

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAH)
OLAN BİREYLERİN ÖZBAKIM GÜCÜ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

**Hazırlayan
Züleyha KILIÇ**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Songül GÖRİŞ**

Yüksek Lisans Tezi

**Temmuz 2013
KAYSERİ**

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAH)
OLAN BİREYLERİN ÖZBAKIM GÜCÜ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

**Hazırlayan
Züleyha KILIÇ**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Songül GÖRİŞ**

Yüksek Lisans Tezi

**Temmuz 2013
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Züleyha KILIÇ

İmza:



YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI

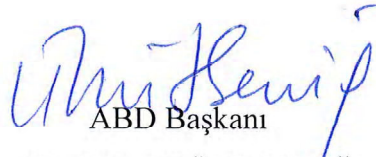
“Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Özbakım Gücü ve Etkileyen Faktörler” adlı Yüksek Lisans tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Öncrisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan
Züleyha KILIÇ



Danışman
Yrd. Doç Dr. Songül GÖRİŞ




ABD Başkanı
Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ

Yrd. Doç. Dr. Songül GÖRİŞ danışmanlığında **Züleyha KILIÇ** tarafından hazırlanan **“Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Özbakım Gücü ve Etkileyen Faktörler”**adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

18 /07 / 2013

JÜRİ:

Danışman : Yrd.Doç. Dr. Songül GÖRİŞ (Hemşirelik Anabilim Dalı).....

Üye : Doç. Dr. Sultan TAŞÇI (Hemşirelik Anabilim Dalı)

Üye : Yrd. Doç Dr. Ferhan ELMALI (Biyostatistik Anabilim Dalı).....

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun /0 2013 tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

/0 ' 2013

Prof. Dr. Saim ÖZDAMAR
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında her türlü desteğini ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Songül GÖRİŞ'e,
Tez çalışmamın planlanma aşamasında öneri ve desteklerinden dolayı Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ'e ve Doç. Dr. Sultan TAŞÇI'ya
Tezimin istatistiksel analizlerine yardımcı olan ve zaman ayıran Yrd. Doç. Dr. Ferhan ELMALI'ya
Verilerin toplanması aşamasında katkılarından dolayı Göğüs Hastalıkları Klinikleri'nde görev yapan hemşire, hekim ve tüm personele,
Araştırmaya katılan tüm KOAH'lı bireylere,
Desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen çok değerli aileme,
Teşekkür ediyorum.

Züleyha KILIÇ
Kayseri, Temmuz 2013

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN ÖZBAKIM GÜCÜ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Züleyha KILIÇ

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans, Temmuz 2013

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Songül GÖRİŞ

ÖZET

Bu araştırma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylerin özbakım gücü ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmaya bir ilin Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Poliklinikleri'ne başvuran, çalışma kriterlerine uyan ve çalışmayı kabul eden 226 KOAH'lı birey alınmıştır. Çalışmanın verileri literatür taranarak hazırlanan hasta tanıtım formu ve Kearney ve Fleischer (1979) tarafından geliştirilmiş, Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği 1993 yılında Nahcivan tarafından yapılmış olan özbakım gücü ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Çalışmada kullanılan anket formundaki her bir soru araştırmacı tarafından okunarak hastaların cevapları doğrultusunda doldurulmuştur. Araştırmaya, Etik Kurul onayı ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alındıktan sonra başlanmıştır. Ayrıca çalışmaya alınan KOAH'lı bireylere araştırmaya katılımları konusunda açıklama yapıp hastaların sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 21 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Değişkenlerin özet istatistikleri birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama (\bar{X}) ve standart sapma (SS) olarak belirtilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi ve Student-Newman-Keuls çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Çalışmada $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Yapılan çalışmanın sonucunda KOAH'lı bireylerin özbakım gücü puan ortalaması 70.15 ± 13.75 olarak bulunmuştur. Çalışmada erkeklerin, eğitim durumu lise olanların, evlilerin, memur olanların, çekirdek ailede yaşayanların, betonarme evde oturanların, sigara kullanmayı bırakmış olanların ve sağlığını iyi olarak algılayanların özbakım gücünün diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). KOAH'lı bireylerde; yaşın, beden kütle indeksinin (BKİ), çocuk sahibi olmanın ve çocuk sayısının, çalışma süresinin, sosyal güvencenin, yerleşim yerinin, sigara kullanma ve bırakma süresinin, sigara kullanma miktarının ve pasif içiciliğin özbakım gücünü etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu sonuçlar doğrultusunda, KOAH'lı bireylerde özbakım gücü ve etkileyen faktörleri belirleyen, bireylerin öz bakım gücünü arttıran, uygulamalı ve geniş tabanlı çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, özbakım, özbakım gücü, etkileyen faktörler.

**SELF-CARE AGENCY OF INDIVIDUALS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASE AND ITS AFFECTING FACTORS**

Züleyha KILIÇ

Erciyes University, Institute of Health Sciences

Department of Nursing Master of Science Degree, July 2013

Supervisor: Assistant Professor Songül GÖRİŞ,

ABSTRACT

The present research was conducted as a descriptive study to determine self-care agency of individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and its affecting factors. Study sample consisted of 226 individuals with COPD who accepted to participate and admitted to the Outpatient Clinics of Chest Diseases of State Hospital in a province. Data of the research were collected by using patient descriptive form which was prepared according to literature and self-care agency scale which was developed by Kearney and Fleischer (1979) and of which validity and reliability study was made by Nahcivan (1993) in Turkey. Each question in patient descriptive form and each item of the scale were read and filled by the researcher in accordance with patients' answers. The study was begun after the approval of Clinical Research Ethics Committee and institutional permission from Province Health Directorate. Verbal and written consents of the individuals were also obtained after making an explanation about the research. Data obtained in the research were analyzed using IBM SPSS Statistics version 21 Package Program. Summary statistics of the variables were given as number of units (n), percentage (%), mean (\bar{X}) and the standard deviation (SD). Independent samples t test, one-way ANOVA and Student-Newman-Keuls multiple comparison test were used to analyze the data. $p < 0.05$ was set as statistically significant. According to the research results, mean score of self-care agency of individuals with COPD was found to be 70.15 ± 13.75 . In this study, it has been determined that self-care agency of males, individuals with high education, who were officers, who lived in a nuclear family, who lived in the building of reinforced concrete, who had gave up smoking and who perceived their health as good were significantly higher than other groups ($p < 0.05$). It has been determined that age, body mass index (BMI), having children and number of children, working time, social insurance, residential area, smoking time and quitting time, the amount of smoking and passive smoking did not affect self-care agency of individuals with COPD ($p > 0.05$). According to these results, it is suggested that practical and broad-based studies should be planned to determine self-care agency of patients with COPD and the factors which affect self-care agency and how to increase self-care agency.

Key Words: COPD, self-care, self-care agency, affecting factors.

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK.....	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI.....	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI.....	iii
KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR.....	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. KOAH TANIMI.....	4
2.2. KOAH EPİDEMİYOLOJİSİ.....	5
2.2.1. Mortalite.....	5
2.2.2. Morbidite.....	6
2.2.3. Prevalans.....	7
2.2.4. Ekonomik Yük.....	7
2.3. KOAH'TA RİSK FAKTÖRLERİ.....	8
2.3.1. Sigara.....	9
2.3.2. Hava kirliliği.....	9
2.3.3. Meslek.....	10
2.3.4. Genler.....	10
2.3.5. Bronş Hiperraktivitesi.....	11
2.3.6. Cinsiyet.....	11
2.3.7. Enfeksiyonlar.....	11
2.3.8. Diyet.....	12
2.3.9. Sosyo-ekonomik Faktörler.....	12
2.4. KOAH FİZYOPATOLOJİSİ.....	12
2.5. KOAH'TA SEMPTOMLAR.....	13
2.6. KOAH'TA TANI YÖNTEMLERİ.....	15
2.7. KOAH'IN SINIFLANDIRMASI.....	16
2.8. KOAH'TA TEDAVİ.....	16
2.8.1. Hasta Eğitimi.....	17

2.8.2. Sigaranın Bıraktırılması.....	17
2.8.3. Farmakolojik Tedavi	17
2.8.4. Nonfarmakolojik Tedavi	19
2.9. KOAH'TA YAŞAM SÜRESİNİ KISALTAN FAKTÖRLER.....	21
2.10. OREM'İN GENEL HEMŞİRELİK KURAMI	21
2.10.1.Özbakım Modeli	21
2.10.2.Özbakım Yetersizliği Modeli.....	26
2.10.3. Hemşirelik Sistemleri Modeli	26
10.4. KOAH'LI BİREYLERDE ÖZBAKIM GÜCÜ VE HEMŞİRELİK	27
3. GEREÇ YÖNTEM	29
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	29
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	29
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ	30
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	30
3.5. ARAŞTIRMAYA DÂHİL EDİLME KRİTERLERİ.....	31
3.6. ARAŞTIRMAYA DÂHİL EDİLMEME KRİTERLERİ	31
3.7. VERİLERİN TOPLANMASI.....	31
3.7.1. Hasta Tanıtım Formu (EK 1).....	31
3.7.2. Özbakım Gücü ölçeği (EK 2)	31
3.7.3. Ön Uygulama.....	32
3.8. VERİ TOPLAMA FORMLARININ UYGULANMASI	32
3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	32
3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU.....	34
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	47
6. KAYNAKLAR	56

EKLER

ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR

AAT:	Alfa-1 Antitripsin
BOLD:	Burden of Obstructive Lung Disease-Akciğer Hastalıklarının Yüğü
cAMP:	Cyclic Adenosine Mono Phosphate- Siklik Adenozin Mono Fosfat
DALY:	Disability Adjusted Life Years-Erken Ölümler ve Sakatlık Nedeniyle Kaybedilen Yılların Toplamı
DLC/VA	Diffusing Capacity Of The Lung For Carbon Monoxide/ Alveolar Volume- Karbonmonoksit (CO)Difüzyon Kapasitesi/Alveoler Volüm
DLCO:	Diffusing Capacity Of The Lung For Carbon Monoxide- Karbonmonoksit (CO) Difüzyon Kapasitesi
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
GOLD:	Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease-Kronik Akciğer Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim
FEV1:	Forced Expiratory Volume in First Second - İlk Saniyedeki Zorlu Ekspiratuvar Volüm
FVC:	Forced Vital Capacity-Zorlu Vital Kapasite
KOAH:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
IC:	Inspiratuvar Capacity - İspirasyon Kapasitesi
PEF:	Peak Expiratory Flow- Tepe Akım Hızı
PLATINO:	Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Five Latin American Cities- Güney Amerika'nın Beş Kentinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
RV:	Rezidüel Volüm
PR:	Pulmoner Rehabilitasyon
USOT:	Uzun Süreli Oksijen Tedavisi
TLC:	Total Lung Capacity - Total Akciğer Kapasitesi
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
YLD:	Years Lost with Disability-Sakatlık Nedeni İle Kaybedilen Yılların Toplamı
\bar{X} :	Mean-Ortalama
SS:	Standart Sapma

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2. 1.	Dünyada Önde Gelen 10 Ölüm Nedeninin 2002-2030 Yılları Arasında Ölüm Nedeni Sıralamasında Yerlerinin Değişimi	5
Tablo 2.2.	Dünyada Önde Gelen 11 DALY Nedeninin 2002-2030 Yılları Arasında DALY Sıralamasındaki Yerlerinin Değişimi	6
Tablo 2.3.	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Risk Faktörleri.....	8
Tablo 2. 4.	KOAH'ın Spirometrik Sınıflandırması.....	16
Tablo 3.1.	Yetişkinlerde Beden Kütle İndeksine Göre Ağırlığın Değerlendirilmesi	33
Tablo 3.2.	KOAH'ın Spirometrik Sınıflandırması	33
Tablo 4.1.	KOAH'lı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	36
Tablo 4.2.	KOAH'lı Bireylerin Sigara Kullanımlarıyla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 4.3.	KOAH'lı Bireylerin Hastalıkla İlişkili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	38
Tablo 4.4.	Araştırma kapsamına Alınan KOAH'lı Bireylerin Bakımla İlgili Özellikleri.....	39
Tablo 4.5.	KOAH'lı Bireylerin Bazı Özelliklerine Göre Ortalama ve Ortanca Değerlerinin Dağılımları.....	40
Tablo 4.6.	KOAH'lı Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Özbakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	41
Tablo 4.7.	KOAH'lı Bireylerin Sigara Kullanımı Özelliklerine Göre Özbakım Gücü Puan Ortalamaların Dağılımı.....	44
Tablo 4.8.	KOAH'lı Bireylerin Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Özbakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	45
Tablo 4.9.	KOAH'lı Bireylerin Bakımla İlgili Özellikleri ve Özbakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	46

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Günümüzde tanı ve tedavi yöntemindeki gelişmeler, temel sağlık hizmetlerine verilen önemin artması, erken yaşta ölümlerin azalmasına, yaşam süresinin ise uzamasına yol açmıştır. Ayrıca hızlı kentleşme ve sanayileşmenin beraberinde getirdiği çeşitli stresörler nedeniyle kronik hastalıkların insidans ve prevalansı da artmıştır (1). 20. yüzyılın ortalarına kadar, bulaşıcı hastalıklar ve aşırı doğurganlığın yol açtığı sağlık sorunları öncelikliken, 20. yüzyıl ortalarından itibaren bu sorunlar yerini kronik hastalıklara bırakmıştır (2). Kronik hastalıklara bağlı olarak fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar ve sakatlıklar bireyin bağımsızlığını azaltmakta, uzun süreli bakım gereksinimini artırmakta, sağlık algısını olumsuz etkilemekte ve sosyal etkinliklerini kısıtlamaktadır (1).

Türkiye’de ulusal düzeyde ölüm nedenlerinin hastalık gruplarına göre dağılımına bakıldığında, kronik hastalıklara bağlı ölümler toplam ölümler içerisinde % 78.7’lik önemli bir paya sahiptir (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2008 verilerine göre; Türkiye’de toplam ölümler içerisinde solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin oranı % 9’dur (3). Solunum sisteminin kronik hastalıkları içerisinde yer alan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tüm dünya ülkelerinde önemli mortalite ve morbiditeye neden olan bir hastalıktır (4,5). DSÖ 2002 verilerine göre; KOAH ölüm nedenleri arasında dünyada beşinci sırada yer almaktadır (6). Amerika’da 1965-1998 yılları arasında diğer önde gelen ölüm nedenlerinde ciddi bir düşüş olmasına rağmen KOAH mortalitesinde % 163’lük bir artış görülmüştür (7).

Türkiye’de 2012 yılında toplam ölümler içerisinde KOAH’a bağlı ölüm sayısı 19,087’dir (7). Ülkemizde yapılan hastalık yükü çalışmasında; KOAH insidansı % 7.3, prevalansı ise % 10.2 olarak bulunmuştur (2).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, erken ölümler ve sakatlık nedeniyle kaybedilen yılların toplamı olarak tanımlanan DALY (Disability Adjusted Life Years) sıralamasında 8. sırada yer almaktadır. Ayrıca sakatlık nedeni ile kaybedilen yılların toplamı olarak tanımlanan YLD’nin (Years Lost with Disability) önde gelen nedenleri arasında erkeklerde altıncı kadınlarda ise dördüncü sıradadır (2). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2010 verilerine göre sağlık sorunu yaşadıklarını belirten bireylerin % 4.4’ünü KOAH’lı bireyler oluşturmaktadır (8).

Kronik hastalıklarla birlikte kişiler bağımsızlıktan bağımlılığa geçmekte ve özbakım aktivitelerini yerine getirmekte güçlük çekmektedirler. TÜİK 2010 sağlık araştırmalarına göre bireylerin % 11.9’u sağlık problemi nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde ciddi ölçüde kısıtlanma yaşadığını belirtmektedir (8). KOAH’ta sık karşılaşılan solunum güçlüğü, öksürük, balgam çıkarma, yetersiz beslenme, iştahsızlık, yorgunluk ve güçsüzlük gibi semptomlara bağlı olarak bireyler günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık yaşamakta, emosyonel, bilişsel, ekonomik ve sosyal sınırlılıklarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Ayrıca hastalıkla birlikte bireylerin özbakım becerileri de yetersiz kalabilmektedir (9-13).

Özbakım zamanla gelişen, etkileşim, iletişim ve kültür yolu ile öğrenilen bir davranıştır. Bireyin yaşamı, sağlığı ve iyiliğini sürdürmek için sağlık etkinliklerini yerine getirmesi ya da gerçekleştirilmesi özbakım, bu etkinlikleri gerçekleştirme yeteneği ise özbakım gücü olarak tanımlanmaktadır. Eğer birey özbakım davranışı geliştiremezse sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmede yetersizlik yaşamaktadır (14). Sağlık ve özbakım davranışları arasında sıkı bir ilişki vardır. Özbakım yerine getirildiğinde, sağlık ve iyilik halinin gelişmesine katkıda bulunmaktadır. Farklı kronik hastalıklarda özbakım gücüne yönelik yapılan çalışmalarda, özbakım gücü yüksek olan bireylerin hastalık yönetimleri daha başarılı bulunmuştur (15-17).

Özbakım gücü, az veya çok değişen derecelerde bireylerin tamamında vardır. Özbakım gücü; yaş, cinsiyet, gelişimsel durum, ailevi ve sosyo-ekonomik durum gibi birçok faktörden etkilenmektedir.

Yıldırım ve ark. KOAH'lı bireylerle yaptıkları çalışmada yaşın, medeni durumun, eğitim düzeyinin, ekonomik durumun ve sağlık algısının, özbakım gücünü etkilediğini belirtmişlerdir (13).

Orem'e göre hemşirelik, yardım veya rehberliğe gereksinimi olan bireylere hemşireler tarafından bilimsel bilgi doğrultusunda verilen hizmet şeklidir.

Hemşireliğin amacı; insanların yaşamını ve sağlığını koruması ve geliştirmesi, hastalık ve sakatlığının iyileşmesi veya etkileriyle başedebilmesi için özbakım yeteneğinin gelişmesini sağlamaktır. Hemşire, hastanın özbakım gereksinimlerini karşılarken, aynı zamanda özbakımını yapabilmesine yönelik girişimlerini de sürdürmelidir (18).

