya bakılma nedeni, bakım veren bireyin çalışma durumu ve bakım veren bireyin çalışmama nedenine göre değişkenlik gösterdiği ve bu faktörlerin KOAH bakım yükünü etkilediği saptanmıştır.
- Çalışmada, Zarit Bakım Yükü ile KOAH Sağlık Okuryazarlık Düzeyi arasındaki ilişki incelenmiş ve Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Puan Ortalaması arttıkça bakım yükünün 0,18 kat arttığı görülmüştür. Bu sonuç, hastalıkta ileri evre olup, bakım yükü artmış hastaların deneyimledikleri KOAH geçmişlerinin , SOY bilgi puanını yükselmesine neden olabileceğinin

CamScanner ile tarandı

olağan sonucu olarak değerlendirilebilir. Prognozu kötüleşmiş olan hastalara bakım veren bireylerin, sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçları artarken bireysel bakım yükleri de artmaktadır

CamScanner ile tarandı

ÖNERİLER

Elde edilen bu sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Araştırmada eğitim düzeyine göre KOAH SOY bilgi puanının değiştiği görülmüştür. Bu nedenle hastalara yönelik her türlü eğitim faaliyetinde, eğitim durumu düşük kişiler riskli grupta değerlendirilmeli ve eğitim durumu düşük hastalar sağlık çalışanlarınca desteklenmelidir.
- KOAH SOY bilgi puanı hastanın çalışma durumu ve ekonomik durumuna göre değişmektedir. Bu hastaların çalışma hayatına katılması desteklenmelidir. Bireyin devlet ya da sivil toplum kuruluşları tarafından ekonomik olarak desteklenmesi gerekmektedir. .
- Bireyin yaşadığı yere göre, KOAH SOY bilgi puanını değerlendirdiğimizde kırsal ve köyde yaşayanların KOAH sağlık okuryazarlık düzeyleri düşük bulunduğundan özellikle kırsal ve köyde yaşayan hastaların eğitimi ve bilgilendirilmelerine daha fazla önem verilmelidir. İlgili sosyal destek çalışmaları bu gruplarda dikkate alınmalıdır.
- Sigara kullanmaya devam eden hastaların KOAH sağlık okuryazarlığı düzeyleri diğerlerine göre yüksek bulunmuştur. Bilgileri olsa dahi, bu hastalar davranışlarını değiştirememekte ve bağımmlılıkları devam etmektedirler. Bu grupların bağımlılık polikliniklerinden destek görmeleri sağlanmalı, ikna edici sigarayı bırakma programı hedeflenmelidir.
- Tüm toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi hedeflenmelidir. Sağlık okuryazarlık düzeyini artıracak toplumsal projeler geliştirilmeli, katılıma teşvik edilmeli ve desteklenmelidir.
- Çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun kadınlar olduğu görülmüştür. Bakım yükünün erkek çocukları ile paylaşılması bakım yükü ile birlikte kadının sosyal yükünü de azaltacaktır. Kadınların psikolojik ve sosyal yönden desteklenmesi toplumunuzda büyük ihtiyaçtır. Buna yönelik sosyal çalışmalar düzenlenmeli ve kadınların bu programlara katılmaları teşvik edilmelidir.
- Bakım verenlerin hasta ile birlikte yaşama durumu (yıl) ve 24 saatteki toplam bakım verme süresi (saat) bakım yükünü etkilemektedir. İmkânlar dâhilinde bakımda ailedeki diğer bireylerin yer alması, kardeşler arası iş bölümünün yapılması ve aile içi hastaya dönüşümlü bakım verilmesinin gerekliliği hasta yakınlarına anlatılmalıdır.
- Bakım verenlerin çoğunluğu fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamaktadırlar. Bu kişilere baş etme mekanizmalarını geliştirecek eğitimler, gerekirse hastane içi taburculuk öncesi verilmelidir.

CamScanner ile tarandı

- Bakım veren bireyler hastanın bakım gereksinimleri nedeniyle çoğunlukla çalışamamaktadırlar. Bu durum bireyi ekonomik yönden rahatsız ederken, bakımın maddi ve psikolojik yükünü de artırmaktadır. Bakım verenlerin ekonomik yönden desteklenmesi ve sosyal sağlık kurumlarından gereken desteğin sağlanması önemlidir.
- Bakım verenlerin devlet ve özel hastaneler dışında, aile sağlığı merkezleri ve evde bakım hizmetlerinden yararlanmaları için rehber olunmalıdır. Böylece, bakım yükünün sağlık çalışanları ile paylaşılması sağlanacak ve hasta ortak bakımdan daha fazla yarar görebilecektir.

CamScanner ile tarandı

KAYNAKLAR

1-Adams SG, Smith PK, Allan PF, Anzueto A, Pugh JA, Cornell JE. Systematicreview of the chroniccare model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. *Arch Intern Med*, 2007; 167: 551-561.

2-Akalın E., Sağlık Okuryazarlığı: Nedir? Neden Önemlidir? http://www.saglikekonomisi.com/sed/index.php/onlinemakaleler/1200-saglik-okuryazarligi-nedir-neden onemlidir. Erişim tarihi: 23.05.2022.

3- Akbolat M, Erigüç G, Sağlam H. Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi? Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, İstanbul, 2016; 354-362.

4- Akman N. Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Ve Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2016.

5-Akyar İ, Akdemir N, Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi,* 2009; 32–49.

6- Astrid K Wah, Richard H Osborne, Marie H Larsen, Ingrid A Holter , Christine R Borge, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında (KOAH) sağlık okuryazarlığı ihtiyaçlarının araştırılması: Demografik, klinik değişkenler, psikolojik iyi oluş ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiler, 2021. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33618148.
Erişim tarihi:22.06.2022

7- Aşiret GD, Kapucu S. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2012; 2:73-80.

8-Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011; 3 (3) 513–552.

9- Uçan SE. Göğüs Hastalıkları Hemşireliği Kitabı. 2018; 369 -371

10-Avcil M, Beylik U, Doluküp İ. Sağlık hizmetlerinde teşhis ile ilgili gruplar; KOAH Vakaları üzerine karşılaştırma, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi,* 2014; 7 (1), 21-42 .