Hemşirelerin, KOAH'lı bireylere uygun bakımı planlayabilmesi ve özbakım gücünü destekleyebilmesi için özbakım gücüyle ilgili kavramları ve özbakım gücünü etkileyen faktörleri bilmesi gerekmektedir. Özbakım gücünü etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlerin ortadan kaldırılması ya da etkilerinin azaltılması ile bireylerin özbakım gücünü artırmaya yönelik birey ve aileye eğitimlerin planlanması ve girişimlerin desteklenmesi önemli hemşirelik girişimlerindedir. Ülkemizde ve yurt dışında KOAH'lı bireylerin özbakım gücüyle ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışma KOAH'lı bireylerin özbakım güçleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ) TANIMI

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ); tam olarak geri dönüşümlü olmayan, ilerleyici hava akımı kısıtlanması ile karakterize önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (19). Bu tanıma ek olarak KOAİ'a karşı küresel girişim kılavuzunda (GOLD-Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease) KOAİ'ın sistemik bir hastalık olduğu, akciğer dışı etkilerinin ve ek hastalıkların hastalığın şiddetini etkilediği belirtilmiştir (7). Bu hastalık, zararlı gaz ve partiküllere, özellikle sigara dumanına karşı oluşan enflamatuar bir süreç sonucu gelişmektedir (19).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı terimi, kronik bronşit ve amfizem hastalıklarını içermektedir. Kronik bronşit; ard arda en az iki yıl tekrarlayan ve en az üç ay boyunca devam eden ve diğer solunum ya da kalp hastalıklarına bağlanamayan öksürük ve balgam çıkarma ile karakterize bir hastalıktır. Amfizem ise; terminal bronşiyollerin distalindeki hava yollarının, belirgin fibrozisin eşlik etmediği duvar hasarı ile birlikte anormal ve kalıcı olarak genişlemesidir. KOAİ'ın temel özelliği olan kronik hava akımı obstrüksiyonu, akciğerlerde gelişen inflamasyonun yol açtığı parankim harabiyeti (amfizem) ve/veya küçük hava yolu hastalığı (küçük hava yollarındaki daralma ve peribronşiyal fibrozis) sonucu oluşmaktadır. Hastalığın seyri bireyler arasında büyük değişkenlik göstermekte, sıklıkla uzun süre sigara içen, orta ve ileri yaş grubunu (45 yaş üstü) etkilemektedir (20-22).

2.2. KOAH EPİDEMİYOLOJİSİ

2.2.1. Mortalite

Mortalite verileri kolaylıkla elde edilebilir olmalarına karşın, KOAH terminolojisinin farklı kullanımları, genel kabul gören tanısal standartların bulunmayışı nedeniyle bu verilerin güvenilirlikleri sınırlıdır. Ayrıca KOAH'ın yeterince bilinmemesi ve yeterince teşhis edilememiş olması, birincil ölüm nedeni olmasına karşın ölüm raporlarında KOAH'ın genellikle katkıda bulunan neden olarak belirtilmesi veya hiç belirtilmemesi mortalite verilerinin güvenilirliğini olumsuz yönde etkilemektedir (23). İngiltere'de yapılan bir çalışmada KOAH'lı hastaların ölüm kayıtlarının sadece % 57'sinde KOAH'ın birincil ölüm nedeni veya ek hastalık olarak belirtildiği bildirilmiştir (24).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 2000 yılında tüm dünyada yaklaşık 2.75 milyon kişi KOAH nedeniyle ölmüştür. DSÖ tahminlerine göre KOAH 2030 yılında en yaygın 4. ölüm nedeni haline gelecektir (25). Türkiye'de 2012 yılında toplam ölümler içerisinde KOAH'a bağlı ölüm sayısı 19,087'dir (8). Dünyada önde gelen 10 ölüm nedeninin 2002-2030 yılları arasındaki sıralaması Tablo 2.1'de verilmiştir (25).

Tablo 2. 1. Dünyada Önde Gelen 10 Ölüm Nedeninin 2002-2030 Yılları Arasındaki Sıralaması

Hastalıklar	2002 sırası	2030 sırası
İskemik kalp hastalığı	1	1
Serebrovasküler hastalık	2	2
Alt solunum yolu enfeksiyonları	3	5
HIV/AIDS	4	3
KOAH	5	4
Perinatal durumlar	6	9
Diyare ile ilişkili hastalıklar	7	16
Tüberküloz	8	23
Trakea, bronş, akciğer kanserleri	9	6
Trafik kazaları	10	8

2.2.2. Morbidite

Morbidite ile ilgili değerlendirmede geleneksel olarak poliklinik sayıları, acil servis başvuruları, hastane yatışları gibi ölçütler kullanılmaktadır. Fakat morbiditeyi değerlendirmede kullanılan ölçütler, hastane yatak sayısı, birinci-ikinci basamak sağlık kuruluşları arasındaki sevk zinciri vb. dış faktörlerden etkilenmeye eğilimli oldukları için, mortalite verilerinden daha az güvenilirdir. Gerçek KOAH hastası olanların yalnızca % 25'inin KOAH tanısı ile bir sağlık kurumuna kayıtlı olduğu düşünölmektedir (26). Buna rağmen, morbidite verileri sağlık hizmetlerine gereksinimi tahmin etmede yararlı olabilir (7).

Son yıllarda DSÖ tarafından morbiditeyi veya hastalık yükünü değerlendirmede; YLD ve DALY ölçütleri kullanılmaktadır. Gerek sakatlık nedeniyle kaybedilen yıllar olarak tanımlanan YLD gerekse erken ölümler ve sakatlık nedeniyle kaybedilen yılların toplamı olarak tanımlanan DALY açısından KOAH önemli bir morbidite nedenidir ve önümüzdeki yıllarda hastalığın yaygınlaşmasına paralel olarak KOAH'a ikincil YLD ve DALY'nin artması beklenmektedir (19, 25, 26). Dünyada önde gelen 11 DALY nedeninin 2002-2030 yılları arasında DALY sıralamasındaki değişimi Tablo 2.2'de verilmiştir (25).

Tablo 2.2. Dünyada Önde Gelen 11 DALY Nedeninin 2002-2030 Yılları Arasında DALY Sıralamasındaki Değişimi

Hastalıklar	2002	2030
Perinatal nedenler	1	5
Alt solunum yolu enfeksiyonları	2	8
HIV/AIDS	3	1
Unipolar depresif hastalıklar	4	0
Diyare ile ilgili hastalıklar	5	12
İskemik kalp hastalıkları	6	3
Serebrovasküler hastalıklar	7	6
Yol trafik kazaları	8	4
Malarya	9	15
Tüberküloz	10	25
KOAH	11	7

2.2.3. Prevalans

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı prevalansını değerlendirmede kişilerin verdiği bilgiye dayalı doktor tanı KOAH prevalansı, anketlerle sorgulanan solunumsal semptomların prevalansı ve spirometri ile hava akımı kısıtlanmasının varlığına dayalı prevalans gibi çeşitli ölçütler vardır. Tercih edilen yöntemlere bağlı olarak farklı prevalans değerleriyle karşılaşılmaktadır (19).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığına karşı küresel girişim kılavuzunda (GOLD-2003) KOAH tanısında spirometriye gereksinim bulunduğu yaygın kabul görmüş ve günümüzde en azından epidemiyolojik çalışmalarda standart haline gelmiştir. Son yıllarda KOAH prevalansına yönelik yapılan iki uluslararası çalışma, bu konuda daha güvenilir sonuçlar elde edilmesini sağlamıştır. Bunlardan ilki, Güney Amerika'nın beş kentinde yapılan PLATINO (Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Five Latin American Cities) çalışmasıdır (27). Diğeri ise BOLD (Burden of Obstructive Lung Disease) tarafından şimdiye kadar 18 ülkede yapılan çalışmalardır (28). KOAH prevalansını ve hastalığın sosyal ve ekonomik yükünü ölçmek amacıyla standart yöntemlerin kullanıldığı bu çalışmalarda; sabit oran ölçütü (birinci saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm / zorlu vital kapasite < % 70-FEV1 / FVC < %70) kullanıldığında KOAH prevalansının % 20 civarında olduğu bulunmuştur (27,28).

Sağlık Bakanlığı ile Başkent Üniversitesi işbirliğinde yapılan 2004 Hastalık Yüğü Çalışmasında; KOAH insidansı ‰ 7.3, prevalansı ise ‰ 10.2 olarak belirlenmiştir (2). Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü (Burden of Obstructive Lung Disease- BOLD) metodolojisi kullanılarak Adana ilinde 2004 yılında yapılan prevalans çalışmasında, 40 yaş üstü yetişkinlerde KOAH prevalansının % 19.1 olduğu saptanmıştır (29). Kocaeli'de KOAH prevalansı % 13.3, Malatya'da ise % 18.1 olarak bulunmuştur (30,31).

2.2.4. Ekonomik Yüğü

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında tanı ve tedavi harcamaları gibi doğrudan ve sakatlığın ekonomik sonuçları, kaybedilen iş gücü, erken ölüm, hastalık nedeni ile yapılan aile harcamaları gibi dolaylı maliyetler oldukça yüksek düzeydedir (9).

Avrupa Birliği ülkelerinde; solunum hastalıklarına bağlı ikincil toplam doğrudan maliyetin toplam sağlık hizmeti bütçesinin % 6'sını oluşturduğu, KOAH'a ikincil harcamaların da bu maliyetin % 56'sı olduğu (38.6 milyar euro) bildirilmiştir (32,33).

Foster et al. yaptıkları çalışmada genel popülasyonda KOAH'lı hasta başına ilişkilendirilen maliyet tahmininin yıllık 2.700-5.900 dolar arasında değiştii belirtilmiştir (34). Yaşlı bireylerde KOAH'ın ekonomik yükünün incelendiği diğer bir çalışmada ise bu oranın 1.592 dolar ile 7.273 dolar arasında değiştii bildirilmiştir (35).

2.3. KOAH'TA RİSK FAKTÖRLERİ

KOAH genellikle sigara dumanı ve diğer risk faktörlerine duyarlılıkta büyük farklılıklara neden olan genetik faktörler ile çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. Nitekim benzer sigara içme öyküsüne sahip iki kişiden sadece birinde KOAH gelişmesi, bireylerin genetik farklılıkları veya yaşam sürelerinin değişik oluşuna bağlıdır. KOAH gelişiminde rol oynayan risk faktörleri karmaşık bir şekilde birbirleriyle ilişkilidir. KOAH'ta risk faktörleri Tablo 2.3'de verilmiştir (7,36).

Tablo 2. 3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Risk Faktörleri

Çevresel faktörler	Konakçı ile ilgili faktörler
Sigara içimi -Aktif sigara içimi -Pasif sigara içimi -Annenin sigara içimi -Mesleki karşılaşmalar Hava kirliliği -Dış ortam -İç ortam Sosyo-ekonomik faktörler/yoksulluk Diyetle ilgili faktörler -Yüksek tuzlu diyet -Diyette antioksidan vitaminlerin azlığı -Diyette doymamış yağ asitlerinin azlığı Enfeksiyonlar	-Alfa-1 antitripsin eksikliği -Genetik faktörler -Aile öyküsü -Etnik faktörler -Yaş -Hava yolu aşırı yanıtlılığı -Atopi -Düşük doğum ağırlığı

2.3.1. Sigara

Sigara KOAH gelişiminde en önemli çevresel risk faktörüdür. Gelişmiş ülkelerde KOAH gelişiminden % 80-85 oranında sigara sorumludur. Amerika'da sigara kullanımı KOAH gelişiminde en büyük risk faktörüdür (37).

Erkeklerin % 48.0'ı, kadınların %15.0'ı olmak üzere Türkiye'de toplam nüfusunun % 31.0'ı tütün içmektedir. 13-15 yaş grubundaki gençlerde ise % 7.0'dır (38).

Sigara içenlerde, içmeyenlere göre solunum semptomları ve akciğer fonksiyon anormallikleri daha yaygın, FEV₁'deki yıllık azalma hızı ve KOAH mortalite hızı daha fazladır. Pipo ve puro içenlerde de içmeyenlere göre KOAH morbidite ve mortalite oranları daha yüksektir, fakat bu oran sigara içenlere göre daha düşüktür (23). Sigara içen KOAH'lı hastalarda sigaranın bırakılması en önemli hedeflerden biridir. Hava yollarında daralması olan hastanın sürekli sigara içiyor olması, FEV₁'de hızlı düşüşe neden olmaktadır. Sigarayı bırakmanın iletili hava yollarında kalıcı iyileşme sağladığı, buna karşın alveol fonksiyon bozukluğunda geçici bir iyileşmenin ardından başlangıç değerlerine geri dönüş gösterdiği belirtilmektedir (39,40).

Pasif sigara içiciliği de total inhale edilen partikül ve gaz yükünü artırarak solunum sistemi semptomlarında artışa ve KOAH'a yol açabilir. Gebelikte sigara içimi fetüs için akciğer gelişimini bozarak risk oluşturabilir (41).

Sağlık Bakanlığı'nca yapılan 'Küresel Gençlik Tütün Araştırması'nda 13-15 yaş grubunun yaklaşık % 89'unun evde, % 90'ının halka açık alanlarda pasif sigara dumanına maruz kaldığı tespit edilmiştir (42). 2009 yılında bu çalışma tekrarlanmış ve pasif sigara dumanına evde maruziyetin % 52'ye, halka açık alanlarda ise % 80'e düştüğü görülmüştür. Bu düşüşte bazı kamusal alanlarda sigara içilmesine yasaklama getiren Tütün Kontrolü Kanunu'nun (No.4207) 2008 yılında yenilenmesinin ve genişletilmesinin etkisi olmuştur (38).

2.3.2. Hava kirliliği

Yüksek hava kirliliğine sahip kentlerde oturan kişilerde solunum sistemi semptomlarının daha yaygın olduğu ve akciğer fonksiyonlarında hafif azalma geliştiği gösterilmiştir (43).

Dış ortam hava kirliliği potansiyel KOAH nedenlerinden birisi olarak birçok çalışmaya konu edilmekle birlikte, tek başına KOAH'a neden olduğu yönünde yeterli veri elde edilememiştir (44). Bununla birlikte dış ortam hava kirliliğinin KOAH dâhil solunum ve kalp hastalıklarını alevlendirdiği ve kötü seyretmesine yol açtığı bilinmektedir. Yoğun hava kirliliği özellikle çocuklarda akciğer gelişimini olumsuz yönde etkilemekte ve solunum yolu enfeksiyonlarını arttırarak ilerleyen yaşlarda KOAH gelişim riskini arttırmaktadır (45).

İç ortam havasının kirli olması önemli bir diğer KOAH nedeni olup iş ortamı maruziyetinin aksine özellikle gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerin sorunudur. İç ortam hava kirliliğinin en önemli nedeni olan biomass maruziyetinin tanımı “*ısınma veya yemek pişirmek maksadı ile her türlü organik artığın iyi şekilde izole edilmeden yakılması ve o sırada ortaya çıkan zararlı gaz ve partiküllere solunum yolu ile maruz kalınması*” olarak yapılmaktadır. Ülkemizin bazı kırsal kesimlerinde özellikle kadınlar arasında yoğun biomass maruziyetinin halen devam ettiğini gösteren yeni çalışmalar mevcuttur. Bir çok çalışmada biomass maruziyeti ile KOAH gelişme riski arasında bağlantı olduğu görülmüştür (46-49).

2.3.3. Meslek

Mesleki tozlarla ve kimyasallarla hastalık oluşturabilecek süre kadar maruz kalınmasıyla KOAH gelişebilir. Govender et al. (50) yaptıkları çalışmada; KOAH oluşumunda biyolojik toza, yüksek kümülatif mineral toza ve yüksek kümülatif gaz ve dumana maruz kalmanın önemli etken olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca bu maruziyet sigara içimiyle birlikteyse hastalık gelişme riski artmaktadır (23). Polatlı ve ark. yaptıkları çalışmada sigara içen işçilerdeki solunum fonksiyonlarındaki kaybın içmeyenlere göre anlamlı şekilde daha fazla olduğu bulunmuştur (51).

2.3.4. Genler

Genetik faktörlerin çoğunun KOAH gelişme riskini arttırdığına inanılmaktadır. Genetik duyarlılığın KOAH' ta önemli bir risk faktörü olduğunu düşündüren kanıtlar; hastalığın bazı ailelerde birikim göstermesi, KOAH'lı hastaların akrabalarında kontrol grubuna göre KOAH ve kronik bronşit insidansının yüksek olması, anne babalar ile çocukları arasında ve ikiz kardeşler arasında akciğer fonksiyonları yönünden benzerlik göstermesidir (52).

Ayrıca genetik yatkınlık azaldıkça hastalık prevalansı ve akciğer fonksiyonları arasındaki benzerliğin azaldığı bilinmektedir. Monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre akciğer fonksiyon bozukluğu daha fazla benzerlik göstermektedir (52). Son zamanlarda değişik faktörlerin KOAH gelişimi ile ilişkili bireysel riski etkileyebileceği gösterilmiştir.

En iyi belgelenen genetik risk faktörü alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliğidir. AAT, proteolitik enzimlerin majör inhibitörü olup, alt solunum yollarında kuvvetli bir doku yıkıcı proteaz olan nötrofil elastazın akciğer dokusunda yaratacağı yıkımı önlemektedir. AAT eksikliği yaygın değildir ve tüm KOAH'lı hastaların sadece küçük bir kısmını (% 1-3) açıklayabilmektedir (23, 36, 52).

2.3.5. Bronş Hiperreaktivitesi

Bronşlardaki hiperreaktivitenin KOAH gelişiminde risk faktörü olabileceği ilk kez "Dutch hipotezi" ile ortaya atılmıştır. Bu hipoteze göre kronik hava yolu obstrüksiyonunun temelinde atopik hastalık, hava yolunda hiperaktivite ve eozinofiliye yatkınlık bulunmakta, dış kaynaklı bir faktör, örneğin sigara içiminin etkisiyle de kronik hava yolu obstrüksiyonu ortaya çıkmaktadır (53).

2.3.6. Cinsiyet

Geçmişte KOAH prevalansı ve mortalitesinin erkeklerde daha yüksek olduğu bildirilmesine karşın, son çalışmalarda gelişmiş ülkelerde KOAH mortalite verileri kadın ve erkeklerde eşitlenmiştir. Yüksek gelirli ülkelerde kadınlar arasında sigara içenlerin oranının artması, düşük gelirli ülkelerde ise kadınların iç ortam kirliliğine maruziyette daha büyük risk altında olmaları, hastalığın erkek ve kadınları benzer oranlarda etkilemesinden sorumlu görülmektedir. Sigara dumanı ve diğer çevresel risk faktörlerine kadınların daha duyarlı olduğunu bildiren çalışmalar bulunmakla birlikte, bu konuda yayınlanan çalışmalarda tutarlılık bulunmamaktadır (54,55).

2.3.7. Enfeksiyonlar

Akut bakteriyel veya viral enfeksiyonlar KOAH'lı hastalarda hava akımı kısıtlamasında geçici azalmalara neden olabilmektedir (36). Fletcher et al. (56) bu alevlenmelerin FEV₁'deki azalma hızını etkilemediğini ve sonuç olarak yetişkinlerde KOAH'ın özel bir nedeni olmadığını belirtmişlerdir.