11-Başara BB, Çağlar IS, Aygün A, Özdemir TA, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2019.

CamScanner ile tarandı

12- Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin,* 2014; 321-326.

13- Blake D, Roberts NJ, Partridge MR. How much of a primary care nurse's time is spenton those with respiratory disease? A pilot study. *Primary Care Respiratory Journal*, 2007;16, 319-320.

14-Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, Feigl AB, Gaziano T, Mowafi M, Pandya A, Prettner K, Rosenberg L, Seligman B, Stein A, Weinstein C. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. *Geneva: World Economic.2011.*Erişim.http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18806en/s18806en.pdf.

15-Bourbeau J, Palen VDJ, Promoting effective selfmanagement programmes to improve COPD. *European Respiratory Journal,* 2009; 33(3): 461-463.

16-Çakmak ME. Sigara Kullanımının Hafif KOAH'lı Olgularda Ve KOAH İçin Risk Altındaki Olgularda Hiperinflasyon Üzerine Etkisi, Tıp Uzmanlık Tezi, 2013.

17-Çil AA, Pınar R, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yapma sırasında bağımlılık durumları ve etkileyen faktörler. *Medical Sciences,* 2011; 6(1); 9-18.

18- Çilli A, Uslu A, Candan Ö, Özdemir T. KOAH'da komorbiditenin prognoza etkisi, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004; 52(1): 52-55.

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

20- Dilbaz AS, Dedeli Ö, Yorgancıoğlu A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Solunum Hastalıkları*. 2015; 25(2): 1-6.

21-Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi,* 2010; 74–82.

22-Dönmez M. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü, Yüksek Lisans Tezi 2018.

23- Ertuğrul B, Albayrak S. Sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemede kullanılan bazı ölçekler, *Sağlık ve Toplum*, 2020; 30 (2) 16-22.

CamScanner ile tarandı

24-Friis K, Pedersen MH, Larsen FB, Lasgaard M. Kardiyovasküler hastalığı, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, diyabet ve ruhsal bozukluğu olan bireylerde düşük sağlık okuryazarlığının sağlık hizmeti kullanımına etkisi. Danimarkalı nüfusa dayalı 4 yıllık bir takip çalışması *Eur J,* 2020. halk sağlığı/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32335677/ Erişim tarihi: 28.05.2022

25- Gillis D, Quigley A, Taking Off the Blindfold: Seeing How Literacy Affects Health: A Report of the Health Literacy in Rural Nova Scotia Research Project 2004.St. Francis Xavier University, 2004; 3-11.

26 -Goday- Ramirez AM, Perez-Verdun MA, Domenech-Del Rio A, Prunera-Paerdell MJ, Caregiver burden and social support perceived by patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Rev Calid Asist*, 2014; 29: 320-324

27- GOLD Reports. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2018. Global Strategy For The Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, http://goldcopd.org/gold-reports/, Erişim tarihi: 10.12.2021.

28-Hüseyinli N, Özçelik K K, Türk Hukukunda Refakat İzni ve Uygulamadaki Yeri (Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Örneği), *Sosyal Güvenlik Dergisi,* 2020; 10 (1), 59-74.

29-Işıkhan V, Kurumda çalışan yaşlı bakım elemanlarının bakım yükünü etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2018; 29 (1),16-22.

30-İnci FH, Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2006.

31- İtil O, Gürgün A, Elmas F. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi, 2019.
https://toraks.org.tr/site/sf/documents/pre_migration/69e71402cdc7986385cc392492bcbd9c6c6a950c1ccaa3a8e37b91b41c001e4d.pdf . Erişim Tarihi 03.03.2022.

32-Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2015 update, 2019. http://www.goldcopd.org Erişim tarihi 15.05.2022

CamScanner ile tarandı

33-Jindal SK, Aggarwal AN, Chaudhry K et al. A multicenter study on epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease and its relationship with tobacco smoking and environmental tobacco smoke exposure, *Indian J Chest Dis Allied Sci*, 2006; 48: 23-9.

34-Kanj M, Mitic W. Health literacy and health behaviour. World Health Organization, 2009 http://www.who. int / healthpromotion/conferences/7gchp /Erişim tarihi: 12.05.2022.

35-Kar S. KOAH'lı Hastalarda Öz-Etkililiğin, Bakım Verenlerin Yükü İle İlişkisi Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Istanbul, 2018.

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

37-Kıraç R, Öztürk YE. Halkın sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık kaygısı arasındaki ilişki Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 2020; 23; 214-243.

38-King RB, Robert J, Hartke FF, Houle T, Lee J, Herring G, Alexander Peterson, BS, Raad, JA. Problem-solving early intervention for stroke caregivers: one year follow-up. Rehabilitation Nursing, 2012; 37(5) 231-243.

39-Kocabaş A, Atış S, Çöplü L, Erdinç E, Ergan B, Gürgün A, Yıldırım N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastaliği (KOAH) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu, Türk Toraks Derneği, 2014.

40-Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z, Group AHEW. Nutritional risk screening (NRS 2002): A new method based on an analysis of controlled clinical trials, *Clin Nutr,* 2003; 22(3), 321-336.

41-Korkmaz T, Tel H. KOAH'lI hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011; 13(4): 79-86.

42-Kozak F, Akyıl R, Yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi ilişkisi, *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2021; 4 (3),122-132.

43-Kutlu G, Akbulut Y. Türkiye'de sağlık okuryazarlığı politikalarının hastaneler açısından değerlendirilmesi, *Konuralp Tıp Dergisi,* 2019; 11 (1) 132 – 143. https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1372861 Erişim tarihi:18.04.2022.

44-Lindqvist G, Heikkilä K, Albin B, Hjelm K, Conceptions Of Daily Life İn Men Living With A Woman Suffering From Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Prim Health Care Res* Dev, 2013; 14 (2):140-150.

CamScanner ile tarandı

45- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010, *Lancet* 2012; 380:2095-128.

47- Maraş E. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Davranışları İlişkisi, Düzce Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2022.

48- Luis Puente-Maestu ., Myriam Calle. , Juan Luis Rodriguez-Hermosa Anna Campuzano., Javier de Miguel Díez Luis Alvarez-Sala., Luis Puente Andues., Maria Joselín Pérez-Gutierrez., Shou-Yih D Lee, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında sağlık okuryazarlığı ve sağlık sonuçları, 2020.https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27215508/ Erişim tarihi: 12.05.2022.

49-Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease From 2002 to 2030. *PLoSMed* 2006; 3(11): e442.

50-Metin Z, Helvacı A. Kalp yetersizliği hastalarına bakım veren aile üyelerinde algılanan bakım yükü ve etkileyen faktörler, *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2019; 10(22):59–66.

51- Miravitlles M, Pena-Longobardo LM, Oliva-Moreno J, Hidalgo-Vega A. Caregivers' burden in patients with COPD, *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis,* 2015; (10) 347-356.

52-Maesano-Annesi I. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir Mon* 2006; 38: 41-70.

53-Nal B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Yaşlılarda Ölüm Kaygısı Ve Anksiyete Durumu Arasındaki İlişki Yüksek Lisans Tezi, On dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalı, 2015.

54- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promot Int* 2000; 15 (3) 259-267.

55- Norman CD. Skinner H.A. eHEALS: The eHealth Literacy Scale, *J Med Intern*et Res 2006; 14;8(4):e27. https://www.jmir.org/2006/4/e27. Erişim tarihi 22.04.2022.

CamScanner ile tarandı

56-Ogan N, Yıldırım F, Süzen B, et all., Nütrisyonel Risk Taraması GOLD Evre ÇH Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Hastalarının Dispne Durumu ile İlişkili mi? Türk Toraks J 2020; 21(1): 49-53.

57-Orak S, Sezgin S. Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,* 2015; 6(1):33-39.

58- Özcan V, Altunpolat R. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığında eczacının rolü. *TEB Haberler,* 2013; 15-21.

59- Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Nöropsikiyatri Arşivi , 2009; 46 (Özel Sayı):38-42.

60-Özkan S. Sağlık okuryazarlığı ve etkili faktörler, 2017. https://www.skb.gov.tr/saglik-okuryazarligi-etkili-faktorler-s24442k/ Erişim tarihi: 10.05.2022

61-Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D. Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk ve sürekli kaygıyı yordama düzeyi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2014;15: 39-44.

62- Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *The Lancet Public Health.* 2020; 5(5):e249-e50.

63-Pleasant A, Kuruvilla S. A tale of two Health literacies: publichealth and clinical approaches to Health literacy, *Health Promot Int,* 2008; 23: 152-159.

64- Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. Comperative Report on Health Literacy in eight EU Member States, *The European Health Literacy Project*, 2009-2012, Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012; 31-33.

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

66- Ruvuna L, Sood A. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Chest Med*, 2020; 41:315-27.

67-Salama RAA, El-Soud FAA. Caregiver burden from caring for impaired elderly; across-sectional study in rural lower egypt, *IJPH*, 2012; 9 (4):1.

CamScanner ile tarandı

68- Selen F, Kav S. Kronik obstruüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi,* 2016; 16 (1):12-22.

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

70-Sökmen M. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin sağlık okur yazarlığının değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019.

71-Sönmez BF. Sağlık Okuryazarlığına AR-GE Yaklaşımı. 2011. www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1- 72538/h/bfs-soy-egitim. Erişim tarihi:8.03.2022

72- Stoilkova A, Janssen DJA, Wouters, EFM. Educational programmes in COPD management interventions, A systematic review. *Respiratory Medicine*, 2013; 107(11), 1637-1650.

73-Takmak Ş, KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)'Ta Akılcı İlaç Kullanımı Ve Semptom Kontrolü Eğitiminin Öz Etkililik, Emosyonel Durum Ve Klinik Parametrelere Etkisi Doktora Tezi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Pamukkale Üniversitesi, 2019.

74- Tanrıöver MD,Yıldırım HH, Ready ND, Çakır B, Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık-Sen Yayınları Aralık, Ankara, 2014. https://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf Erişim tarihi: 11.05.2022.

75-Taş G, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin, 2019.

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

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

CamScanner ile tarandı

78-Taylor Sjc, Candy B. BryarRm. Ramsay J. VrıjhoefHjm, Esmond G, WedzıchaJa, GrıffithsJc. Effectiveness of innovations in nurseled chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematicreview of evidence, *BMJ*, 2005; 331(7515): 1-7.

79- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. https://ohsad.org/wp-content/uploads/2020/01/SB_istatistik-y%C4%B1ll%C4%B1%C4%9F%C4%B1-2018.pdf Erişim tarihi 10.05.2022.

80- Aydın HT, Tok YF, Karagözoğlu Ş, Özden D. Hastaların bakış açısıyla Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ile yaşamak: Fenomenolojik Çalışma, *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, 2012; 20(3): 177-183.

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

82-Türe D, KOAH Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı ve GOLD Sınıflaması Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi, 2018.

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

84-Türk Toraks Derneği Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Raporuna Bakışı. 2017. http://toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/1042017161917-tumu.pd Erişim Tarihi: 10.02.2022.

85-Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2021. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına (KOAH) Raporuna Bakışı. https://toraks.org.tr/site/sf/books/2021/04/f9e6f8f7ed4cf0235b450f52a5fed8906c5389f98d31d2e0c231db64cae1b4a2.pdf2021. Erişim tarihi:15.02.2022

86-Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Koruma, Tanı Ve Tedavi Raporu *Turk Toraks Derg* 2014; 15 (Suppl 2): S72-6.

http:// toraks.org.tr/book. aspx? List=1682& menü=241 Erişim tarihi: 7.02.2022

87-Türkiye İstatistik Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, TUİK Haber Bülteni 2012.

CamScanner ile tarandı

88- Uğurlu Z, Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi Sağlık. Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2011.

89-Uyan B, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2019.