Fakat çocukluk döneminde geçirilen enfeksiyonların yetişkin dönemde KOAH gelişimi ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar bulunmakla birlikte bu ilişkinin nedensel olup olmadığı net değildir (57).

2.3.8. Diyet

Diyetle antioksidan vitaminlerin (A,C,E), doymamış yağ asitlerinin yetersiz alımı ve tuzun fazla alınmasının KOAH gelişimi ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (58-59). Mevcut bilgiler diyetin, sigara içiminin oksijen radikalleri aracılığı ile yaptığı zararlı etkileri değiştirebileceğini göstermektedir. Omega-3 yağ asitlerinden zengin bir diyet araşidonik asit sentezini inhibe ederek bronkokonstrüksiyonu önleyebilir (60). Meyve ve sebzeden zengin bir diyetle beslenmenin azalmış KOAH riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (61).

2.3.9. Sosyo-Ekonomik Faktörler

Düşük sosyo-ekonomik durum; bireyin sağlık durumu, maluliyeti, düşük doğum ağırlığı ile yakından ilişkilidir ve KOAH gelişme riski açısından önemli bir etken olarak düşünülebilir (62). Prescott et al. (63) 14.223 kişilik bir popülasyonla yaptıkları çalışmada, düşük sosyo-ekonomik sınıfta bulunan KOAH'lıların diğer gruba göre 3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Sosyo-ekonomik durum ve akciğer fonksiyonları ilişkisinin incelendiği 20 çalışmanın meta analizinde, akciğer hastalıklarının ve özellikle akciğer fonksiyonlarının kişinin sosyo-ekonomik durumu ile ters orantılı olduğu görülmüştür (64).

2.4. KOAH FİZYOPATOLOJİSİ

Zararlı partikül ve gazlara karşı hava yollarında ve akciğer parankiminde gelişen anormal inflamatuvar yanıtın, KOAH patogenezinde temel rol oynayan patoloji olduğu kabul edilmektedir. Bu anormal inflamatuvar yanıt, akciğerin normal savunma ve tamir mekanizmalarını bozarak, doku hasarına neden olur. Sonuçta KOAH'a özgü kronik hava akımı obstrüksiyonu ve diğer fizyolojik anormallikler ortaya çıkar. Ayrıca inflamasyon, proteaz/antiproteaz ve oksidan/antioksidan dengesini bozarak da KOAH patogenezinde katkıda bulunmaktadır.

Oksidatif stres ve proteaz/antiproteaz dengesizliği tümüyle inflamasyon nedeniyle olabileceği gibi sigaranın içerisindeki oksidan maddeler nedeniyle oksidatif aktivitenin

artışı veya alfa-1 antitripsin eksikliği gibi genetik nedenlerle antiproteaz aktivitenin azalması da bu süreçlerin gelişimini etkileyebilir. Genel olarak, hava yollarındaki inflamatuvar ve yapısal değişiklikler hastalığın şiddeti ile ilişkili olup, çoğu zaman sigara bırakıldıktan sonra da devam etmektedir (65,66).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında saptanan temel fizyopatolojik değişiklik, ekspiratuvar hava akımı hızında azalma yani obstrüksiyondur. Bunun nedeni akciğer parankim hasarı ve küçük hava yolları değişiklikleridir. Amfizem ve küçük hava yolları hastalığı hem hava yolu direncinde artmaya, hem de maksimum ekspiratuvar hava akım hızında azalmaya neden olmaktadır. Hava yolu obstrüksiyonu, ventilasyon dağılımı ve gaz değişiminde bozulmaya ayrıca akciğerlerde aşırı havalanmaya neden olur. Kronik hava yolu obstrüksiyonunun en önemli sonuçlarından biri, akciğerlerde aşırı hava birikimidir. Alveollerin hava yoluna uyguladıkları elastik geri çekim basıncında (elastik recoil) ve ekspiratuvar itici güçte azalmayla birlikte inspirasyonla alınan hava ekspiryumda tamamıyla dışarı atılamaz. Bu durum reziduel volüm (RV), zorlu vital kapasite (FVC) ve bazen de total akciğer kapasitesinde (TLC) artışa neden olur. Akciğerlerin aşırı havalanması, inspiratuvar kasların istirahatteki uzunluğunu kısaltır ve sonuçta bu kasların kontraksiyonda oluşturacakları kuvvetin azalmasına yol açar. İlerlemiş KOAH'da periferik havayolu obstrüksiyonu, parankimal yıkım ve pulmoner damar anormallikleri akciğerin gaz değişim kapasitesini azaltır, hipoksemiye daha sonrada hiperkapniye yol açar. KOAH'ın geç dönemlerinde gelişen pulmoner hipertansiyon KOAH'ın en önemli kardiyovasküler komplikasyonudur ve korpulmonale gelişimi ve kötü prognoz ile ilişkilidir (65, 67, 68).

2.5. KOAH'TA SEMPTOMLAR

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının üç önemli semptomu öksürük, balgam çıkarma ve egzersiz dispnesidir (69). KOAH'ta sık görülen diğer semptomlar ise wheezing, yorgunluk, beslenme bozukluğu, konstipasyon, dehidratasyon, anksiyete, deliryum ve depresyondur (70).

Dispne; Bireyler dispneyi yorgunluk, hava açlığı veya eforda soluğun yetmemesi şeklinde tanımlayabilirler. Nefes darlığı (dispne), hasta tarafından algılanan subjektif bir semptomdur (69).

Hastalarda solunum sıkıntısına neden olan faktörler, çoğunlukla solunum yolları obstrüksiyonu, bronkospazm, hipoksi, plevral efüzyon, pnömoni, pulmoner ödem, pulmoner emboli, koyu-yapışkan balgam, anemi, metabolik sorunlar, anksiyete, finansal ve spiritüel distreslerden oluşur (70). KOAH ağırlaştıkça egzersiz dispnesi artar ve günlük yaşam aktiviteleri bile dispneye neden olur (69).

Öksürük-Balgam; KOAH'ın en belirgin semptomlarından olan kronik öksürük ve balgam çıkarma hastalığın hafif evresinden itibaren vardır (69). Öksürük ve balgam özellikle akut alevlenmeler sırasında daha belirgin hale gelir. Bu hastalarda öksürük nöbetleri durumu daha kötü hale getirebilir (71). Balgam çıkarma genellikle sabahları görülür ve zamanla günün tüm saatlerinde görülmeye başlar. Günlük balgam miktarı genellikle 40-50 ml'dir (69). Balgam genellikle beyaz-gri, koyu kıvamlı ve yapışkandır (19). Stabil KOAH olgularında balgam, mukoid yapıda iken akut atak dönemlerinde pürülandır (69).

Yorgunluk; Yorgunluk KOAH'lı bireylerde yaygın olarak görülen bir semptomdur (72,73). KOAH'lı bireylerde yorgunluk doku oksijenlenmesindeki bozulma, enfeksiyonlar, beslenme dengesizlikleri, uyku bozukluğu, aşırı stres ve bazı ilaçların yan etkilerine bağlı olarak gelişebilir (74).

Beslenme Bozukluğu; KOAH'lı bireylerde beslenme bozukluğu sık görülür (75). Bu problem sonucunda ortaya çıkan kaşeksi tablosu besin alımında azalma, bazal metabolizma hızında artış ve vücut kompozisyonundaki değişim ile ilişkilidir (76).

Psikiyatrik Semptomlar: KOAH'ta anksiyete ve depresif semptomlar çok sık görülmektedir (77,78). KOAH'lı bireylerde yaşanan dispne, efor kapasitesinde azalma ve sağlığın algılanmasındaki değişiklikler sonucu yaşam kalitesi düşmektedir (79). Sigara dumanına maruz kalmak, artan dispne, fiziksel inaktivite, sosyal izolasyon, kronik hipoksi ve uzun süreli oksijen tedavisi KOAH'ın neden olduğu psikolojik bozukluklara katkıda bulunmaktadır (80).

Uyku Bozuklukları; Bir çok kronik hastalıkta olduğu gibi KOAH'lı bireyler de uyku problemleri yaşamaktadır (81). Öksürük, balgam ve dispne uykuyu bölerek uyku kalitesini bozmaktadır. Ayrıca KOAH tedavisinde kullanılan ilaçların tedavi edici etkileri bir yandan uyku kalitesini artırırken bir yandan da uyarıcı etki ile uyku bölünmelerine yol açabilir (82).

2.6. KOAH'TA TANI YÖNTEMLERİ

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı; kronik öksürük, balgam çıkarma ve nefes darlığı olan hastalarda sigara, mesleki toz ve kimyasallarla karşılaşma ve ev içi aşırı dumana maruz kalma gibi risk faktörleri varsa konulabilir. Tanı spirometre ile doğrulanmalıdır. KOAH'ta tanı, evreleme ve izlem için solunum fonksiyon testleri kullanılır (83-85).

İlk Saniyedeki Zorlu Ekspiratuvar Volüm ve FEV₁/FVC oranındaki azalma kriter olarak kullanılmaktadır. Derin bir inspiryumdan itibaren zorlu bir ekspiryum yapılmasıyla akım-volüm veya volüm-zaman düzleminde spirogramın kayıt edilerek değerlendirilmesi çok değerli bilgiler verir. FEV₁ değeri hastalığın ileri evrelerinde daha belirgin olmak üzere her zaman düşüktür. KOAH'lılarda ekspiryum uzunluğu önemli bir bulgudur. Hastaya zorlu ekspirasyon yaptırıldığı sırada larenks ya da trakea üzeri oskültasyon ile ekspiryum süresinin 4 saniyeden uzun bulunması (zorlu ekspirasyon süresi-FET) önemli derecede havayolu obstrüksiyonunun değerli bir bulgusudur. Spirometreden başka kullanılan diğer testler statik akciğer volümleri, reversibilite testi, difüzyon kapasitesi ve bazen tepe akım hızı (Peak Expiratory Flow-PEF) metredir (83-85).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında statik akciğer kompliyansında artış ve akciğer esneklik basıncında azalma vardır. TLC, RV, fonksiyonel rezidüel kapasite ve RV/TLC oranı karakteristik olarak artmıştır. Akciğer volümlerinden inspirasyon kapasitesi (IC)'nin ölçümü ve hasta izleniminde kullanılması son yıllarda KOAH açısından önem kazanmıştır. Reversibilite testi, tanı için ve başlangıçta tedavinin planlanması için gereksizdir. Çünkü KOAH hastalarında tekrarlayan FEV₁ ölçümleri farklılık gösterebilir (69). Arter kan gazları analizi ile hipoksemi ve hiperkapni saptanabilir. Hafif KOAH'lı hastalarda bu test yararlı değildir. İleri evrede, beklenen FEV₁ değeri % 40'ın altına düşen hastalarda solunum yetmezliğini belirlemede ve bu hastaların izleminde yararlı olabilir. KOAH'lı hastalarda 'bronkodilatasyon testi' önemlidir. Hatta bazı uzmanlar bronkodilatör ilaç verildikten sonra elde edilen FEV₁ değerinin (post bronkodilatör FEV₁) prognozu belirlemede daha yararlı olduğunu ileri sürmektedir (86). Karbonmonoksit (CO) difüzyon kapasitesi (DLCO) alveollerdeki CO'nun alveoler kapillerdeki hemoglobine bağlanma hızını/oranını gösterir.

Amfizem ağırlıklı KOAH'ta daha ön planda olmak üzere, genellikle KOAH'ın evresi kötüleştikçe buna paralel bir düşüş gösterir (87). DLCO ile birlikte difüzyon kapasitesinin alveoler volümü olan transfer katsayısı (DLCO/VA)'nın da azalması obstrüksiyon için tipik bir bulgudur. KOAH'ın tanısında ayrıca solunum kas fonksiyonu, hava yolu direnci, kompliyans gibi pek çok ölçümler ve göğüs röntgeni, bilgisayarlı tomografi, elektrokardiyogram, ekokardiyografi ve balgam muayenesi gibi tanı işlemlerinden yararlanır (69).

2.7. KOAH'IN SINIFLANDIRMASI

Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim Grubu (Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease-GOLD) hastalığın şiddetinin belirlenmesi için sınıflandırmanın yapılması gerektiğini ifade etmiş, hava akım kısıtlılığını solunum fonksiyon testlerinde, $FEV_1/FVC < \% 70$ olarak tanımlamıştır. Tablo 2.4'te KOAH'ın Spirometrik Sınıflandırması verilmiştir (7).

Tablo 2. 4. KOAH'ın Spirometrik Sınıflandırması

Evre	Semptomlar
Evre 0: Riskli	Spirometre normal Kronik semptomlar
Evre I: Hafif KOAH	$FEV_1/FVC < \% 70$ $FEV_1 \geq \% 80$ beklenen
Evre II: Orta KOAH	$FEV_1/FVC < \% 70$ $\% 50 \leq FEV_1 < \% 80$ beklenen
Evre III: Ağır KOAH	$FEV_1/FVC < \% 70$ $\% 30 \leq FEV_1 < \% 50$ beklenen
Evre IV: Çok Ağır KOAH	$FEV_1/FVC < \% 70$ $FEV_1 < \% 30$ beklenen veya $FEV_1 < \% 50$ solunum yetmezliği varlığı

2.8. KOAH'TA TEDAVİ

KOAH'ın tedavisi; hasta eğitimini, sigaranın bırakılmasını, farmakolojik tedaviyi ve non-farmakolojik tedaviyi kapsamaktadır. Etkin bir KOAH tedavisi;

- Hastalığın değerlendirilmesi ve monitörizasyonu
- Risk faktörlerinin azaltılması

- Stabil KOAH tedavisi
- KOAH ataklarının tedavisini içermektedir (85).

2.8.1. Hasta Eğitimi

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında hastalığın önlenmesi esas olmakla birlikte, tanı konulduktan sonra hasta ve yakınları hastalık hakkında bilgilendirilmeli, hastanın tedaviye etkin olarak katılması sağlanmalı ve olabildiğince aktif bir yaşam sürmeye yönlendirilmelidir. Eğitim; hastalık şiddetine göre bireyselleştirilmeli ve bir program dâhilinde hastalık ilerledikçe ortaya çıkan gereksinimlere göre sürdürülmelidir. Bir uzman denetimi ve desteği altında hastalığa özgü, kendi kendini tedavi prensiplerine uygun olarak gerçekleştirilecek eğitimle, tedavinin etkinliği artırılabilir. İdeal bir KOAH tedavisinde, hasta eğitimi mutlaka yer almalıdır (19,88,89).

2.8.2. Sigaranın Bıraktırılması

Sigara bıraktırma KOAH'ta FEV₁'deki hızlı düşüşü etkileyen en önemli tedavi yöntemidir (90). Hafif ve orta evredeki KOAH'lı hastalarda yararlı olmaktadır. Çok farklı sigara bıraktırma yöntemleri vardır. En basit ve etkileyici olanı uygun bir tarih belirleyerek aniden sigarayı bırakmaktır. Bunun dışında davranış değiştirici teknikler, grup tedavileri, nikotin replasman tedavisi ve bupropion destek tedavileri gibi yöntemler uygulanabilir (86,91,92).

2.8.3. Farmakolojik Tedavi

Semptomatik olan hastalarda tedavinin temelini oluşturan bronkodilatatörler; gerektiğinde veya düzenli olarak hastalığın her aşamasında kullanılabilir. Tedavi yanıtı değişkendir ve bu nedenle hastalar yakından izlenmelidir. Alevlenme sıklığı, alevlenme ağırlığı ve komplikasyonlar ayrıntılı bir şekilde değerlendirilerek tedavi bireysel olarak düzenlenmelidir. Tedaviye yanıt, kullanılan ilaçların etkinliğine, yan etkilerine, inhaler kullanma tekniğine ve ilaçlara uyumuna bağlıdır. Bazı hastalar β 2 agonistlere, bazıları ise antikolinerjiklere daha iyi yanıt vermektedir (93).

Bronkodilatatörler: KOAH tedavisinde bronkodilatör grubundaki ilaçlar; bronş düz kaslarında gevşeme, hava akımında artış, fonksiyonel rezidüel kapasitede azalma sonucu hava hapsinde ve solunum işinde azalma, inspiratuar kapasitede artma sonucunda egzersiz kapasitesi artışı ve nefes darlığı hissinde azalma sağlamaktadır (94).

Beta 2 Antagonistleri: Beta 2 adrenerjik reseptörleri uyararak ve cAMP'yi artırarak hava yolu düz kaslarını gevşetmektedir (94).

Dinamik hiperinflasyonu azaltarak, semptomlarda hızlı bir azalma ve egzersiz toleransında artışa neden olurlar. Buna karşın KOAH'ın doğal seyrini değiştirmezler (95).

Antikolinergikler: KOAH'da hava yolu obstrüksiyonunun reversibl bileşenlerinden en önemlisi vagal tonüştür. Antikolinergikler, muskarinik reseptörleri bloke ederek bronkodilatasyon sağlar (19).

Teofilinler: Hücre içi cAMP düzeyini arttırarak bronkodilatasyon sağlar. Teofilin, bronkodilatatör dozlarda, solunum fonksiyonlarını düzeltmekte, alevlenme sıklığı ve ağırlığını azaltmakta, ancak potansiyel yan etkileri nedeniyle inhaler bronkodilatatörlerin yetersiz kaldığı durumlarda tedaviye eklenmesi önerilmektedir.

Teofilinin anti-enflamatuar etkisi olduğu da bilinmektedir. Teofilinin teröpatik aralığı dar olduğu için toksik etkiler açısından dikkatli olmak gerekir. Teröpatik aralıktaki dozların bile toksik etkilere neden olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle teofilin kullanan tüm hastalarda serum teofilin düzeyine bakılmalıdır (96).

Kombine Bronkodilatör Tedavi: Farklı etki mekanizmalı ve farklı etki süreli bronkodilatör ilaçların kombine olarak kullanılması, etkinliği artırabilir ve yan etki olasılığını azaltabilir (93). Kombine bronkodilatör tedavi önerileri son zamanlarda ağırlık kazanmıştır. Çünkü KOAH'lı hastaların bazıları antikolinergiklerle, bazıları β_2 agonistlerle, bazıları ise her iki ilaçla da reversibilite gösterebilmektedir (97).

Steroidler: KOAH'da genellikle alevlenmeler sırasında kullanılmaktadır. Glukokortikoidler, gen transkripsiyonuna bağlı olarak pek çok sitokin ve proteini azaltarak güçlü immunosupresif ve antiinflamatuvar etki oluştururlar (95). Sistemik kortikosteroidlerin, stabil dönemde yararlı olmamaları ve potansiyel yan etkileri nedeniyle uzun süreli kullanımları önerilmemektedir. KOAH'da sürekli inhaler kortikosteroid tedavisinin FEV₁'deki uzun süreli kaybı etkilemediği ancak FEV₁ < % 50 olan ve sık alevlenme yaşayan olgularda alevlenme sıklığını azalttığı belirlenmiştir. KOAH'ta uzun süreli oral glukokortikosteroidlerle uzun süreli tedavi önerilmemektedir (93).