90-Vogelmeier CF, Criner GJ, Martinez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J., et all. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive lung disease 2017 Report: GOLD Executive Summary. *Am J RespirCrit Care Med*, 2017; 195:557–582.

91-World Health Organization (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-diagnosismanagement-pr evention-copd. Erişim Tarihi: 12.10.2021

92- Yeşil T, Çetinkaya U E, Korkmaz M. Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2016; 5(4): 54-66.

93-Yıldırım F, Keser A. Sağlık Okuryazarlığı, *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2015; 3: 15-29.

94-Yılmaz Uzel D, Kronik Hastalığı olan hastalara bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2017;20:2.
https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/31359/342621. Erişim tarihi:12.03.2022

95- Yilmazel G, Çetinkaya F. Health literacy among schoolteachers in Çorum, Turkey. Eastern Mediterranean Health Journal, 2015; 21(8):598-605.

CamScanner ile tarandı

EK 1. OKAN ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL FORMU

İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi: 19.01.2022
Toplantı Sayısı: 148
Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye)
Prof. Dr. Ali İlker Gümüşeli	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Fatma Çiğdem Çelik	(Üye) (Katılmadı)
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Hale Aksuna	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Uğur Tarık Özkut	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Duygu Aydın Haklı	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Aylin Seylam Küşümler	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Özlem Yazıcı	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 19.01.2022 tarihinde toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 12- Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü-Hemşirelik Bölümü'nden **Nagihan EROĞLU'nun Dr. Öğretim Üyesi Hatice Dilek DOĞAN** danışmanlığında **"Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin, Hasta Yakınlarının Bakım Yüküne Etkisi"** başlıklı çalışmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verildi.

Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)

Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan
(Üye)

Prof. Dr. Ali İlker Gümüşeli
(Üye) (Katılmadı)

Prof. Dr. Fatma Çiğdem Çelik
(Üye) (Katılmadı)

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Hale Aksuna
(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Uğur Tarık Özkut
(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Duygu Aydın Haklı
(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Aylin Seylam Küşümler
(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Ozlem Yazıcı
(Üye)

CamScanner ile tarandı

CamScanner ile tarandı

EK 2. KOAH HASTA BİLGİ FORMU

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

1-SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

1. Yaşınız ……..

2. Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )

3. Eğitim Düzeyiniz

1. Okuma yazma bilmiyor
2. Okuma yazma biliyor
3. İlkokul
4. Ortaokul/İlköğretim
5. Lise
6. Üniversite

4. Medeni Durumunuz Evli ( )Bekar ( ) Dul ( )

5. Çocuk sayısı…….

6. Yaşadığınız yer: ( )Şehir ( )Büyük Şehir ( ) İlçe ( )Köy:

7. Mesleğiniz: .....

8. Şu anda bir iş yerinde çalışma durumunuz Evet ( ) Hayır ( )
Cevabınız Hayır ise nedeni .....

9. Ekonomik Durumunuz: İyi ( ) Orta ( ) Kötü ( )

10. Sigara kullanımı.Kullanıyor ( ) Bırakmış ( ) Hiç kullanmamış ( )

11. Şu anda sigara kullanıyorsanız.....paket,.....yıl

12. Sigarayı bıraktıysanız.....paket,.....yıl kullandınız.

13. Kiminle yaşıyorsunuz……

14. Boy uzunluğunuz nedir?…… cm Vücut ağırlığınız nedir?.....BKİ:……

CamScanner ile tarandı

Sağlık Durumu Bilgi Formu

15. Hastalık Süreniz: .....

16. Sağlık Durumuzu nasıl tanımlarsınız?

1. Çok İyi
2. İyi
3. Orta
4. Kötü
5. Çok Kötü

3. Hastalık (KOAH) nedeniyle kullandığınız ilaçlar:
(Adı- Dozu- Ne kadar süredir kullanıldığı belirtilecek

4. İlaçları kullanım şekliniz: Düzenli ( ) Şikâyetler olduğu zaman ( )

5. Evde oksijen kullanım durumunuz: Evet ( ) Hayır ( )
Cevabınız Evet ise kaç saat/gün kullanıyorsunuz?.....

6. Hekim tarafından TANISI KONMUŞ 6 ay ya da daha uzun süredir devam eden KOAH'dan başka bir hastalığınız (kronik hastalık) var mı?
Evet ( ) Lütfen Yazınız…… Hayır ( )

7. Son 6 ay içinde hastalığınız nedeniyle hastanede yatma deneyiminiz oldu mu?
Evet ( ) Hayır ( ) Cevabınız Evet ise kaç kez……

8. 6 ay içinde hastalığınız nedeniyle acil servise başvurunuz oldu mu?
Evet ( ) Hayır ( ) Cevabınız Evet ise kaç kez……

9. Son 6 ay içinde hastalığınız nedeniyle işe gidemediğiniz günler oldu mu ?
Evet ( ) Hayır ( ) Cevabınız Evet ise kaç gün:.....

10. Aşağıdaki hangi konularda yardım alma ihtiyacı hissediyorsunuz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)
Banyo yapma ( ) Giyinme ( ) Tuvalet ( ) Hareket etme ( )
Beslenme() Psikolojik destek ( )

CamScanner ile tarandı

EK 3. BAKIM VERİCİ TANITIM FORMU

1. Yaşınız……..

2. Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek( )

3. Medeni durumunuz Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış/Dul ( )

4. Eğitim durumunuz……

1. Okuma yazma bilmiyor
2. Okuma yazma biliyor
3. İlkokul
4. Ortaokul/İlköğretim
5. Lise
6. Üniversite

5. Mesleğiniz……

6. Yaşadığınız yerde hastanızla birlikte mi kalıyorsunuz? Evet ( ) Hayır ( )

7. Hasta ile Yakınlık dereceniz……

8. Yaşadığınız yer: İl ( ) İlçe ( ) Köy ( )

9. Birlikte yaşadığınız kişiler: Yalnız ( ) Çocuklarıyla ( ) Eşiyle ( )

10. Bakmakla yükümlü olduğunuz başka kimse var mı ? Evet ( ) Hayır( )

11. Çocuk sayınız……..

12. Çalışma durumuz Evet ( ) Hayır ( ) Cevabınız hayır ise nedeni……..

KOAH Bakım Bilgi Formu

13. Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığı ve tedavisi sırasında ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında eğitim aldınız mı?Evet ( ) Hayır ( ) Cevabınız evet ise kimden bilgi aldınız?
Doktor ( ) Hemşire ( ) Kitap/İnternet ( ) Diğer( )

14. Tedavi sürecinde hastanın hastaneye gidiş gelişlerinde yanında bulunuyor musunuz?
( ) Her zaman bulunuyorum. ( ) Bazen bulunuyorum. ( ) Hiçbir zaman bulunamıyorum.

15. Hastanıza ne kadar süredir bakım veriyorsunuz? (Ay olarak)……

CamScanner ile tarandı

16. Günde kaç saatinizi bakım için ayırıyorsunuz?.....

17. Bakım verme şekliniz: ( ) Sürekli ( ) Dönüşümlü ( )Ara-Sıra ( ) İhtiyaç Duyulunca

18. Aşağıdaki hangi konularda hastanıza yardımcı oluyorsunuz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

Banyo yapma ( ) Giyinme ( ) Tuvalet ( ) Hareket etme ( ) Beslenme-Yemek ( )
( ) Psikolojik destek ( ) Ev İşleri ( ) Alışveriş

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

20. Aldığınız desteği yeterli buluyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

21. Hastaya bakım verdiğinizden beri fiziksel düzeyde sorun/sorunlar yaşadınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

Cevabınız" Evet" ise fiziksel düzeyde yaşadığınız sorunlar aşağıdakilerden hangileridir? Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

□ Yorgunluk Azalma ( ) Artma ( )
□ iştah Değişimi Azalma ( ) Artma ( )
□ Boşaltım şekli Diare ( ) Kabızlık ( ) i drarda değişiklik ( )
□ Uyku Değişimi Azalma ( ) Artma ( )
□ Dikkat Değişimi Azalma ( ) Artma ( )
□ Kişisel Bakımda Değişim. Kişisel bakımım azaldı ( ) Kişisel bakımım arttı ( )
□ Diğer ……..

22. Hastaya bakım verdiğinizden beri psikolojik sorunlar yaşadınız mı?
1.Evet ( ) 2.Hayır ( )
Soruya geçiniz) Cevabınız **"Evet"** ise psikolojik düzeyde yaşadığınız sorunlar aşağıdakilerden hangileridir?

□ Ağlama isteği sık sık ( ) Azalma ( ) Artma ( )
□ Gülme isteği (Uygunsuz durumlarda) Azalma ( ) Artma ( )
□ Çaresizlik Azalma ( ) Artma ( )
□ Konuşmak istememe Azalma ( ) Artma ( )
□ Aşırı konuşmak isteme Azalma ( ) Artma ( )
□ Sıkıntı hissi Azalma ( ) Artma ( )
□ Güçsüzlük Azalma ( ) Artma ( )
□ Ümitsizlik Azalma ( ) Artma ( )
□ Korku Azalma ( ) Artma ( )
□ Diğer ……..…

CamScanner ile tarandı

23. Bakım verdiğiniz kişi ile ilgilendiğinizden beri sosyal yaşantınızda değişiklik oldu mu?

( )Evet ( ) Hayır

Cevabınız "**Evet"** ise sosyal düzeyde yaşadığınız sorunlar aşağıdakilerden hangileridir?

□ Güncel olayların takibinde Azalma ( ) Artma ( )

□ Komşuluk ilişkilerinde (gün,gezme, çaylar ....) Azalma ( ) Artma ( )

□ Çevredeki diğer insanlarla olan ilişkiler Azalma ( ) Artma ( )

□ Kültürel aktivitelere katılım Azalma ( ) Artma ( )

□ Gece sosyal aktivitelere katılım Azalma ( ) Artma ( )

24.Hastaya bakım verdiğinizden beri finansal sorunlar yaşıyor musunuz ?

( ) Evet ( ) Hayır

25- Hastanıza bakma nedeniniz nedir?

( ) Ailevi sorumluluk

( ) Bakacak başka kimse olmadığı için

( ) Ekonomik katkısı olduğu için

( ) Diğer……

CamScanner ile tarandı

EK 4. KOAH SAĞLIK OKURYAZARLIK ÖLÇEĞİ

Şimdi size KOAH ile ilgili bazı sorular soracağım. Lütfen bu sorulara doğru, yanlış ya da bilmiyorum
şeklinde cevap veriniz.

1. 'Kronik (Süreğen)' kelimesi şiddetli anlamında kullanılır.
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

2. KOAH'ın tanısı sadece solunum testleriyle konur.
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

3. Kanda oksijen seviyeleri KOAH'da her zaman düşüktür.
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

4. KOAH daha çok 40 yaş üstü bireylerde görülür.
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

5. KOAH vakalarının büyük çoğunluğu sigara içiminden kaynaklanmaktadır.
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

6. Sigarayı bırakmak genellikle akciğer fonksiyonlarının iyileşmesiyle sonuçlanır.
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

7. KOAH mesleğe bağlı olarak maruz kalınan tozdan kaynaklanabilir.
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

8. KOAH, genellikle kalıtsal/ailesel bir hastalıktır.
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

9. KOAH'ta ayak ve el bileklerinde şişme yaygındır.
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

10. KOAH'ta yorgunluk ve hırıltılı solunum yaygındır.
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

11. KOAH'ta sıkıştırıcı tarzda göğüs ağrısı yaygındır.
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

12. KOAH' da nefes darlığı oksijen seviyelerinizin düşük olduğu anlamına gelmektedir.
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

13. Öksürükle balgam çıkarma KOAH'da yaygın bir belirtidir
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

CamScanner ile tarandı

14. Gün içinde yeterli su içmeyen hastalarda balgamı temizlemek daha zordur.
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