Aşılar: KOAH'lı hastalarda akut alevlenmeyi önlemek için influenza ve pnömokok aşuları rutin olarak önerilmektedir. Günümüzde özellikle ileri yaşta ve altta yatan KOAH gibi komorbid hastalığı olan kişilerde konjuge pnömokok aşısının yararlı olacağı düşünülmektedir (98).

KOAH'ın Evrelerine Göre Farmakolojik Tedavi

Hafif KOAH (Evre 1): Devamlı olmayan öksürük ve balgam yakınmaları vardır. Hastalar akciğer fonksiyonlarının bozulduğunun farkında değillerdir. $FEV_1 \geq \% 80$ olan bireylerde temel tedavi yaklaşımı risk faktörlerinden uzaklaştırma ve korunmadır. Kısa süreli nefes darlığı yakınmalarına bronkodilatörler önerilebilir.

Orta KOAH (Evre 2): Tipik olarak egzersizle ortaya çıkan nefes darlığı, ara sıra ortaya çıkan öksürük ve balgam çıkarma yakınmaları ile hastaların başvurduğu dönemdir. $FEV_1 \% 50-80$ arasında bir değerdedir. Bu evrede düzenli bronkodilatör tedavisi önerilebilir.

Ağır KOAH (Evre 3): Nefes darlığı artmış, egzersiz kapasitesi azalmış yaşam kalitesi ise düşmüştür. Bu hastalarda bir ya da daha fazla sayıda uzun etkili bronkodilatör tedavisi önerilir. Kombinasyon bronkodilatör tedavi almaktayken semptomları kontrol altında olup, yılda 2 ya da 3'ten fazla alevlenme geçiren ve FEV_1 'de yıllık kaybı fazla olan hastalarda tedaviye inhaler kortikosteroid eklenebilir.

Çok Ağır KOAH (Evre 4): $FEV_1 < \% 30$ veya $FEV_1 < \% 50$ ancak aynı zamanda kronik solunum yetmezliği vardır. Bu evrede yaşam kalitesi bozulmuştur ve alevlenmeler yaşamı tehdit edebilir. Bir veya birden fazla grup uzun etkili bronkodilatörle birlikte inhalersteroid tedavisi uygulanmaktadır. Solunum yetmezliği gelişen bireylerde ayrıca uzun süreli oksijen tedavisi verilmemektedir (93).

2.8.4. Nonfarmakolojik Tedavi

Pulmoner Rehabilitasyon (PR): Kronik solunum hastalığı olup semptomların yaşandığı ve genel olarak günlük yaşam aktiviteleri azalmış bireylerde, kanıta dayalı, multidisipliner ve kişiye özel bir tedavi yaklaşımıdır. Pulmoner rehabilitasyonun amacı; semptomları azaltmak, yaşam kalitesini iyileştirmek ve günlük aktivitelere bireylerin fiziksel ve duygusal katılımlarını artırmaktır (19,85).

KOAH'da pulmoner rehabilitasyonun tedaviye katkıları;

- Egzersiz kapasitesinde artma,
- Yaşam kalitesinde iyileşme,
- Hastane başvuruları ve hastaneye yatış süresinde azalma,
- Dakikadaki ventilasyon hızında azalma,
- KOAH'la ilişkili anksiyete ve depresyonda azalma,
- Üst ekstremitelerde endürans ve güçlendirme eğitimi ile kol aktivitelerinde artış,
- Kazanımların rehabilitasyon programları sonrasında da devam etmesi,
- Solunum kas egzersizlerinin özellikle genel egzersizlerle birlikte uygulandığında faydalı olduğu belirtilmektedir (19).

Uzun Süreli Oksijen Tedavisi (USOT): Kronik hipoksisi olan hastalarda karbondioksit retansiyonu olsun veya olmasın küçük miktarlarda destekleyici oksijen tedavisi verilir. Stabil dönemde olan ve bir ay boyunca yapılan seri ölçümlerde PaO₂ ≤55 mmHg olan KOAH'lı hastalara sürekli oksijen tedavisi başlanmaktadır. Oksijen tedavisi günde en az 16 saat verilmelidir. Uykuda hipoksemi daha çok arttığı için gece uykusu sırasında verilmesi daha uygundur (99).

Oksijen tedavisinde amaç PaO₂'nin 60 mmHg'nin üstünde tutulmasıdır. Uzun süre oksijen tedavisi alan hastalar her yıl değerlendirilmelidir. Oksijen akım hızı uykuda ve efora 1 litre/dakika artırılmalıdır (95).

KOAH'ta Cerrahi Tedaviler: KOAH'a yönelik cerrahi girişimler; büllektomi, akciğer volümü azaltıcı cerrahi ve akciğer transplantasyonudur (95).

Büllektomi, göğüs radyografisinde havayla dolu büyük bir bül saptandığında uygulanabilecek cerrahi yöntemdir (100). Gaz alışverişine katkısı olmayan bu büllerin çıkartılması komşu akciğer parankiminin rahatlamasına olanak sağlamaktadır (95).

Akciğer volümü azaltıcı cerrahi ise diffüz akciğer amfizemli olgularda, akciğerin en fonksiyonsuz alanlarının rezeksiyonu ilkesine dayanmaktadır. Bu işlemde hiperinflasyonu azaltmak için amfizematöz kısımlar çıkarılmakta ve böylece solunum kaslarının etkinliği artırılırken, akciğerin elastik geri dönüş basıncı da artırılarak ekspiratuar akım hızları düzelebilmektedir (95).

Operasyon sayesinde, akım hızlarında, akciğer volümlerinde, egzersiz kapasitesinde, nefes darlığında ve yaşam kalitesinde kısa vadeli olumlu değişiklikler, sağ kalımla ilgili olarak ise uzun vadeli potansiyel düzelme elde edilmektedir (95).

2.9. KOAH'TA YAŞAM SÜRESİNİ KISALTAN FAKTÖRLER

1. İleri yaş
2. Sigara içmeyi sürdürmek
3. $FEV_1 < \% 50$
4. FEV_1 'deki azalmanın hızlı olması
5. Bronkodilatörlere yanıtın az olması
6. Korpulmonale
7. Hipoksemi (101).

2.10. OREM'İN GENEL HEMŞİRELİK KURAMI

Orem'in genel hemşirelik kuramı 1956 yılında hemşireliğin yapılanması amacıyla geliştirilmiştir. Dorothea Elizabeth Orem 1959 yılında kişilerin ne zaman ve niçin hemşireliğe gereksinim duyduklarını ve hemşireliğin kişilere nasıl yardım edebileceğini açıklamıştır (102). Orem'e göre hemşireliğin ilgi alanı; insan sağlığının ve yaşamının devamı, hastalıklardan ve sakatlıktan kurtulması, hastalık ve sakatlıkların getirmiş olduğu kısıtlamalar ile başedebilmesi yani bireysel bakımını üstlenebilmesi için duyduğu gereksinimlerin karşılanması üzerinde yoğunlaşmıştır. Birey özbakım gereksinimlerinin karşılanmasında yetersizlikler yaşadığında hemşireliğe gereksinim duymaktadır (103,104). Orem'in kuramının odağında hastanın ihtiyaçları ve bunları karşılamak için hemşirenin yaptığı aktiviteler yer almaktadır (105). Orem'in genel hemşirelik kuramı yaşam için özbakımın niçin gerekli olduğunu belirleyen "Özbakım Kuramı", hemşireliğe neden ve ne zaman gereksinim duyulduğunu açıkladığı "Özbakım Yetersizliği Kuramı" ve insanlara nasıl yardım edilebileceğini açıkladığı "Hemşirelik Sistemleri Kuramı" olmak üzere üç kuramdan oluşmaktadır (106,107).

2.10.1.Özbakım Modeli

Öz bakım teorisi; özbakım, özbakım gücü ve özbakım gereksinimleri olmak üzere üç kavramdan oluşmaktadır.

I.Özbakım

Özbakım, bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmalarıdır (108).

Başka bir deyişle yaşamı, sağlığı ve iyilik halini devam ettirmek için, bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen tüm etkinliklerdir. Kısaca özbakım, bireyin kendi sağlığına sürekli katılımıdır. DSÖ 1983'te özbakımı; sağlığı kazanmak, hastalıkları sınırlamak, hastalıkları önlemek ve sağlığı iyileştirmek amacıyla toplumun, ailenin ve bireylerin yükledikleri aktiviteler" olarak tanımlamıştır. Özbakım; insan, çevre, kültür ve günlük yaşamın değerleri gibi pek çok kavramla ilgilidir. İnsan kavramı, onun içsel, bedensel, psikolojik ve sosyal doğasını içerir. Orem'e göre insanın işlevselliği onun çevresiyle bağlantılıdır. Kültür kavramı, içgüdüsel olmaktan çok kültürel kökenden kaynaklanan öğrenilmiş bir davranıştır. Özbakım, bireyin sadece aile içindeki konumundan etkilenmekle kalmaz, bireyin oynadığı rol, yaş ve sağlık durumundan da etkilenir. Orem'in kuramında birey özbakım ajanı olarak tanımlanmaktadır (104).

II. Özbakım Gereksinimleri

Orem'e göre özbakım gereksiniminin üç kategorisi vardır.

1. Evrensel Özbakım Gereksinimleri
2. Gelişimsel Özbakım Gereksinimleri
3. Sağlıktan Sapmalarda Özbakım Gereksinimleri (109).

- **Evrensel özbakım gereksinimleri;** İnsanın temel gereksinimlerini kapsayan tüm günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması olarak tanımlanmaktadır.

Orem'e göre evrensel özbakımın gereksinimleri;

1. Yeterli hava alımının sağlanması
2. Yeterli su alımının sağlanması
3. Yeterli besin alımının sağlanması
4. Boşaltım süreci ve dışkılama ile ilgili bakımın sağlanması
5. Aktivite ve dinlenme arasındaki dengenin sağlanması
6. Yalnızlık ve sosyal ilişki arasındaki dengenin sağlanması

7. İyilik halinin devam etmesi, insan temel yapı ve fonksiyonlarını bozan risklerin önlenmesi

8. Bireyin sınırlılıkları ve istekleri arasında uyum olmasıdır (110).

Birey hava, su ve besin almasıyla metabolizması ve enerji üretimi için gerekli olan maddeleri sağlamış olur. Etkili bir şekilde boşaltım süreci ve dışkılama ile ilgili bakımın sağlanmasıyla boşaltılan maddelerin kontrolünü ve düzenlenmesini ve bu süreçlerin bütünlüğünü sağlar. Aktivite ve dinlenme arasındaki dengenin sağlanmasıyla istemli enerji harcama kontrol altında olur; çevresel uyaranlar düzenlenir, yetenek ve ilgiler için çeşitlilik sağlanmış olur. Yalnızlık ve sosyal ilişki arasındaki dengenin sağlanması, bilginin kazanılmasında gerekli olan süreçler için temel oluşturur. Kişinin iyi ve etkin bir biçimde çalışabilmesi için bu ikisi arasında denge sağlanmalıdır. İyilik halinin devam etmesi, insan temel yapı ve fonksiyonlarını bozan risklerin önlenmesi, insanın işlevsel bütünlüğünü sürdürmeye katkıda bulunur. Bireyin sınırlılıkları ve istekleri arasında uyum olması ise insanın işlevselliğini sürdürmesini riske atan içsel koşulların oluşmasını önler. Bu gereksinimler yapı ve işlevselliğin sürdürülmesi için insanın gelişmesini ve olgunlaşmasını destekleyen eylemlerin çeşitliliğini gösterir. Evrensel özbakım gereksinimleri etkili bir şekilde karşılandığı zaman, öz bakım sağlığı ve iyiliği destekler (103).

- Gelişimsel özbakım gereksinimleri; Bu gereksinim kuramın geliştirildiği ilk yıllarda evrensel özbakım gereksinimleri içinde ele alınmıştır. İnsan yaşamındaki gelişimsel durumların (gebelik, doğum, ebeveyn veya eş kaybı vb.) çok çeşitli olması nedeniyle ayrı bir sınıflamada incelenmesi uygun görülmüştür (104).

İnsan yaşam sürecini destekleyen, gelişmeyi sağlayan temel yaşam koşullarının sürdürülmesiyle, daha ileri düzeylere doğru aşağıdaki evreler boyunca olgunlaşarak ilerler;

- Yaşamın intrauterine dönemi ve doğum süreci
- Yaşamın neonatal dönemi;
 - Zamanında ya da prematüre doğmak,
 - Normal doğum kilosuna ya da düşük doğum ağırlığında olmak
- Bebeklik dönemi

- Puberte ve adölesan dönemi
- Yetişkinliğin gelişimsel dönemleri
- Gebelik dönemi (103).

Gelişimsel öz bakım ayrıca eğitimsel yoksunluk, sosyal uyumsuzluk, toplumsal statü sorunları, terminal dönemdeki hastalıklar ve ölüm tehtidi altında olma gibi sorunların etkilerini en aza indirmek için verilen bakımı da içermektedir (111).

- **Sağlıktan sapmalarda özbakım gereksinimleri;** Orem sağlık durumundan sapmalarda özbakımı yalnızca rahatsızlıklar, sakatlık ya da hastalık olaylarında gereksinilen özbakım gereksinimleri olarak tanımlamaktadır (104). Bu özbakım gereksinimleri hasta, yaralı ya da tıbbi tanı veya tedavi altında olan bireyleri kapsamaktadır. Kişinin fiziksel yapısındaki (ödem, tümör vb.), fiziksel işlev görmesindeki (zor solunum, eklem sınırlı hareketi vb.) ya da davranış ve günlük yaşam alışkanlıklarındaki belirgin değişiklikler bazı sorunlara yol açabilir. Sağlıktan sapma hastalık ya da normal fonksiyonları yerine getirememeye duygusunu oluşturur. Böylece birey kendi evrensel bakım gereksinimlerini karşılayamadığı zaman hemşireliğe ihtiyaç duyacaktır (103). Eğer erişkinler sağlıktan sapma durumlarında da özbakım gereksinimlerini karşılayabilirlerse hemşireliğe gereksinim duymayacaklardır. Bireyler özbakımlarını sürdürmede yeterli olursa, kendi bakımları için ilgili tıbbi bilgiye ve yardıma başvurabilme özelliğini de gösterebileceklerdir. Bu durumdaki hemşirelik girişimleri, özbakım yetenekleri ile gereksinimler arasındaki dengeyi sağlamaya yardımcı etkinlikleri oluşturacaktır (103,104).

III. Özbakım Gücü

Özbakım gücü kavramı Orem (1980) tarafından Özbakım Eksikliği Teorisi'nin bir bileşeni olarak geliştirilmiştir. O zamandan beri bu kavram hemşirelik ile ilişkili olarak sağlığı geliştirme, hastalıkların yönetimi, araştırma, eğitim ve uygulama gibi birçok alanda yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Orem'e göre Özbakım gücü kişinin kendi özbakım aktivitelerini yerine getirme ölçüsü olarak tanımlanmaktadır (112). Diğer bir ifadeyle özbakım gücü, bireyin yaşamı boyunca süregelen kendiliğinden öğrenme, zihinsel etkinlik, bireyin sürekli bakım gereksinimlerini karşılamasına yönelik bir yetenek ve güçtür.

Bu gücün kullanılabilmesi bireyin kendine dikkat etme yeteneğine, fiziksel enerjisini kullanımına, beden duruşunun kontrolüne, karar oluşturma sürecine başlarken bilgi gereksiniminin farkında olmasına, teknik bilgi kazanma ve uzmana danışma isteğine bağlıdır. Ayrıca bireyin özbakım kararlarını verme ve uygulama yeteneği, bu özbakım gereksinimlerini önceliklerine göre sıralayabilmesi ve bu eylemlerin sürekliliğini sağlayabilmesi, öz bakım gücünü kullanabilmesinde diğer önemli faktörlerdir (113,114).

Özbakım gücünün üç kavramsal ögesi; özbakım faaliyetlerine bilinçli katılımı için faaliyet ve yetenek, özbakım için karar vermeye yönelik eylemler, özbakım için uygulamaya yönelik eylemlerdir. Bu öğeler özbakım gerçekleştirilirken birbirinden ayrı düşünülemez (115).

Özbakım gücü, değişen derecelerde az veya çok bütün bireylerde vardır. Özbakım gücü; yaş, cinsiyet, gelişimsel durum, sosyo-ekonomik durum ve aile gibi etmenlerden etkilenebilir. Özbakım gücü yüksek olan kişilerin daha yüksek benlik saygısı ve benlik kavramına sahip oldukları, sağlık davranışlarını koruyan ve geliştiren davranışları sergiledikleri bilinmektedir (103,116).

Özbakım gücü konusunda bazı varsayımlar;

- Özbakım gücü karmaşık, zamanla kazanılmış insani bir niteliktir.
- Özbakım gücü özbakımın gerektirdiği eylemleri gerçekleştirmeye alışkanlık kazanmış bir bireyin yeteneğidir.
- Özbakım gücünün kullanımı, içsel ve dışsal koşulların düzenlenmesine yönelmiş bir dizi eylemler ile ortaya çıkar.
- Özbakım gücü bireyin eylem zenginliğidir.
- Özbakım gücü bireyin özbakımla ilgilenmesindeki sınırlamalarına ve yeteneklerine göre tanımlanır.
- Bireyin çevresindeki bazı etmenler ve koşullar özbakım gücünün gelişimini ve kullanımını etkiler.
- Özbakım gücü, bireyin özbakım gereksinimlerini önceden bilmesi ve gerçekleştirme yeteneğidir (103).

Öz bakım gücü sürekli değişim ve gelişim gösteren bir durumdur. Bireyin öz bakım gereksinimleri, öz bakım gücünü aştığı zaman hemşirelik girişimine ihtiyaç doğmaktadır.

2.10.2.Öz bakım Yetersizliği Modeli

Bu model Orem'in genel hemşirelik modelinin temelini oluşturmaktadır. Bireylerin ne zaman ve neden hemşirelik bakımına gereksinimi olduğunu açıklamaktadır. Öz bakım yetersizliği, bireyin sağlık fonksiyonlarında yapabildikleri ile yapması gerekenler arasındaki farklılığı tanımlamaktadır. Hemşire öz bakım eksikliklerini tanımlarken tüm bilgi ve becerilerini kullanmalıdır. Hemşirenin birey tarafından bilgi ve yardım etme becerisine sahip biri olarak algılanması gerekmektedir. Orem'in kuramında hastaya yardımcı olmak için beş farklı yöntem tanımlanmıştır.