15. İçe çekilen (inhaler) nefes açıcı ilaçlar ve nefes egzersizleri balgamı temizlemeye yardım edebilir.
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

16. Solunum yolu enfeksiyonlarında balgam sıklıkla renklidir (Sarı ya daYeşil).
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

17.Solunumu iyileştirmek için yürüyüş egzersizleri, nefes alma egzersizlerinden daha iyidir.
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

18. Hem uzun hem kısa etkili nefes açıcı ilaçlar aynı gün kullanılabilir.
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

19. Hava odacığı (balon şeklinde plastik aparatlar ör: nebuhaler ve aerochamber) yıkandıktan sonra havluyla kurutulmalıdır.
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

20. Antibiyotik tedavisi, hastalık hafif olmasına rağmen alevlenme için gereklidir.
Doğru ( ) Yanlış ( ) Bilmiyorum ( )

CamScanner ile tarandı

EK 5. ZARİT BAKIM YÜKÜ ÖLÇEĞİ

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 sağlığınızı 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

CamScanner ile tarandı

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

CamScanner ile tarandı

EK 6. KOAH HASTA ONAM FORMU

BILGILENDIRILMIŞ GÖNÜLLÜ HASTA ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, **Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin, hasta yakınlarının bakım yüküne etkisi"**nin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır.

Çalışmada araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucu geliştirilen ve size ve hastanızı yakından tanımamıza yardımcı olacak kişisel bilgilerinizin yer aldığı **"KOAH Hasta Yakını Bilgi Formu"** ile KOAH hastaları için düzenlenmiş olan **"KOAH Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği"** verilecek ve sizden bu formları eksiksiz doldurmanız istenecektir. Çalışmaya vereceğiniz cevaplar sizi daha yakından tanımamızı sağlayacak, KOAH hastalarının sağlık okuryazarlık düzeylerini belirleyecek verdiğiniz cevapların yakınlarınızın bakım yüküne etkisi araştırılacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız durumunda, Türkiye'de KOAH hastalığı olan bireyler için yapılan araştırmalara önemli oranda katkı sağlamış olacaksınız. Bu araştırmada yer almanız durumunda öngörülen süre anketleri doldurmanız için 15 dakikadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sizin vereceğiniz cevaplar yalnızca bilimsel amaçlı değerlendirilecek ve hiç bir kurum veya kişi ile paylaşılmayacaktır. Katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz; reddedildiği takdir de 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 herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu süreçte bizimle paylaştığınız tüm bilgiler araştırmacılarda gizli tutulacak ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. İsterseniz sonuçlar hakkında bilgi edinme hakkına da sahipsiniz. Eğer araştırmanın amacı ile şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacılara aşağıda yer alan iletişim adreslerinden ulaşabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya **katılım için onam verdiğiniz** anlamına gelmektedir

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin hasta yakınlarının bakım yüküne etkisini belirlemek amacıyla yapılacak olan bu çalışma hakkında bilgilendirildim. Başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu onam formunun bir nüshası tarafıma verildi Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın;

EVET ( ) katılmayı kabul ediyorum. HAYIR ( ) katılmayı kabul etmiyorum.

Gönüllü hastanın Adı-soyadı

İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Araştırmacılar

Danışman:Dr.Öğrt.ÜyesiH.DilekDOĞANTe'

Tez öğrencisi: Nagihan EROĞLU Tel·

CamScanner ile tarandı

CamScanner ile tarandı

EK 7. KOAH HASTA YAKINI ONAM FORMU

BİLGILENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ HASTA YAKINI ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin, hasta yakınlarının bakım yüküne etkisi" nin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Çalışmada araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucu geliştirilen ve sizi ve hastanızı yakından tanımamıza yardımcı olacak kişisel bilgilerinizin ve hastanızla yaşadığınız bakım sürecinin yer aldığı **"Bakim Verici Tanitim Formu"** ile KOAH hastalarının bakım yükünün değerlendirildiği "**Zarit Bakım Yükü Ölçeği**" verilecek ve bu formları eksiksiz doldurmanız sizden istenecektir. Anketlere vereceğiniz cevaplar sizleri daha yakından tanımamızı yardımcı olacak, KOAH hastalarının yaşadıkları güçlükler ve bakım yükleri belirlenecektir. Bu nedenle verdiğiniz cevaplar çok değerli olup soruları samimi ve doğru şekilde cevaplamanızı sizden rica ediyoruz. Bu çalışmaya katılarak, Türkiye'de KOAH hastalarına bakım veren kişilerin yaşadığı güçlükler ile bakım yükleri konusundaki araştırmalara yeni bir literatür eklenmesine destek olmuş olacaksınız.

Bu araştırmada yer almanız durumunda öngörülen süre anketleri doldurmanız için 20 dakikadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sizin vereceğiniz cevaplar yalnızca bilimsel amaçlı değerlendirilecek ve hiç bir kurum, kuruluş veya kişi ile paylaşılmayacaktır. Katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz; reddedildiği takdir de hiçbir zorlama ya da baskı yapılmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra istediğiniz zaman araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ya da size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu süreçte bizimle paylaştığınız tüm bilgiler araştırmacılarda gizli tutulacak ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. İsterseniz sonuçlar hakkında bilgi edinme hakkına da sahipsiniz. Eğer araştırmanın amacı ile şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacılara aşağıda yer alan iletişim adreslerinden ulaşabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya **katılım için onam verdiğiniz** anlamına gelmektedir

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan; Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin hasta yakınlarının bakım yüküne etkisinin incelenmesi amacıyla yapılacak çalışma ile ilgili bilgilendirildim. Başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu onam formunun bir nüshası tarafıma verildi. Bu koşullarla söz konuşu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın;

EVET ( ) katılmayı kabul ediyorum. **HAYIR ( ) katılmayı kabul etmiyorum.**

Gönüllü hastanın

Adı-soyadı

İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

CamScanner ile tarandı

CamScanner ile tarandı

EK 8. KOCAELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZNİ

T.C.
KOCAELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI SAĞLIK TESİSİ İZİN FORMU