- 1- Birey adına davranmak ya da yapmak
- 2- Bireye rehberlik etmek veya yönlendirmek
- 3- Fiziksel ve psikolojik destek sağlamak
- 4- Bireysel gereksinimi destekleyen çevreyi oluşturmak veya devam ettirmek
- 5- Bireyin öğretimi.

Hemşire bireyin öz bakımını sağlamada bu yöntemlerden birini, birkaçını veya tamamını kullanabilir (103,117).

2.10.3. Hemşirelik Sistemleri Modeli

Hemşirelik sistemleri modeli, hemşirelik hizmetlerinin, bireylere nasıl yardım edebileceğini açıklamaktadır. Bireyin sağlık gereksinimlerinin nasıl karşılanacağı ya da bireye nasıl yardım edileceğinin yanıtı hemşirelik sisteminde aranmalıdır (104). Orem, hastanın gereksinimlerini karşılamadaki yardımda üç temel hemşirelik sistemini tanımlamaktadır. Bunlar;

- 1- Tümüyle eksikliği giderici hemşirelik sistemi:** Hastanın, öz bakımında hiçbir aktif etkinliğinin olmadığı durumdur. Burada hemşire, hastanın bakım gereksinimlerinin tamamını karşılamaktadır. Yenidoğan ve komadaki hastalar gibi bakımını hiçbir şekilde karşılayamayan hastalar için bu sistem gereklidir.

- 2- Kısmen eksikliği giderici hemşirelik sistemi:** Hemşirenin ve hastanın bakım gereksinimlerini birlikte gerçekleştirdiği durumları ifade etmektedir. İleri evredeki KOAH'lı bir bireyin şiddetli dipnesine bağlı giyinme konusunda daha fazla yardım gereksinmesi ve hemşirenin hastaya yardım etmesi bu sisteme örnek olarak verilebilir.
- 3- Destekleyici-eğitsel hemşirelik sistemi:** Hastanın gerekli özbakım önlemlerini gerçekleştirmek için öğrenebilme yeteneğine sahip olduğu fakat bunu yardım olmadan yapamadığı bir sistemdir KOAH'lı bir bireye inhaler kullanımı hakkında eğitim verilmesi, derin solunum öksürük egzersizlerinin yaptırılması ve diyetin öneminin anlatılması destekleyici-eğitsel hemşirelik sistemi içerisinde yer almaktadır (103,111).

10.4. KOAH'LI BİREYLERDE ÖZBAKIM GÜCÜ VE HEMŞİRELİK

KOAH'lı bireyler dispne, öksürük, balgam, yorgunluk, beslenme bozukluğu ve psikiyatrik problemler gibi pek çok semptom yaşamaktadır (118). Yaşanan bu semptomlara bağlı olarak bireylerin yaşam kalitesi düşmektedir (119,120). Birey, kendisi ve ailesinin bakımı içindeki performansıyla doğal olarak yaşam kalitesini arttırabilir. Ayrıca bireyin istekleri doğrultusunda fiziksel aktivitelerini yerine getirebilmesi de yaşam kalitesini artırmasında önemli bir noktadır (121). Yapılan çalışmalarda KOAH'lı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede kısıtlılıklar yaşadıkları gözlemlenmiştir (122-124). Bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yeterli düzeyde yapabilmeleri için ise özbakım gücüne sahip olmaları gerekmektedir. Özbakım gücü sürekli değişim ve gelişim gösteren bir durumdur. Bireyler hayatlarının bazı dönemlerinde özbakımlarını yerine getirememekte; yenidoğan, çocuk, adölesan, yaşlı, hasta ve sakat insanlar öz bakımlarında tamamen ya da kısmen yardıma ihtiyaç duymaktadırlar (15-17).

Farklı kronik hastalıklarda özbakım gücüne yönelik yapılmış olan araştırmalarda kronik hastalığı olan bireylerin özbakım güçlerinin yeterli olmadığı belirlenmiştir (15-17). KOAH'lı bireylerin özbakım gereksinimleri, özbakım gücünü aştığı zaman hemşirelik girişimine ihtiyaç doğmaktadır. Burada hemşire bireyin özbakım gereksinimlerini karşılayabilmek için bireyin özbakım gücünü değerlendirmeli yetenek, bilgi, güdüleme ve becerisine ilişkin yeterlilikleri, sınırlamaları ve yetersizlik durumlarının

tanımlamalıdır (125). Yetersizlik ve sınırlılıkların bilgi, yetenek, motivasyon eksikliğinden mi yoksa fiziksel sınırlılıktan mı kaynaklandığı belirlenmelidir (116).

Hemşireler KOAH'lı bireyler adına uygulama ve öğretim yaparak, bireye rehberlik ederek, destek sağlayarak ve bireyin gereksinimlerini karşılayabileceği bir çevre oluşturarak yardım eder (125). Hemşirelerin hastanın özbakım gereksinimlerini karşılaması ve direk bakım verebilmesi için bu beş özellik konusunda bilgi, beceri ve tutuma sahip olmaları gerekmektedir (116).

KOAH'a yönelik hemşirelik uygulamalarını içeren; hastaya uygun pozisyon verilmesi, derin solunum ve öksürme egzersizlerini öğretmek, yapmasının sağlanması, postural drenaj yapılması, sakıncası yoksa bol sıvı verilmesi, sekresyonların rahat çıkarılmasını sağlamak için buhar uygulanması, sekonder enfeksiyonlardan koruma, ilaç kullanımının ve kontrollerin önemi konusunda bilgi verilmesi, sigara, kirli hava, kimyasal maddeler gibi tabloyu ağırlaştırabilecek etkenlerden uzak durulması gerektiğinin anlatılması, amfizemin komplikasyonları yönünden (pnömotoraks, korpulmonale, anemi vs.) gözlenmesi gibi tüm bu girişimlerde hastanın aktif katılımı sağlanmalı, hastanın özbakım gücü ve etkileyen faktörleri değerlendirilmelidir (21,125,126).

3. GEREÇ YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma; KOAH'lı bireylerin özbakım gücü ve etkileyen faktörlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma Niğde Devlet Hastanesi göğüs hastalıkları polikliniklerinde yapılmıştır. Niğde Orta Anadolu'nun güneyindedir. Niğde 6 merkez ilçe, bunlara bağlı kasaba ve köylerden oluşmaktadır (127). 2011 yılı verilerine göre toplam nüfus; şehir nüfusu 168,596 ve köy nüfusu 168,957 olmak üzere toplam 337,553' dür. Nüfus yapısına bakıldığında; KOAH risk grubunu oluşturan 40 yaş üzeri toplam nüfus 111,714'tür. (128).

Niğde halkının esas geçim kaynağı tarım ve hayvancılıktır. Nüfusun % 70'i tarımla geçinmektedir. Elma ağacı sayısında Niğde ili ülke sıralamasında ilk sırada yer alır. Niğde Anadolu'nun buğday ambarı sayılan 10 ili arasında yer almaktadır. Ülke genelinde patates üretiminin % 25'lik bölümü bu ilde üretilir. Ayrıca Niğde Merkez Organize Sanayi, Bor Deri Organize Sanayi ve Birko Koyunlu A.Ş. halı fabrikası ve diğer küçük sanayi kolları Niğde halkı için önemli istihdam alanlarıdır (127). KOAH için önemli bir risk faktörü oluşturan taş ve kaplamalı toz üretilen 14 kalsit fabrikası ve bu sektörde çalışan yaklaşık 850 kişi bulunmaktadır. KOAH için diğer önemli bir risk faktörü olan iplik ve pamuk sektöründe 13 firma ve yaklaşık 1750 çalışan birey vardır.

Niğde'de iklim Orta Anadolu'nun tipik kara iklimidir. Niğde'de ortalama nem % 56'dır. Nemin en fazla olduğu ay % 80 ile Şubat, en düşük olduğu ay % 28 ile Ağustos ayıdır.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı için hava kirliliği çok büyük risk oluşturmaktadır. Niğde'de 06.06.2012 saat 13:00 tarihi itibari ile havadaki partikül madde kirleticisi (PM₁₀) değeri 34 µg/m³olarak kaydedilmiştir (129). Türkiye İstatistik Kurumu 2012 verilerine göre; Niğde'de motorlu kara taşıtları sayısı 73,202'dir.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı için büyük risk kaynağı olan sigara kullanımı Niğde'de yaygındır, fakat Niğde halkının sigara kullanımına yönelik literatürde hiç bir çalışmayla karşılaşılmamıştır.

Niğde merkezinde 34 Aile Sağlığı Merkezi bulunmaktadır. Bu kurumlarda 34 doktor ve 36 aile sağlığı elemanı görev yapmaktadır. Niğde'nin merkezinde bir Devlet Hastanesi, bir Özel Hastane ve bir Özel Poliklinik bulunmaktadır. Tüm bu hastaneler içerisinde göğüs hastalıkları polikliniği sadece Devlet Hastanesinde bulunmaktadır. Göğüs Hastalıkları Polikliniği 3 odayla hizmet vermektedir. Bu polikliniklerde 3 doktor ve 3 tıbbi sekreter görev yapmakta ve her poliklinikte günde ortalama 100 hastaya bakılmaktadır. Sadece Devlet Hastanesi'nde olmak üzere 30 yataklı bir göğüs hastalıkları servisi vardır. Bu serviste; 3 doktor ve 13 hemşire olmak üzere toplam 16 sağlık personeli çalışmaktadır. Göğüs hastalıkları polikliniği hafta içi 08.00 ve 16.00 saatleri hizmet vermektedir. Kurumda KOAH'lı bireylerin özbakım gücünü artırmaya yönelik uygulama yapılmamaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini Ocak 2011- Ocak 2012 yılları arasında Niğde Devlet Hastanesi göğüs hastalıkları polikliniklerine başvuran 5324 KOAH'lı birey oluşturmuştur.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini belirlemede; evreni bilinen örneklem hesaplama yöntemi kullanılmıştır. Ülkemizde KOAH görülme sıklığı % 19.1 olarak açıklanmıştır (29). Örneklem büyüklüğü % 95 güvenlilikle $\alpha=0.05$, $\beta=0.20$ alınmış ve minimum örneklem sayısı 221 kişi bulunmuştur. Çalışma 226 KOAH'lı birey ile gerçekleştirilmiştir.

3.4.1. ARAŞTIRMAYA DÂHİL EDİLME ÖLÇÜTLERİ

Araştırma kapsamına bilinci açık, anket sorularını cevaplayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip, sözel iletişim kurabilen, araştırmaya katılmayı kabul eden ve en az 6 ay önce KOAH tanısı alan bireyler dâhil edilmiştir.

3.4.2. ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA ÖLÇÜTLERİ

Veri toplama esnasında; dispne yaşayarak anket ve ölçek sorularını cevaplayamayan, araştırmaya katılmaktan vazgeçen, anket ve ölçek sorularına eksik veya çelişkili cevaplar veren KOAH'lı bireyler araştırmadan çıkarılmıştır.

3.7. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri; KOAH'lı bireylerin bazı sosyo-demografik özelliklerini, sigara kullanma durumlarını ve hastalıklarıyla ilgili özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak (13,15-17,130) hazırlanan hasta tanıtım formu ve Özbakım Gücü Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.7.1. Hasta Tanıtım Formu (EK 3)

Hasta tanıtım formunun ilk 14 sorusu bireylerin yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, yaşadığı yer ve sosyal güvence gibi bazı sosyo-demografik özellikleri, 15-31. soruları ise sigara kullanımı ve hastalık hakkındaki bilgileri içermektedir.

3.7.2. Özbakım Gücü Ölçeği (EK 4)

Özbakım Gücü Ölçeği (1979) Kearney ve Fleischer (131) tarafından geliştirilmiş ve Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında Nahcivan (132) tarafından yapılmıştır. Nahcivan'ın çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,92 bulunmuştur.

Bireylerin özbakım eylemlerini gerçekleştirme yeteneği ya da güçlerini yine kendilerinin değerlendirdikleri bu ölçek 35 maddeden oluşmaktadır. Her bir ifade 0' dan 4'e kadar puanlanmış olup, 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçekte; 0 "beni hiç tanımlamıyor", 1 "beni pek tanımlamıyor", 2 "fikrim yok", 3 "beni biraz tanımlıyor", 4 "beni çok tanımlıyor" şeklinde sıralanmıştır. Ölçekte 8 ifade (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) negatif olarak değerlendirilmekte ve puanlama ters çevrilmektedir.

Ölçekten alınacak maksimum puan 140'tır. Ölçekten alınan puan arttıkça hastaların özbakım gücü artmaktadır. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.825 bulunmuştur

3.7.3. Ön Uygulama

Hazırlanan hasta tanıtım formunun işlerliğini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından Niğde Devlet Hastanesi'ne başvuran 10 KOAH'lı bireyle ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası anket formuna son şekli verilerek veriler toplanmaya başlanmıştır. Ön uygulamaya katılan hastalar araştırma kapsamına dâhil edilmemiştir.

3.8. VERİ TOPLAMA FORMLARININ UYGULANMASI

Araştırmanın verileri; KOAH'lı bireylere araştırma konusunda açıklama yapıp, sözlü ve yazılı onayları alındıktan sonra, verilerin toplanmasını etkileyebilecek faktörlerin en aza indirildiği sakin bir ortamda (hizmet vermeyen poliklinik odası, kat sekreteri odası) toplanmıştır. Anketin her bir sorusu ve ölçeğin her bir maddesi, araştırmacı tarafından okunarak hastaların cevapları doğrultusunda doldurulmuştur. Hastaların anlamadıkları sorular tekrar edilmiştir. Anket formunun uygulanması ortalama 20 dakika sürmüştür. Araştırmanın verileri araştırmacının eğitimi sebebiyle genel olarak haftanın iki günü (Perşembe, Cuma) 08.00-16.00 saatleri arasında toplanmıştır.

3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler IBM SPSS Statistics 21 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Değişkenlerin özet istatistikleri birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama (\bar{X}), standart sapma (SS) olarak verilmiştir. Verilerin normalliğine Shapiro- Wilk testi ile bakılmıştır. İki grup karşılaştırmalarında bağımsız örnekleme t testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Varyans analizi sonucu fark bulunması durumunda Student-Newman-Keuls çoklu karşılaştırma testi uygulanmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Beden kütle indeksi ölçümünde; DSÖ standartları göz önüne alınarak sınıflama yapılmıştır. Yetişkinlerde beden kütle indeksine göre ağırlığın değerlendirilmesi Tablo 3.1'de verilmiştir (133).

Tablo 3.1. Yetişkinlerde Beden Kütle İndeksine Göre Ağırlığın Değerlendirilmesi

BKİ Değeri	Sınıflama
18,5 kg/ m ² 'nin altında olanlar	Zayıf
18.5-24,9 kg / m ² arasında olanlar	Normal kilolu
25-29,9 kg / m ² arasında olanlar	Fazla kilolu
30-39,9 kg / m ² arasında olanlar	Obez (şişman)
40 kg / m ² 'nin üzerinde olanlar	İleri derecede obez

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının evrelendirilmesi; GOLD'un belirlediği spirometrik sınıflandırmaya göre yapılmıştır. KOAH'ta spirometrik sınıflandırma Tablo 3.2'de verilmiştir (7).

Tablo 3.2. KOAH'ta Spirometrik Sınıflandırma

Evre	Semptomlar
Evre 0 : Riskli	Spirometre normal Kronik semptomlar
Evre I: Hafif KOAH	FEV ₁ /FVC<%70 FEV ₁ ≥%80 beklenen
Evre II: Orta KOAH	FEV ₁ /FVC<%70 %50 ≤FEV ₁ <%80 beklenen
Evre III: Ağır KOAH	FEV ₁ /FVC<%70 %30 ≤ FEV ₁ <%50 beklenen
Evre IV: Çok Ağır KOAH	FEV ₁ /FVC<%70 FEV ₁ <% 30 beklenen veya FEV ₁ <% 50 solunum yetmezliği varlığı

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, eğitim, sosyo-ekonomik durum, gibi özellikleri ve KOAH ile ilgili özelliklerdir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni; Özbakım Gücü Ölçeği ile belirlenen bireylerin öz bakım gücü puanlarıdır.

3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmaya Niğde Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (Ek 5) (01/ 08/ 2012-463) onay alındıktan sonra başlanmıştır. Ayrıca araştırmanın yapılacağı Niğde İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni (Ek 6) ve çalışmaya alınan hastaların sözlü ve yazılı onamları (Ek 1, 2) alınmıştır.

4. BULGULAR

KOAH'lı bireylerin özbakım gücü ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4. 1. KOAH'lı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı ($n=226$)

Özellikler	<i>n</i>	%
<u>Yaş</u>		
49 ve altı	21	9.3
50-59	34	15.0
60-69	76	33.6
70 ve üstü	95	42.1
<u>Cinsiyet</u>		
Erkek	141	62.4
Kadın	85	37.6
<u>BKİ</u>		
Zayıf	7	3.1
Normal	105	46.5
Fazla kilolu	80	35.4
Obez	34	15.0
<u>Eğitim Durumu</u>		
Okur-yazardeğil	66	29.2
Okur-yazar	35	15.5
İlkokul	116	51.3
Ortaokul-lise	9	4.0
<u>Medeni Durum</u>		
Evli	180	79.6
Bekar	46	20.4
<u>Çocuk</u>		
Var	222	98.2
Yok	4	1.8
<u>Çocuk Sayısı($n=222$)</u>		
1-3	56	25.2
4-6	110	49.6
7 ve üstü	56	25.2
<u>Aile Tipi</u>		
Çekirdek aile	150	66.4
Geniş aile	55	24.3
Yalnız yaşayan	21	9.3

Tablo 4. 1. KOAH'lı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=226) (Devamı)

Özellikler	n	%
<u>İs (n=224)</u>		
Çiftçi	94	41.6
İşçi	62	27.4
Ev hanımı	43	19.0
Esnaf	17	7.5
Memur	8	3.5
<u>Sosyal Güvence</u>		
Var	219	96.9
Yok	7	3.1
<u>Sosyal Güvence (n=219)</u>		
SSK	77	35.2
Bağ-kur	75	34.2
Yeşilkart	36	16.4
Emekli sandığı	31	14.2
<u>Gelir düzeyi</u>		
Kötü	59	26.1
Orta	154	68.1
İyi	13	5.8
<u>Yerleşim Yeri</u>		
Köy	71	31.4
Kasaba	91	40.3
Kent	64	28.3
<u>Niğde'de Yaşama Süresi</u>		
0-20 yıl	10	4.4
21-40 yıl	14	6.2
41-60 yıl	56	24.8
61 yıl ve üstü	146	64.6
<u>Ev tipi</u>		
Kerpiç	15	6.6
Betonarme	171	75.7
Diğer (Taş ve Ahşap Bina)	40	17.7
<u>Isınma Şekli</u>		
Doğalgaz	28	12.4
Soba	198	87.6
<u>Yakıt Türü(n=198)</u>		
Odun-kömür	130	65.7
Odun-kömür-tezek	68	34.3

Tablo 4.1'de KOAH'lı bireylerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; KOAH'lı bireylerin % 33.6'sının 60-69 yaş grubunda, % 62.4'ünün erkek, % 51.3'ünün ilkokul mezunu, % 79.6'sının evli, % 98.2'sinin çocuk sahibi olduğu ve % 66.4'ünün çekirdek ailede yaşadığı görülmektedir. Araştırma kapsamındaki bireylerin, %41.6'sı çiftçi, % 96.9'u sosyal güvenceye sahip, % 68.1'i orta gelir düzeyinde, % 40.3'ü kasabada yaşamakta, % 75.7'si betonarme evde oturmakta, % 87.6'sının ısınma şekli soba ve % 65.7'si yakıt olarak odun-kömür kullanmaktadır.

Tablo 4. 2. KOAH'lı Bireylerin Sigara Kullanımlarıyla İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=226)

Sigara Kullanımıyla İlgili Özellikler	n	%
<u>Sigara Kullanımı</u>		
Kullanmayan	94	41.6
Bırakmış	108	47.8
Kullanan	24	10.6
<u>Sigara Kullanma Süresi(n=132)</u>		
10 yıl ve altı	14	10.6
11-20 yıl	18	13.6
21 yıl ve üstü	100	75.8
<u>Sigara Bırakma Süresi(n=108)</u>		
5 yıl ve altı	42	38.9
6-10 yıl	19	17.6
11 yıl ve üstü	47	43.5
<u>Sigara Miktarı(paket/gün)(n=132)</u>		
1 paket ve altı	99	75.0
2 paket ve üstü	33	25.0
<u>Pasif İçicilik</u>		
Var	176	77.9
Yok	50	22.1

Tablo 4.2'de araştırma kapsamına alınan KOAH'lı bireylerin sigara kullanımına ilişkin özellikleri incelendiğinde; % 47.8'inin sigarayı bırakmış olduğu, %75.8'inin 21 yıl ve daha fazla süredir sigara kullandığı, % 43.5'inin sigara bırakma süresinin 11 yıl ve üstü olduğu, % 75.0'nin günde bir paket ve daha az sigara kullandığı ve % 77.9'unun pasif içici olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. 3. KOAH'lı Bireylerin Hastalıkla İlişkili Özelliklerinin Dağılımı (n=226)

Özellikler (n=226)	n	%
<u>Tam Süresi</u>		
5 yıl ve altı	88	38.9
6-10	67	29.6
11-15	32	14.2
16 yıl ve üstü	39	17.3
<u>KOAH Evresi</u>		
Orta	28	12.4
Ağır	104	46.0
Çok ağır	94	41.6
<u>Yıllık Atak Sayısı</u>		
1-2	35	15.5
3-5	82	36.3
6-10	77	34.1
11 ve üstü	32	14.1
<u>Kronik Hastalık Durumu</u>		
Var	133	58.8
Yok	93	41.2
<u>Kullandığı İlaçlar*</u>		
Bronkodilatörler	220	97.3
Kardiyovasküler ilaçlar	67	29.6
Antihipertansifler	58	25.7
Antitrombolik, antiagregan	51	22.6
Antidiyabetikler	32	14.2
Diüretikler	28	12.4
Kortikosteroidler	19	8.4
Diğer (antidepresan, antiülser, antiromatizmal)	33	14.6
<u>İlaçları Düzenli Kullanma Durumu</u>		
Kullanıyor	201	88.9
Kullanmıyor	25	11.1
<u>Evde Oksijen Kullanımı</u>		
Kullanmıyor	132	58.4
Kullanıyor	94	41.6
<u>Oksijen Kullanma Süresi(n=94)</u>		
1-3 saat	52	55.3
4-6 saat	31	33.0
7 saat ve üstü	11	11.7
<u>Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumu</u>		
Eğitim alan	59	26.1
Eğitim almayan	167	73.9
<u>Sağlığı Algılama Durumu</u>		
Çok kötü	12	5.3
Kötü	103	45.6
Orta	70	31.0
İyi	41	18.1

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.3'de araştırma kapsamına alınan KOAH'lı bireylerin hastalıklarıyla ilişkili özelliklerinin dağılımı yer almaktadır.

Çalışma kapsamındaki bireylerin % 38.9'unun 5 yıl ve öncesinde KOAH tanısı aldığı, % 46.0'ının ağır evre KOAH olduğu, % 36.3'ünün yılda 3-5 kez atak geçirdiği saptanmıştır. Bireylerin % 58.8'inin KOAH dışında başka bir kronik hastalığı olduğu, % 97.3'ünün bronkodilatör kullandığı, % 88.9'unun ilaçlarını düzenli aldığı, % 41.6'sının evde oksijen tedavisi aldığı, % 55.3'ünün günde 1-3 saat oksijen tedavisi aldığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki bireylerin % 73.9'unun hastalık hakkında eğitim almadığı, eğitim alanların % 67.8'inin bu eğitimi doktordan aldığı ve % 45.6'sının sağlığını kötü olarak algıladığı bulunmuştur.

Tablo 4. 4. KOAH'lı Bireylerin Bakım Alma Durumları İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=226)

Bakımla İlgili Özellikler (n=226)	n	%
<u>Bağımlılık Durumu</u>		
Bağımsız	133	58.9
Yarı bağımlı	88	38.9
Bağımlı	5	2.2
<u>Bakım Sorumlusu</u>		
Var	120	53.1
Yok	106	46.9
<u>Bakımdan Sorumlu Kişi (n=120)</u>		
Eşi	83	69.2
Çocukları	34	28.3
Eşi ve çocukları	3	2.5
<u>Evde Yardım Eden Kişi</u>		
Var	174	77.0
Yok	52	23.0
<u>Evde Yardım Eden Kişi (n=174)</u>		
Eşi	121	69.5
Çocukları	50	29.3
Eşi ve çocukları	3	1.7
<u>Atak Yardımcısı</u>		
Eşi	121	53.5
Çocukları	65	33.2
Eşi ve çocukları	12	5.3
Yok	18	8.0

KOAH'lı bireylerin bakım alma durumları ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 4.4'te yer almaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin % 58.9'unun bağımsız olduğu, % 53.1'inin bakım vericisinin bulunduğu, % 70.0'ına eşinin baktığı, % 77.0'sine yapamadığı işlerde evde yardım eden birinin olduğu, % 70.0'ına çocuklarının yardım ettiği ve atak sırasında % 55.9'una eşinin yardımcı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. 5. KOAH'lı Bireylerin Bazı Özelliklerine Göre Ortalama ve Ortanca Değerlerinin Dağılımı

Özellikler	$\bar{X} \pm SS$	Min.-Max.	Ortanca	% 25-% 75
Yaş	65.89±10.09	33.00-88.00	67.00	60.00-74.00
Tanı süresi	9.31±7.22	0.50-35.00	10.00	3.00-15.00
Yıllık atak sayısı	7.23±5.51	1.00-30.00	5.00	3.00-10.00
Sigara kullanma süresi	32.10 ±13.68	2.00-60.00	30.00	24.25-40.00
Sigara bırakma süresi	11.75±10.53	0.00-45.00	10.00	2.00-20.00
Özbakım gücü puanı	70.15±13.75	34.00-109	69.50	60.00-81.00

Tablo 4.5'te KOAH'lı bireylerin bazı özelliklerine göre ortalama ve ortanca değerlerinin dağılımı görülmektedir. KOAH'lı bireylerin yaşlarının 33-88 arasında değiştiği, yaş ortalamasının 65.89±10.09, ortancasının ise 67 olduğu saptanmıştır. Bireylerin özbakım gücü toplam puanının 34.00-109 arasında değiştiği, ortalamasının 70.15±13.75, ortancasının ise 69.50 olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamındaki bireyler ortalama 9.31±7.22 yıl öncesinde tanı aldıkları ve ortanca değerinin 10 yıl olduğu, atak geçirme sayılarının yılda bir ile 30 kez arasında değiştiği ve ortalama atak sayısının 7.23±5.51, ortanca değerinin ise 5.00 olduğu, sigara kullanma sürelerinin ise 2-60 yıl arasında değiştiği ve ortanca değerinin 30 yıl olduğu, bireylerin sigarayı bırakma sürelerinin 0-45 yıl arasında değiştiği, ortanca değerinin ise 10 yıl olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. 6. KOAH'lı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Özbakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Özbakım Gücü Puanı	
	$\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>
Yaş		
49 ve altı	72.33±15.88	0.459
50-59	71.36±13.40	
60-69	69.28±14.23	
70-79	71.18±12.45	
80 ve üstü	65.86 ±14.63	
Cinsiyet		
Erkek	65.87±12.50	<0.001
Kadın	72.78±13.86	
BKİ		
Zayıf	77.57±13.90	0.365
Normal kilolu	70.46 ±13.47	
Fazla kilolu	70.16±14.29	
Obez	67.27±13.10	
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	67.12±13.39	0.026
Okur-yazar	68.46±13.36	
İlkokul	71.68±13.79	
Ortaokul-Lise	79.33±12.27	
Medeni Durum		
Evli	71.94 ±13.53	<0.001
Bekar	63.15±12.40	
Cocuk		
Var	70.18±13.74	0.809
Yok	68.50±15.93	
Cocuk Sayısı		
1-3	70.48 ±14.16	0.255
4-6	71.33± 13.48	
7-10	67.63±13.74	
Aile Tipi		
Çekirdek aile	72.51±13.44 ^a	<0.001
Geniş aile	67.47±13.39 ^{ab}	
Yalnız	60.38±11.62 ^b	
İş (n=224)		
Çiftçi	68.16±13.34 ^a	0.010
İşçi	72.63±15.01 ^{bc}	
Ev hanımı	67.44±11.89 ^{ac}	
Esnaf	74.71±12.85 ^{acd}	
Memur	81.75±11.76 ^{bd}	

a,b,c,d: Aynı harflerin yer aldığı gruplar birbirinden farklı değildir.

Tablo 4. 6. KOAH'lı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Özbakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı (Devamı)

Sosyo-Demografik Özellikler	Özbakım Gücü Puanı	
	$\bar{X} \pm SS$	<i>p</i>
<u>Çalışma Yılı (n=224)</u>		
0-20 yıl	70.78±12.62	0.864
21 ve üzeri	70.19±13.90	
<u>Sosyal Güvence</u>		
Var	70.27±13.72	0.468
Yok	66.43±15.55	
<u>Sosyal Güvence Durumu (n=219)</u>		
SSK	71.39±14.11	0.543
Bağkur	69.36±13.01	
Yeşilkart	68.25±13.84	
Emekli sandığı	72.06±14.37	
<u>Gelir Düzeyi</u>		
Kötü	67.12±14.20	0.093
Orta	70.94±13.56	
İyi	74.62±12.29	
<u>Yerleşim Yeri</u>		
Köy	68.41±14.55	0.186
Kasaba	69.75±12.94	
Kent	72.67±13.79	
<u>Ev Tipi</u>		
Kerpiç	69.80±9.35 ^{ab}	0.003
Betonarme	71.73±13.65 ^a	
Diğer (Taş, Ahşap)	63.58±13.84 ^b	
<u>Isınma Şekli</u>		
Doğalgaz	76.39±14.95	0.010
Soba	69.27±13.37	

^{a,b,c}: Aynı harflerin yer aldığı gruplar birbirinden farklı değildir.

KOAH'lı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre özbakım gücü puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.6'da yer almaktadır. Örneklem grubundaki 49 yaş ve altındaki KOAH'lı bireylerin özbakım gücü puan ortalaması 72.33±15.88 olarak saptanmış ve bu değer diğer yaş grubundaki bireylerin özbakım gücü puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. KOAH'lı bireylerin yaş gruplarına göre özbakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Çalışmada cinsiyeti erkek olan KOAH'lı bireylerin özbakım gücü puan ortalaması 72.78±13.86, kadınların ki ise 65.87±12.50 olduğu görülmüştür. KOAH'lı erkek bireylerin kadınlara göre özbakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Bireylerin BKİ'lerine göre özbakım gücü puan ortalamaları karşılaştırıldığında, zayıf bireylerin özbakım gücü puan ortalamasının (77.57 ± 13.90) diğer bireylere göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Eğitim düzeyi lise ve üzeri olan bireylerin özbakım gücü puan ortalaması 79.33 ± 12.27 olarak bulunmuştur. Eğitim düzeyi lise ve üzeri olan KOAH'lı bireylerin özbakım gücü puan ortalamasının, öğrenim düzeyi daha düşük olan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Araştırma kapsamındaki KOAH'lı evli bireylerin özbakım gücü puan ortalamasının 71.94 ± 13.53 , bekâr olanların ise 63.15 ± 12.40 olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Araştırma kapsamında çocuğu olan KOAH'lı bireylerin özbakım gücü puan ortalamasının 70.18 ± 13.74 , çocuk sayısı 4-6 olanların 71.33 ± 13.48 'dir. Çocuğu olan ve çocuk sayısı 2-3 olan bireylerin özbakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmış, fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Çalışmada çekirdek ailede yaşayan KOAH'lı bireylerin özbakım gücü puan ortalaması 72.51 ± 13.44 olarak tespit edilmiştir. Çekirdek ailede yaşayan KOAH'lı bireylerin geniş ailede veya yalnız yaşayan bireylere göre özbakım gücü puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu ve bu farkın çekirdek ailede yaşayanlar ile yalnız yaşayan bireyler arasındaki istatistiksel farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Meslek gruplarına göre özbakım gücü puan ortalamaları incelendiğinde, memur olan bireylerin özbakım gücü puan ortalaması 81.75 ± 11.76 olduğu görülmüştür ve diğer meslek gruplarının puan ortalamasından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu farkın hangi meslek gruplarından kaynaklandığına bakıldığında; memur-ev hanımı, memur-çiftçi ve işçi-çiftçi meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Çalışmada sosyal güvencesi olmayan bireylerin özbakım gücü puan ortalaması 70.27 ± 13.72 , sosyal güvencesi emekli sandığı olanların 72.06 ± 14.37 , gelir düzeyini iyi olarak tanımlayan bireylerin 74.62 ± 12.29 ve kentte yaşayan bireylerin 72.67 ± 13.79 'dur.

Sosyal güvencesi emekli sandığı olan bireylerin, gelir düzeyini iyi olarak tanımlayanların ve kentte yaşayanların özbakım gücü puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur; gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Betonarme evlerde yaşayan bireylerin özbakım gücü puan ortalaması 71.73 ± 13.65 ve ısınma şekli olarak doğalgaz kullanan bireylerin 76.39 ± 14.95 'dir.

Ev tipi betonarme olanların diğer ev tiplerinde yaşayan bireylere göre, ısınma şekli olarak doğalgaz kullanan bireylerin soba kullanan bireylere göre özbakım gücü puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gruplar arasındaki karşılaştırmada ise, betonarme- diğer ev tipinde (taş-ahşap) yaşayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4. 7. KOAH'lı Bireylerin Sigara Kullanma Özelliklerine Göre Özbakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sigara Kullanma Özellikleri	Özbakım Gücü Puanı	
	$\bar{X} \pm SS$	p
<u>Sigara Kullanım Durumu</u>		
Kullanmıyor	66.13±12.50 ^a	0.001
Bırakmış	73.23±14.35 ^b	
Kullanıyor	72.08±12.02 ^{ab}	
<u>Sigara Kullanma Süresi(n=132)</u>		
10 yıl ve altı	70.29±15.22	0.742
11-20 yıl	73.39±14.64	
21 yıl ve üstü	73.34±13.71	
<u>Sigara Bırakma Süresi (n=108)</u>		
5 yıl ve altı	76.52±14.00	0.164
6-10	70.89±10.88	
11 ve üzeri	71.23±15.54	
<u>Sigara Miktarı(n=132)</u>		
1 paket ve altı	72.57±13.56	0.910
2 ve üzeri	74.39±15.07	
<u>Pasif İçicilik</u>		
Var	70.76±13.78	0.218
yok	68.04±13.56	

^{a,b,c}: Aynı harflerin yer aldığı gruplar birbirinden farklı değildir.

Tablo 4.7’de KOAH’lı bireylerin sigara kullanma durumlarına göre özbakım gücü puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Çalışmada sigara kullanmayan bireylerin özbakım gücü 66.13±12.50, sigara kullanmayı bırakmış olanların 73.23±14.35, sigara kullanan bireylerin ise 72.08±12.02 olarak bulunmuştur.

Sigarayı kullanmayı bırakmış KOAH’lı bireylerin özbakım gücü puan ortalaması hiç sigara kullanmamış ve sigara kullanan bireylerin özbakım gücü puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p<0.05$).

11-20 yıl arasında sigara kullananların özbakım gücü puan ortalaması 73.39±14.64, 5 yıl ve öncesinde sigara kullanmayı bırakanların 76.52±14.00, bir paketten az sigara

kullananların 72.57 ± 13.56 ve sigara dumanına maruz kalan bireylerin 70.76 ± 13.78 olduğu saptanmıştır. 11-20 yıl arasında sigara kullananların, 5 yıl ve daha az süre öncesinde sigara kullanmayı bırakanların, bir paketten daha az miktarda sigara kullananların ve sigara dumanına maruz kalan bireylerin özbakım gücü puan ortalamaları diğer gruptakilere göre daha yüksek bulunmuştur; gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 4. 8. KOAH'lı bireylerin hastalıkla ilgili özelliklerine göre özbakım gücü puan ortalamalarının dağılımı

Hastalıkla İlişkili Özellikler	Özbakım Gücü Puanı	
	$\bar{X} \pm SS$	p
<u>Tanı Süresi</u>		
5 yıl ve altı	72.50±14.49	0.067
6-10	67.43±12.49	
11-15	67.34±11.53	
16 yıl ve üstü	71.85±14.94	
<u>KOAH Evresi</u>		
Orta	71.89±15.98	0.507
Ağır	70.77±13.82	
Çok ağır	68.96±12.99	
<u>Atak Sayısı</u>		
1-2	73.77±15.74	0.135
3-5	71.33±13.36	
6-10	67.82±13.24	
11 ve üstü	68.81±13.03	
<u>Kronik Hastalık Durumu</u>		
Var	68.77±13.74	0.069
Yok	72.14±13.58	
<u>İlaçları Düzenli Kullanma Durumu</u>		
Kullanıyor	70.55±12.92	0.219
Kullanmıyor	66.96±19.21	
<u>Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumu</u>		
Eğitim Alan	70.19±12.13	0.984
Eğitim Almayan	70.14±14.31	
<u>Sağlığı Algılama Durumu</u>		
Çok kötü	69.75±12.90 ^{ab}	<0.001
Kötü	65.93±13.04 ^a	
Orta	72.59±12.50 ^b	
İyi	76.73±14.61 ^b	

^{a,b,c} : Aynı harflerin yer aldığı gruplar birbirinden farklı değildir.