ARAŞTIRMACIYA AİT BİLGİLER	
Adı Soyadı	Duygu Eroğlu
Kurum / Üniversite	T.C. Okan Üniversitesi
Bölümü	Hemşirelik Bölümü
Telefonu	
e-mail adresi	
ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER	
Araştırmanın Konusu (Araştırmanın açık adı)	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin, hasta yaklaşımına bakım yükü üzerine etkisi
Araştırmanın Statüsü (Aşağıdaki kutucuklardan uygun olanı/olanları işaretleyiniz.)	☒YL Tezi ☐ Doktora Tezi ☐Bireysel Araştırma Projesi ☐ Uzmanlık Tezi
Araştırmanın destekleyicisi var mı?	☐ Evet ☒Hayır
Evet ise, araştırma bütçesinin kaynağı aşağıdakilerden hangisi tarafından sağlandı?	☐ Sağlık Bakanlığı ☐TÜBİTAK ☐Kalkınma Bakanlığı ☐ İlaç Firması ☐Diğer (belirtiniz):
Araştırmada yer alan Danışmanlar	Adı Soyadı: Hatice Dilek Doğan Çalıştığı Kurum: Okan Üniversitesi İletişim:
Araştırma başvurusunun onaylandığı etik kurul var mı?	☒Evet
Araştırma başvurusunun onaylandığı Eğitim Planlama Kurulu (EPK) kararı var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
Araştırmanın Amaç/Kapsam:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin, hasta yaklaşımına bakım yükü üzerine etkisinin değerlendirilmesi
Araştırma Veri Toplama Yöntemi	1-KOAH hasta bilgi formu 2-KOAH sağlık okuryazarlık ölçeği 3-Hasta yakını bilgi formu 4-Zarit bakım yükü ölçeği
Araştırmanın Yapılacağı Zaman Aralığı:	28 Şubat - 25 Haziran 2022
Araştırmanın yapılacağı Sağlık Tesis(leri):	Darıca Farabi Eğitim Araştırma Hastanesi

Kurumunuzda yürüteceğim çalışma esnasında, kurumun kurallarına uyacağımı, kapsamı dışı hiçbir veri toplamayacağımı, veri toplarken kurumun ve kişilerin rızasını alacağımı, kurumun istemesi halinde etik kurul izni alacağımı, kurumun izin verdiği süre içinde araştırmamı yürüteceğimi, araştırmamın uzaması halinde kurumdan üniversite kanalıyla izin alacağımı, İl Sağlık Müdürlüğünün ve Hastanenin uygun bulmadığı verileri yayınlamayacağımı, taahhüt ederim.

Adı Soyadı: Duygu Eroğlu
TC No:
Adres:
İMZA:

OLUR
KOCAELİ VALİLİĞİ

Uygun Değil ise Gerekçesi:

CamScanner ile tarandı

CamScanner ile tarandı

CamScanner ile tarandı

EK 9. DARICA FARABİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ İZNİ

T.C.
KOCAELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KOCAELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KOCAELİ EĞİTİM HİZMETLERİ BİRİMİ
03/03/2022 16:04 - E-65530689 - 799 - 207
00160324345

Sayı : E-65530689-799
Konu : Araştırma İzni-Nagihan EROĞLU

KOCAELİ SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DARICA FARABİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANE BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 17/02/2022 tarihli ve 34059705-1 sayılı yazı.

Okan Üniversitesi Hemşirelik Bölümünde yüksek lisans öğrencisi olan Nagihan EROĞLU 'nun 17.02.2022 tarih ve 159259279 sayılı başvurusuna istinaden " Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Hasta Yakınlarının Bakım Yüküne Etkisi " konulu yüksek lisans tez çalışması, İl Sağlık Müdürlüğü Komisyonu tarafından değerlendirilerek hastanenizde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr.Yüksel PEHLEVAN
İl Sağlık Müdürü

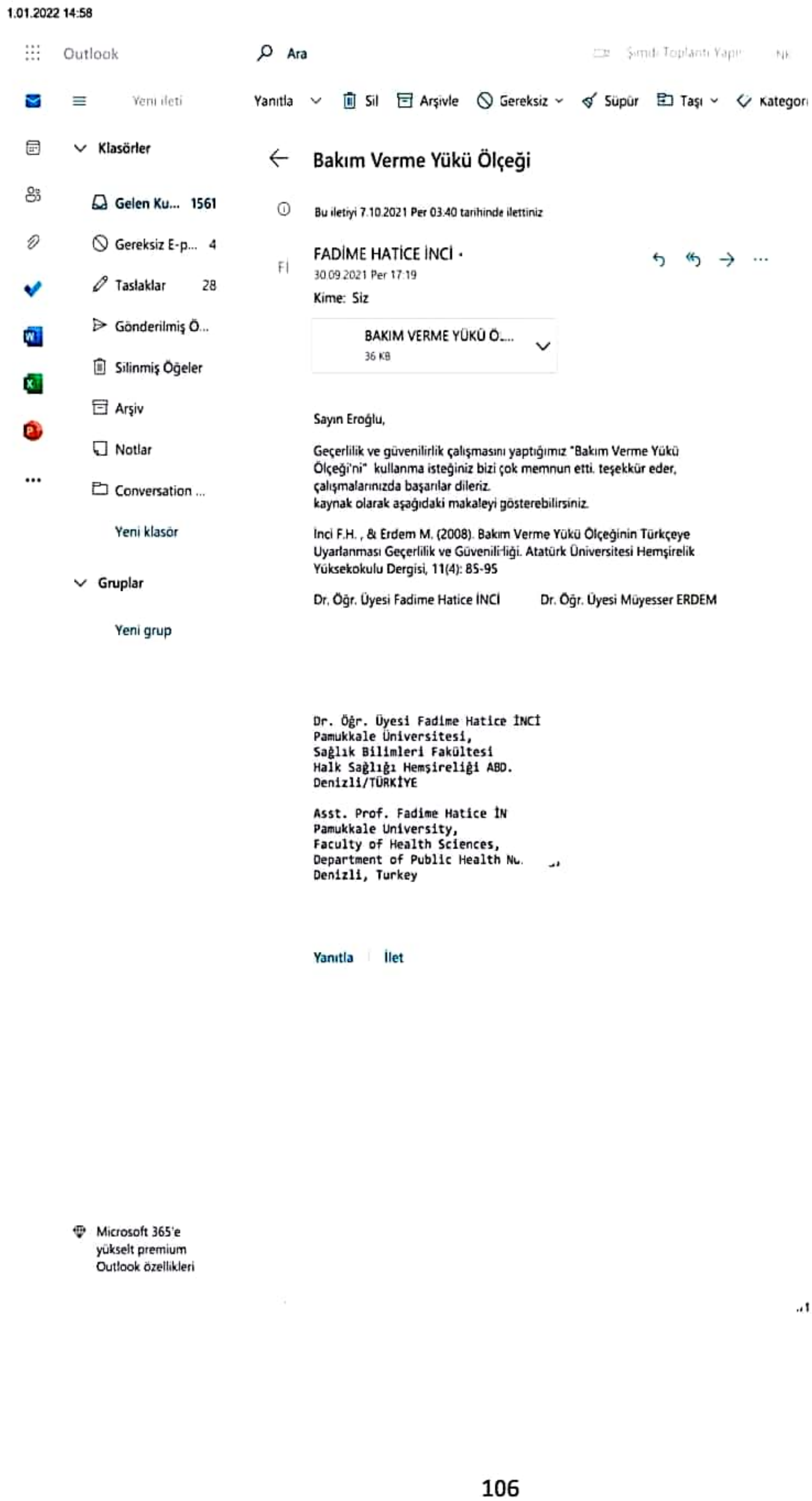
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: d077c277-b91b-40c9-9815-ca6bf6a24c22 Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Karadenizliler Mah.Elma [illegible] Cad.NO:57Ali Kahya Yerleşkesi Eğitim Birimi İzmit/KOCAELİ Dahili
Telefon: Faks No:
e-Posta