KOAH'lı bireylerin hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre özbakım gücü puan ortalamalarının dağılımı, Tablo 4.8.'de görülmektedir.

Tanı süresi 5 yıl ve daha az olan KOAH'lı bireylerin özbakım gücü puan ortalaması 72.50 ± 14.49 , orta evre KOAH'lı bireylerin 71.89 ± 15.98 , yılda 1-2 kez atak geçirenlerin

71.89±15.98, başka kronik hastalığı olmayanların 72.14±13.58, ilaçlarını düzenli bir şekilde kullananların 70.55±12.92, evde oksijen kullananların 70.33±12.07 ve hastalık hakkında eğitim alanların 70.19±12.13'dir Tanı süresi 5 yıl ve daha az olan bireylerin, orta evre KOAH olanların, yılda 1-2 kez atak geçirenlerin, başka kronik hastalığı olmayanların, evde oksijen kullananların ve hastalık hakkında eğitim alanların özbakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş, gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Sağlığını iyi olarak algılayan KOAH'lı bireylerin özbakım gücü puan ortalamasının 76.73±14.61 olduğu saptanmış ve bu değer diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Gruplar arası karşılaştırmalar incelendiğinde; sağlığını kötü olarak ifade edenler ile iyi olarak ifade edenler ve sağlığını orta olarak ifade edenler ile iyi olarak ifade eden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.9. KOAH'lı Bireylerin Bakım Alma Durumu ile İlgili Özelliklerine Göre Özbakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bakım Alma Durumu	Özbakım Gücü Puanı	
	$\bar{X} \pm SS$	p
<u>Bağımlılık Durumu</u>		
Bağımlı	65.20±8.17	0.157
Yarıbağımlı	68.28±13.39	
Bağımsız	71.58±14.02	
<u>Bakım Sorumlusu</u>		
Var	70.03±13.45	0.880
Yok	70.30±14.14	
<u>Bakımdan Sorumlu Kişi (n=120)</u>		
Eşi	71.78±13.82	0.022
Çocukları	65.59±11.47	
<u>Atak Yardımcısı</u>		
Eşi	74.05±12.62 ^a	<0.001
Çocukları	65.63±13.33 ^b	
Yok	60.22±13.27 ^b	

^{a,b,c}: Aynı harflerin yer aldığı gruplar birbirinden farklı değildir.

KOAH'lı bireylerin bakım alma durumu ilgili özelliklerine göre özbakım gücü puan ortalamalarının dağılımı, Tablo 4.9'da verilmiştir. Çalışmada günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken bağımsız olan KOAH'lı bireylerin özbakım gücü puan ortalaması 71.58±14.02, evde bakım sorumlusu olmayanların ise 70.30±14.14'dür.

Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken bağımsız olanların, yarı bağımlı ya da bağımsız olanlara göre ve evde bakım sorumlusu olmayanların evde bakım sorumlusu olan bireylere göre özbakım gücü puan ortalamasının daha yüksek olduğu, fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Evde bakımından eşi sorumlu olan bireylerin özbakım gücü puan ortalaması 71.78 ± 13.82 , bakımından çocukları sorumlu olanların ise 65.59 ± 11.47 'dir.

Atak sırasında eşi yardım eden bireylerin özbakım gücü puan ortalaması, 74.05 ± 12.62 çocukları yardım edenlerin 65.63 ± 13.33 ve atak sırasında yardımcısı olmayanların 60.22 ± 13.27 'dir. Evde yapamadığı işlerde eşi yardım edenlerin, çocukları yardım edenlere göre ve atak sırasında eşi yardım eden bireylerin, çocukları yardım eden veya atak sırasında yardımcısı olmayan bireylere göre özbakım gücü puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gruplar arası farklar karşılaştırıldığında; atak sırasında eşi yardımcı olan ile hiç yardımcısı olmayan gruplar arasında ve eşi yardımcı olan gruplar ile çocukları yardımcı olan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tüm dünya ülkelerinde önemli mortalite ve morbiditeye neden olan bir hastalıktır (4,5). KOAH'ta sık karşılaşılan solunum güçlüğü, öksürük, balgam çıkarma, yetersiz beslenme, iştahsızlık, yorgunluk ve güçsüzlük gibi semptomlara bağlı olarak bireyler günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte güçlükler yaşamaktadırlar (122,134). Fiziksel ve psikolojik birçok semptomun varlığı, hastalığın ilerleyen doğası, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlıktan bağımlılığa geçiş ve sık hastaneye yatışlar bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (119,120,135). KOAH'lı bireylerde tüm bu sorunlar ile baş edebilmede ve yaşam kalitesini artırmada özbakım gücü önemli bir etkidir.

Çalışmamızda örneklem grubuna alınan KOAH'lı bireylerin özbakım gücü puan ortalaması 70.15 ± 13.75 olarak saptanmıştır (Tablo 4.5). Araştırma kapsamındaki KOAH'lı bireylerin çoğunluğunun (% 87.6) ağır ve çok ağır evrede olmasına bağlı olarak başta tolere edilemeyen dispne olmak üzere bir çok semptom şiddetlenmekte ve bireylerin özbakım yetenekleri olumsuz etkilenmektedir. Yıldırım ve ark. (13) çalışmasında KOAH'lı erkek bireylerde özbakım gücü puan ortalamasının 78.14 ± 24.49 , kadın bireylerde ise 74.25 ± 30.22 olduğu belirtilmiştir. Farklı kronik hastalıklarda özbakım gücü ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; hemodiyaliz hastalarında 96.72 ± 16.11 , hipertansiyonlu bireylerle 98.9 ± 20.1 , periton diyalizi olan hastalarda 102.96 ± 20.70 , diyabetes mellituslu hastalarda 109.4 ± 28.4 karaciğer sirozu olan

hastalarda 109.43 ve multiple sklerozlu hastalarda 76.60 ± 9.47 olarak bulunmuştur (136-141). Romatit artritli ve koroner kalp hastalığı olan bireylerde yapılan çalışmalarda özbakım gücü orta düzeyde bulunmuştur (142,143). Özbakım gücü ile ilişkili sağlıklı bireylerde yapılan çalışmalara bakıldığında; Nahçıvan (144) sağlıklı adölesanların özbakım gücü puan ortalamasını 96.4 ± 11.7 , Karaca Saydam ve ark. (145) riskli gebelerde özbakım gücü puan ortalamasını 85.17 ± 27.29 , Ergin ve ark. (146) Tıp fakültesi öğrencilerinin özbakım gücü puan ortalamasını 95.8 ± 18.7 olarak bulmuşlardır. Çalışmada 80 yaş ve üzerindeki bireylerin özbakım gücü puan ortalaması diğer yaş grubundaki bireylere göre daha düşük bulunmuş fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.6). Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda; yaşlı bireylerin özbakım gücünün genç bireylere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (13, 136, 137,147). Yaşın ilerlemesi ile birlikte özbakım gücünün azalmasının nedeni; bireyin yaşlanmaya bağlı olarak fizyolojik, psikolojik, emosyonel, bilişsel ve sosyal alanlarda değişiklikler yaşaması, fonksiyonel kapasitesinin azalması, kronik hastalıkların artması ve bireyin etken durumdan edilgen duruma geçmesi ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda KOAH'lı erkek bireylerin özbakım gücü puan ortalaması KOAH'lı kadın bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.6). Benzer şekilde Yıldırım ve ark.'nın (13) KOAH bireylerle yaptıkları çalışmada KOAH'lı erkek bireylerin kadınlara göre özbakım gücünün daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Özbakım gücü ile ilgili diğer kronik hastalıklarla yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde; hipertansiyonlu bireylerde, yaşlılarda ve hemodiyaliz hastalarında erkeklerin özbakım gücü puan ortalamasının kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (137,148,149). Çalışmamızda KOAH'lı erkek bireylerin eğitim durumlarının, evli ve çocuk sahibi olma oranlarının kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bireylerin eğitim durumlarının yüksek olmasının sağlık farkındalıklarını arttırdığı, evli ve çocuk sahibi olmalarının ise bireylere sosyal destek sağladığı, böylece özbakım güçlerinin olumlu yönde etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca Türk toplumunda erkeklere güçlü bir rol biçilmesi sonucunda erkek bireylerin sağlıklarını daha fazla önemsemeleri bu sonuca götüren diğer bir etken olabilir.

Buna karşın; Büyükkaya ve ark. Çalışmalarında (140) karaciğer sirozu olan erkek hastaların kadın hastalara göre özbakım gücü puan ortalamalarının daha düşük olduğunu göstermişlerdir. Literatürde cinsiyetin özbakım gücünü etkilemediğini gösteren çalışmalar da yer almaktadır (150-152).

Çalışmada eğitim düzeyi ortaokul-lise olan bireylerin diğer eğitim düzeyine sahip bireylere göre özbakım gücü puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak yapılan farklı çalışmalarda bireylerin eğitim düzeyi arttıkça özbakım güçlerinin de anlamlı bir şekilde arttığı gösterilmiştir (13,142,149,152-154). Bu sonuç bireylerin eğitim durumlarının artmasıyla sağlığa yönelik bilgi ve beklentilerinin artması, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması ve maddi olanakların daha iyi olması ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca eğitimle birlikte bireylerin yaşam kaliteleri de artmaktadır (155,156). Yaşam kalitesinin artması ile birlikte bireylerin özbakım güçleri olumlu yönde etkilenmektedir (150,157). Bu çalışmalardan farklı olarak farklı hastalık gruplarında Büyükkaya ve ark. (140), Mollaoğlu ve ark. (141) ve Tel ve ark. (150) çalışmalarında eğitim durumu ile özbakım gücü arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmada KOAH'lı evli bireylerin bekârlara göre özbakım gücü puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Özbakım gücü ile ilgili yapılan diğer çalışmaların sonuçları incelendiğinde, evli bireylerin özbakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (13,136,158-160). Bireyin evli olmasına bağlı olarak artan sorumlulukları, aile içerisindeki sosyal desteği ve anne ve baba rolünün getirdiği güçlü olma hissi, bireylerin özbakım güçlerini olumlu yönde etkileyen faktörler olarak düşünülebilir. Çalışmamızın aksine DM'li bireylerle ve kalp kapağı replasmanı yapılan hastalarla yapılan çalışmalarda medeni durum ile özbakım gücü arasında ilişki olmadığı görülmüştür (161,162).

Araştırmada bireylerin BKİ'lerine göre özbakım gücü puan ortalamaları karşılaştırıldığında; zayıf bireylerin özbakım gücü puan ortalamasının diğer bireylere göre yüksek olduğu fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.6) .

Tekir ve ark.'nın (158) yaşlı bireylerde beden kitle indeksinin günlük yaşam aktivitelerine ve özbakım gücüne etkisini inceledikleri araştırmada benzer şekilde BKİ ve özbakım gücü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmada çocuğu olan KOAH'lı bireylerin özbakım gücü puan ortalamasının çocuğu olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmış, fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Özer'in çalışmasında benzer şekilde çocuk sahibi olmanın özbakım gücü ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir (163). Özbakım gücü ile ilgili yapılan çalışmalara ilişkin literatür incelendiğinde farklı sonuçlu çalışmalarla da karşılaşılmaktadır. Diyabetik hastalar ile yapılan bir çalışmada çocuk sayıları ile özbakım gücü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), çocuk sayısı fazla olan bireylerin özbakım gücü puanlarının çocuk sayısı az olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (161).

Meslek gruplarına göre özbakım gücü puan ortalamaları incelendiğinde; memur olan bireylerin özbakım gücü puan ortalamalarının diğer meslek gruplarının puan ortalamalarından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Yapılan çalışmalarda çalışma bulgularımızla benzer şekilde meslekler arasında özbakım gücünün en yüksek olduğu grubun memurlar olduğu belirtilmiştir (15,136,161). Bireylerin sağlık algıları ve yönetimleri, sağlık hizmetlerine ulaşmaları ve sağlığını etkileyebilecek değerleri meslek ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca bireylerin çalıştıkları ortamlarda hastalık oluşturabilecek risk faktörlerine maruziyetleri, bu risk faktörlerine yönelik farkındalık düzeyleri ve korunma amaçlı girişimler kişinin sağlığını dolayısıyla özbakım gücünü etkilemektedir. Memurların eğitim seviyelerinin yüksek olması, düzenli bir gelirlerinin olması, farkındalık düzeylerinin yüksek olması, sağlık hizmetlerine ulaşmalarının daha kolay olması ve çalışma ortamlarında hastalık oluşturabilecek risk faktörleriyle diğer meslek gruplarına göre daha az karşılaşmalarının özbakım güçlerini olumlu yönde etkilediğini düşündürebilir.

Araştırmada sosyal güvencesi olan KOAH'lı bireyler ile olmayanlar arasında özbakım gücü puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Bu sonuç araştırma kapsamına alınan bireylerin tamamına yakınının (% 96.9) sosyal güvencesinin olmasıyla açıklanabilir. Bu sonuca benzer olarak Bağ (152), Durmaz Akyol (157) ve Callaghan (159) özbakım gücüne yönelik yaptıkları çalışmalarda bireylerin sosyal güvenceye sahip olmaları ile özbakım gücü arasında ilişki belirtmemişlerdir.

Fakat çalışmamızın sonucunun aksine bazı çalışmalarda sağlık güvencesi olan hastaların özbakım gücü puan ortalamasının olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu gösterilmiştir (15,137,161).

Araştırmada gelir düzeyini iyi olarak tanımlayan KOAH'lı bireylerin diğerlerine göre özbakım gücü puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur; fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Bu çalışmaya benzer şekilde Bakoğlu'nun (137) hipertansiyonlu bireylerin özbakım gücünü değerlendirdiği çalışmasında hastaların sosyo-ekonomik düzeyi düştükçe özbakım gücü puan ortalamalarının da düştüğü görülmüştür ($p>0.05$). Altıparmak ve ark.'nın (154) kemoterapi alan akciğer kanserli hastalarla yapmış oldukları çalışmada da gelir düzeyinin özbakım gücünü etkilemediği belirtilmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda ise gelir düzeyini iyi olarak tanımlayan bireylerin özbakım gücü puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu gösterilmiştir ($p<0.05$) (13,152,161). Lukkarien'in (143) kalp hastalıklarını incelediği bir çalışmada da gelir düzeyinin hastaların özbakım güçlerini önemli ölçüde etkilediğini saptamıştır. Gelir durumu iyi olan bireylerin maddi stresörlerinin olmaması, sağlık hizmetlerine daha rahat ulaşmaları, beslenme, barınma gibi ihtiyaçlara gereken ekonomik gücün olmasının özbakım güçlerini olumlu etkilediğini; gelir durumu düşük olan bireylerin ise yaşadıkları mali sorunların beslenme yetersizliklerine yol açtığı, hastalıkları ile baş etme güçlerini azalttığı ve hastalığı etkisiz yönetmelerinin sebebi olabilir.

Çalışmada kentte yaşayan bireylerin özbakım gücü daha yüksek bulunmuştur; fakat istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6). Bu sonuç Bağ'ın (152) çalışmasıyla desteklenmektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Bakoğlu'nun (137) ve Taşçı'nın (160) çalışmasında kentte yaşayan bireylerin özbakım gücü anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Kentte yaşayan bireylerin özbakım güçlerinin kasaba ya da köyde yaşayanlara göre daha yüksek olması; kentte yaşayanların eğitim düzeylerinin yüksek olması, sağlık farkındalıklarının fazla olması ve sağlık hizmetlerine kolay ulaşmalarıyla ilişkilendirilebilir.

Çalışmada çekirdek ailede yaşayan bireylerin geniş ailede veya yalnız yaşayan bireylere göre özbakım gücü puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.6). KOAH'lı bireylerin sık ve şiddetli semptomlar yaşamaları hastalığı yönetmeyi ve özbakım yeteneklerini etkilemektedir.

Hastalığın ilerleyen doğası ile birlikte fonksiyonların kaybı kişiyi etken durumdan edilgen duruma geçirmektedir. Bu süreç içerisinde kişinin yanında ailesinin olması sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşımını sağlamakta, sosyal desteğini artırmakta ve tüm bunlara bağlı olarak bireyin özbakım gücünü artırdığını düşündürmektedir. KOAH'lı bireylerin aile desteği ve özbakım davranışlarının incelendiği bir çalışmada, aile desteği olan bireylerin özbakım gücünün daha yüksek olduğu bulunmuştur (164). Yapılan benzer çalışmalarda da ailesiyle birlikte yaşayan bireylerin yalnız yaşayanlara göre özbakım gücü anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (13,151,159). Çalışmamızın aksine Bakoğlu (137) ve Altıparmak (154) aile tipinin özbakım gücü ile ilişkili olmadığını göstermişlerdir.

Sigara kullanımı bilinen en önemli KOAH nedenidir (19). Uzun süreli sigara kullanan KOAH'lı bireylerin fonksiyonel kapasitelerinin azaldığı, yorgunluk algılarının arttığı bilinmektedir (165). Çalışmada sigarayı bırakmış olan KOAH'lı bireylerin özbakım gücü puan ortalamaları hiç sigara kullanmamış ve sigara kullananların özbakım gücü puan ortalamasına göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7). KOAH'lı bireylerle yapılan bir çalışmada sigarayı bırakmış KOAH'lı bireylerin özbakım puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (164). Bu sonucun bireylerin sağlık farkındalıklarının oluşması sonrasında özbakım yeteneklerini artırma çabalarına bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülebilir. Hipertansiyonlu bireylerde ve sağlıklı ergenlerde yapılan çalışmalarda ise; sigara kullanmayan bireylerin sigara kullananlara göre özbakım gücü puan ortalamalarının anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. ($p<0.05$) (166,167). Literatürde sigara içme durumu ile özbakım gücü arasında bir ilişki gösterilmeyen çalışmalar da yer almaktadır (13,140,151).

KOAH'ta tanı süresinin artması ile birlikte hastalığın ilerlemesi, komplikasyonların artması ve semptom yönetiminin zorlaşması kişinin özbakım gücünü olumsuz olarak etkilemektedir.

Bu çalışmada 5 yıl ve öncesinde KOAH tanısı alan bireylerin özbakım gücünün daha uzun süre önce tanı alanlardan yüksek olduğu fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Bu sonuçlar konuyla ilgili yapılan diğer çalışma sonuçlarının bulguları ile benzerlik göstermektedir (140,152,166).