Bilgi için: Şehinaz TUFAN KALYONCU
HEMŞİRE
Telefon No: (

CamScanner ile tarandı

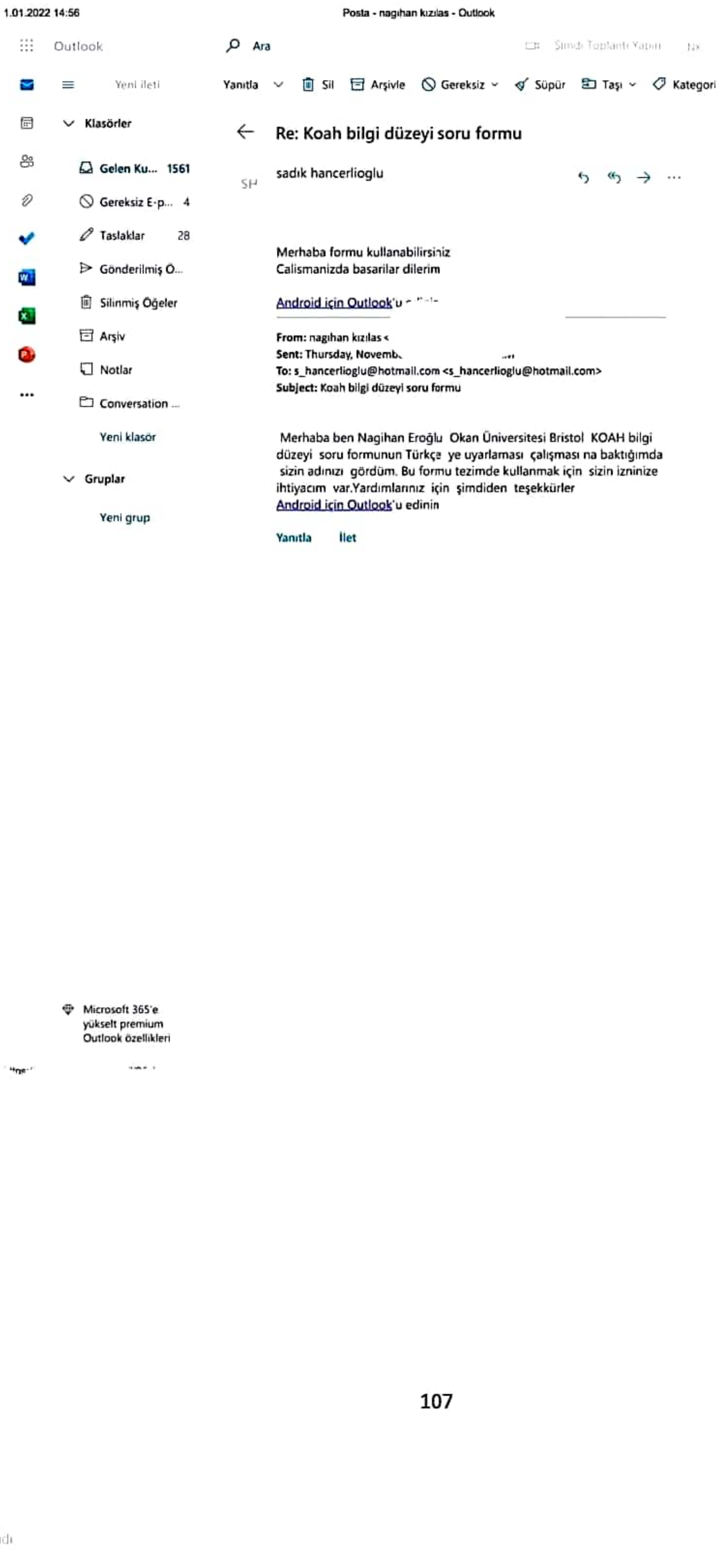
EK 10. FADİME HATİCE İNCİ ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



CamScanner ile tarandı

CamScanner ile tarandı

EK 11. SADIK HANÇERLİOĞLU KOAH SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



CamScanner ile tarandı

CamScanner ile tarandı