Çalışmamızın aksine Tel ve ark. (150) osteoartritli bireylerle yaptığı çalışmada hastalık süresi azaldıkça özbakım gücü puan ortalamasının anlamlı bir şekilde yükseldiği gösterilmiştir ($p<0.05$).

KOAH'a farklı bir hastalığın eşlik etmesi bireylerde semptomları şiddetlendirmekte, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bağımlılık düzeylerini ve hastaneye yatış sıklığı artırmakta ve yaşam süresini kısaltmaktadır (168,169, 170). Çalışmada KOAH dışında başka bir kronik hastalığı olanların olmayanlara göre özbakım güçlerinin daha yüksek olduğu, fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Bu sonuca benzer şekilde, yapılan diğer çalışmalarda başka bir kronik hastalığın varlığına göre bireylerin toplam özbakım gücü puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (136,140,150,152). Mevcut çalışmanın aksine yapılan bazı çalışmalarda, ek hastalığa sahip olan hastaların özbakım gücünün anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (13,138). Mevcut kronik hastalığın getirdiği kısıtlamalarla ve güçlüklerle başa çıkmaya çalışan bireylerin ek bir kronik hastalığa sahip olmaları hastalığı yönetmelerini ve özbakım davranışları sergilemelerini güçleştirdiği düşünülebilir.

Bu çalışmada ilaçlarını düzenli bir şekilde kullanan KOAH'lı bireylerin düzenli kullanmayanlara göre özbakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Yıldırım (13) ve Savaşan'ın (166) çalışmalarında ilaçlarını düzenli kullanan bireylerin kullanmayanlara göre özbakım gücü puan ortalamaları anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Düzenli ilaç kullanmanın semptomların sıklığını ve şiddetini azalttığı, böylece özbakım gücünü artırdığı söylenilebilir. Bu sonuç ayrıca özbakım gücü yüksek olan bireylerin ilaçlarını düzenli şekilde kullandıklarını da düşündürmektedir.

Hastalık hakkında bireylere verilen eğitimde bireyin gerekli potansiyeli doğrultusunda fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak kendi kendine yeterli duruma gelmesini sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmek amaçlanır (171).

Çalışmada hastalık hakkında eğitim alan KOAH'lı bireylerin eğitim almayanlara göre özbakım gücü daha yüksek bulunmuş fakat bu farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Benzer şekilde yapılan bazı çalışmalar bu bulguyu desteklemektedir (136,151).

Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak miyokard enfarktüsü geçirmiş hastalarla yapılan çalışmalar da hastalık hakkında eğitim almanın özbakım gücünü istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yükselttiği saptanmıştır ($p<0.05$) (172,173)

KOAH'lı yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken güçlükler yaşadıkları bilinmektedir. Bu durum onları başkalarına bağımlı hale getirmektedir (134). Çalışmada günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yerine getirenlerin yarı bağımlı ya da bağımlı olan bireylere göre özbakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş; fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Çalışmamızdan farklı olarak yaşlılarda özbakım gücüyle ilgili yapılan çalışmalarda günlük gereksinimlerini bağımsız bir şekilde karşılayabilenlerin karşılayamayanlara göre özbakım güçlerinin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (148, 153, 174).

Kronik hastalıklara bağlı olarak fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar, sakatlıklar ve ağrı bireyin bağımsızlığını azaltmakta, uzun süreli bakım gereksinimi artırmakta, sosyal etkinlikleri kısıtlamakta ve sağlığın algılanmasını olumsuz etkilemektedir (1). Olumsuz sağlık algısının mortaliteyi artırdığı bilinmektedir (175,176). Çalışmamızda sağlığını iyi olarak algılayan KOAH'lı bireylerin özbakım gücü puan ortalamalarının diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Gruplar arası karşılaştırmalar incelendiğinde; sağlığını kötü olarak ifade edenler ile iyi olarak ifade edenler ve sağlığını orta ifade edenler ile iyi olarak ifade edenler arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Çalışmamızla benzer şekilde Yıldırım'ın (13), Şavaşan'ın (166) ve Wang et al. (177) çalışmalarında bireylerin sağlık algısı olumlu yönde artıkça özbakım gücünün de anlamlı bir şekilde yükseldiği gösterilmiştir.

Çalışmanın sonucunda; KOAH'lı bireylerin özbakım gücü puanı 70.15 ± 13.75 olarak bulunmuştur. KOAH'lı bireylerin özbakım gücünü cinsiyetin, eğitim durumunun, medeni durumun, mesleğin, aile tipinin, oturduğu ev tipinin, ısınma şeklinin, sigara kullanımının ve sağlığı algılama durumunun etkilediği bulunmuştur. Cinsiyeti erkek olan, eğitim durumu lise olan, evli olan, memur olan, çekirdek ailede yaşayan, betonarme evde oturan, sigara kullanmayı bırakmış ve sağlığını iyi olarak algılayan bireylerin özbakım gücü puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Çalışma kapsamındaki KOAH'lı bireylerde; yaşın, BKİ'nin, çocuk sahibi olmanın, çocuk sayısının, çalışma süresinin, sosyal güvencenin, yerleşim yerinin, sigara kullanma ve bırakma süresinin, kullanılan sigara miktarı ve pasif içiciliğin özbakım gücünü etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin belirli zaman aralıklarıyla KOAH'lı bireylerin özbakım güçlerini değerlendirmeleri,
- KOAH'lı bireylerin özbakım gücünü artıran ve azaltan faktörleri belirlemeleri,
- Hemşirelik sürecinde hastaların bakımlarını planlarken bu faktörleri göz önüne almaları,
- Hemşirelerin gerek mesleki eğitimleri sırasında gerekse hizmet içi eğitimlerinde özbakım kavramıyla ilgili eğitimlerin düzenlenmesi ve bu eğitimlerin etkinliğini değerlendirmeleri,
- KOAH'lı bireylerde özbakım gücü ve etkileyen faktörlere yönelik geniş tabanlı çalışmalar yapılması,
- Çalışma sonuçları doğrultusunda, özbakım gücünü artıracak uygulamalı çalışmaların yapılması, önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

1. Karadakovan A. Yaşlılık ve bakım. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F (edt), Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitapevi, İstanbul 2010; 113
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Başkent Üniversitesi, 'Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Rapor', Ankara, 2004
<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/hastalikyukuTR.pdf> (Erişim Tarihi: 03.04.2012).
3. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf (Erişim Tarihi: 02.04.2012).
4. Tatlıcıoğlu T. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ) ve geleceğı. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2007; 55: 303-318
5. Mannino DM, Kiri VA. Changing the burden of COPD mortality. International Journal of COPD 2006; 1: 219-233
6. World Health Organization. Burden of COPD.
<http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/index.html> (Erişim Tarihi: 02.02.2013)
7. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 'Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive lung disease', 2006. www.goldcopd.org (Erişim Tarihi: 25.04.2012).
8. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 15.06.2013).
9. Astım ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ) Tanı ve Tedavisinde Birinci Basamak Hekimler İçin Eğitim Modülü Eğitimci Rehberi. Ankara, 2011

<http://www.saglik.gov.tr/GARD/dosya/1-73905/h/astim-koah-katilimci-rehberi.pdf>
(Erişim Tarihi: 04.04.2012).

10. Vorrink S, Kort H, Troosters T, et al. Level of daily physical activity in individuals with COPD compared with healthy controls. *Respiratory Research* 2011; 12: 2-8
11. İnal İnce D, Savcı S, Çöplü L, Arıkan H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Toraks Dergisi*, 2005; 6: 31-36
12. Reishtein JL. Relationship between symptoms and functional performance in COPD. *Research in Nursing & Health* 2005; 28: 39-47.
13. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu Aşıl R, Bakar N, Demir N. Effect of anxiety and depression on self care agency and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease: A questionnaire survey. *International Journal Of Nursing Practice* 2013;19:1422
14. Birol L. Hemşirelik Süreci. Etki Matbaacılık, İzmir, 1997; 70-72
15. Özkan S, Durna Z. İnsüline bağımlı diyabetli hastalarda öz bakım gücünün belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2006; 22: 121-135
16. Altay B, Aydın Avcı İ. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda öz bakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Dergisi* 2009; 36: 275-282
17. Kara B, Akbayrak N. Tip II diabetes mellitus hastalarının öz-bakım gücü ile metabolik kontrol düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hemşirelik Forum Dergisi* 2004; 2: 15–21.
18. Ünsal Avdal E, Kızılcı S. Diyabet ve öz bakım eksikliği hemşirelik teorisinin kavram analizi. *DEUHYO ED* 2010; 3: 164-168
19. Türk Toraks Derneği, 'Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı Ve Tedavi Uzlaş Raporu', TDD A-1, Ankara, 2010: 5-63
20. Doğan A. Dünyada ve Türkiye'de Kronik Solunum Hastalıklarının Epidemiyolojisi. *FTR Bil. Der.* 2010; 13: 10-16
21. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (3. baskı.) Sistem Ofset, Ankara, 2011: 2388
22. Demirci Üçsular F, Kayık Demir A, Polat G, Güçlü SZ . KOAH'lı olguların sigara içme özellikleri 004; 18: 107-112
23. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 'Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım - KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009 - 2013) Eylem Planı', Ankara, 2009: 12-134
24. Hansell AL, Walk JA, Soriano JB. What do chronic obstructive pulmonary disease patients die from? A multiple cause coding analysis. *Eur Respir J* 2003; 22: 809–814

25. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PloS Med 2006; 3: 442
26. Samurkaşoğlu B. Epidemiyoloji ve risk faktörleri. İçinde: Bartu Saryal S. Acıcan T. (Edt.), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, 2003; 9-21
27. Menezes AMB, Parez-Padilla R, Jardim JRB, et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (The PLATINO study): a prevalence study. Lancet 2005; 366: 1875-81.
28. Buist AS, Vollmer WM, Sullivan SD, et al. The burden of obstructive lung disease initiative (BOLD): Rationale and design. COPD 2005; 2: 227-83.
29. Kocabaş A, Hancıoğlu A, Türkyılmaz S ve ark. Prevalence of COPD in Adana, Turkey (BOLD-Turkey study). American Thoracic Society International Conference. San Diego, May 2006; Publication Page:A543
30. Ilgazlı A. KOAH Kocaeli prevalans çalışması. KOAH Bülteni 2009; 4:9-11
31. Günen H, Hacıevliyagil SS, Yetkin O, ve ark. Prevalence of COPD: First epidemiological study of a large region in Turkey. Eur J Intern Med 2008; 18: 499-504
32. European Respiratory Society. European Lung White Book. Huddersfield, European Respiratory Society Journals, Ltd; 2003.
33. Moscato G, Rampulla C. Costs of occupational asthma and of occupational chronic obstructive pulmonary disease Curr Opin Allergy Clin Immunol 2003; 3: 109-14
34. Foster TS, Miller JD, Marton JP, et al. Assessment of the economic burden of COPD in the U.S.: a review and synthesis of the literature COPD 2006; 3: 211-218.
35. Bustacchini S, Chiatti Furneri G, Lattanzio F, et al. The economic burden of chronic obstructive pulmonary disease in the elderly: results from a systematic review of the literature. Current Opinion in Pulmonary Medicine 2011; 17: 35-S41
36. Kocabaş A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. İçinde: Bilgiç H, Karada M. (Edt.), Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Galenos Yayıncılık, Ankara, 2008; 1: 10-22
37. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD).
<http://www.thoracic.org/education/breathing-in-america/resources/chapte-chronic-obstructive-pulmonary-disease.pdf>(Erişim Tarihi: 20.05.2012)
38. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, Türkiye Raporu, 2010
http://www.havanikoru.org.tr/Docs_Tutun_Dumaninin_Zararlari/KYTA_Kitap_Tr.pdf
(Erişim Tarihi: 05.09.2012)

39. Verbanck S, Schuermans D, Paiva M, Meysma M, Vincken W. Small airways function improvement after smoking cessation in smokers without airway obstruction. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 174: 853–857
40. Apaydın Kaya Ç. KOAH izleniminde spirometri kullanımı, yorumlanması. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Dergisi* 2010; 1: 43-45
41. Bartu SS. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında etyopatogenez ve tanı yöntemleri. s.23-
<http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/242201115416-Bolum09.pdf> (Erişim Tarihi: 20.05.2012).
42. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Küresel Gençlik Tütün Araştırması, 2003. www.turkcancer.org/newsfiles/97TKGTA.doc (Erişim Tarihi: 19.05.2012).
43. Ekici A, Ekici M, Kurtipek E, et al. Obstructive airway diseases in women exposed to biomass smoke. *Environ Res* 2005; 99: 93-98.
44. Koç Y, Karagöz N, Söylemez Seven A. Hava kirliliğinin Sivas Göğüs Hastalıkları Hastanesi'ne yatışlar üzerine etkisi. *Kartal eğitim ve araştırma hastanesi tıp dergisi* 2002; 13: 75-78
45. López E, Ballester V.F, Iniguez C, Peral N. Air pollution and mortality in the Canary Islands:a time-series analysis. *Environmental Health* 2010; 9: 2-11
46. Yakışan A, Özbudak Ö, Çilli A, Öğüş C, Özdemir T. KOAH'lı kadın hastalardaki risk faktörleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2006; 33: 215-219
47. Guoping H, Yumin Z, Jia T, et all. Risk of COPD from exposure to biomass smoke: a metaanalysis. *Chest* 2010; 138: 20–31
48. Torres DC, Maldonado D, Pérez PR, Ezzati M, Viegi G. Biomass fuels and respiratory diseases: a review of the evidence. *Proc Am Thorac Soc.* 2008; 15: 577-90.
49. Kiraz K, Kart L, Demir R, et al. Chronic pulmonary disease in rural women exposed to biomass fumes. *Clin Invest Med* 2003; 26: 243-248
50. Govender N, Lallo UG, Naido RN. Occupational exposures and cronic obstructive pulmonary disease: a hospital based case-control study. *Thorax* 2011; 66: 597-601
51. Polatlı M, Erdiñç M, Erdiñç E, Okyay E. Perlite exposure and four-year change in lung function. *Environmental Research* 2001; 86: 283-243
52. Moltino NA. Genetics of COPD. *Chest* 2004; 125: 1929-1940
53. Vestbo J, Hansen E, F. Airway hyperresponsiveness and COPD mortality. *Thorax* 2001; 56: 11–14
54. Caracta Cynthia F. Gender differences in pulmonary disease. *Mount Sinai Journal of Medicine* 2003; 70: 215-224

55. Xu X, Weiss ST, Rijcken B, Schouten PJ. Smoking, changes in smoking habits, and rate of decline in FEV1: new insight into gender differences. *Eur Respir J* 1994; 7: 1056–1061
56. Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *British Medical Journal* 1977; 1: 1645-1648
57. Sethi S. Bacterial infection and the pathogenesis of COPD. *Chest* 2000; 117: 286-91
58. Barbara KB, Ann MF, Peter C. Diet, lung function and lungfunction decline in a cohort of 2512 middle aged men. *Thorax* 2000; 55: 102-108
59. Watson L, Margetts B, Howarth P, et al. The association between diet and chronic obstructive pulmonary disease in subjects selected from general practice. *Eur Respir j* 2002; 20: 313–318
60. Romieu I, Trenga C. Diet and obstructive lung diseases *Epidemiol Rev.* 2001; 23: 268-87
61. Chapman KR, Mannino DM, Soriano JB, et al. Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2006; 27: 188-207
62. Polatlı M. KOAH: Epidemiyoloji ve risk faktörleri. İçinde: Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A. (Edt.), *Solunum Sistemi ve Hastalıkları (1.Baskı)*. İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul 2010: 669
63. Prescott E, Lange P, Vestbo J. Socioeconomic status, lung function and admission to hospital for COPD: results from the Copenhagen City Heart Study. *Eur Respir J.* 1999; 13: 1109-14.
64. Hegewald MJ, Crapo RO. Socioeconomic status and lung function. *Chest* 2007; 132: 1608-14
65. Başyigit İ. KOAH patogenezi ve fizyopatolojisi. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni* 2010; 1: 12-23
66. Bayram H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının patogenezi, steroid direnci ve tedavide teofilinin yeri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2009; 57: 115-124
67. Eriş Gülbay B, Acıcan T. Patogenez ve inflamasyon. İçinde: Bartu Saryal S, Acıcan T. (Edt.), *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı*. Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, 2003: 21-35
68. Yıldırım N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı patogenezi. İçinde: Bilgic H, Karada M. (Eds.), *Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı*. Galenos Yayıncılık, Ankara 2008; 1: 36-52
69. Erk M. KOAH: klinik ve tanısal yaklaşım. İçinde: Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A. (Edt.), *Solunum Sistemi ve Hastalıkları(1.Baskı)*. İstanbul tıp kitapevi, İstanbul 2010: 693-700
70. Özkan S. Ağır kronik obstrüktif akciğer hastalığında palyatif ve yaşam sonu bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilimi ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı* 2010: 276

71. Çöplü L. Son Dönem Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. İçinde: Bilgiç H, Karada M. (Edt.), Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Galenos Yayıncılık, Ankara 2008; 1: 399-402
72. Theander K, Unosson M. Fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal Of Advanced Nursing* 2004; 45: 172-177
73. Walke LM, Byers AL, Tinetti ME, et al. Range and severity of symptoms over time among older adults with chronic obstructive pulmonary disease and heart failure. *Archives of Internal Medicine* 2007; 167: 2503-2508.
74. Yurtsever S. Kronik hastalıklarda yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000; 4: 16-20
75. Egemen Tüzel Ö. Zeren Uçar Z. Telliöğlü B, ve ark. KOAH'lı olgularda biyokimyasal beslenme parametreleri ile hastalığın şiddeti arasındaki ilişki. *İzmir Göğüs Hastalıkları Dergisi* 2012; 26: 157-163
76. Erginel MS. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında sistemik etkiler. İçinde: Bilgiç H, Karada M. (Edt.), Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Galenos Yayıncılık, Ankara 2008; 1: 76
77. Dahlen I, Jansob C. Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chest* 2001; 22: 1633-1637.
78. Tel H. KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 13: 38-45
79. Savaş Bozbaş Ş, Ulubay G. KOAH'ta sistemik bulgular. İçinde: Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A. (Eds.), *Solunum Sistemi ve Hastalıkları(1.Baskı)*. İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul 2010: 689
80. Hill K, Geist R, Goldstein R, Lacasse Y. Son dönem KOAH'da anksiyete ve depresyon. *European Respiratory Journal* 2008; 3: 1-11
81. Nicholas WT. Impact of sleep in COPD. *Chest* 2000; 117: 48-53.
82. Çuhadaroğlu Ç. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve uyku. İçinde: Bilgiç H, Karada M. (Eds.), *Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı*. Galenos Yayıncılık, Ankara 2008; 1: 269-27
83. Bartu Saryal S. Solunum Fonksiyon Testleri İçinde: Bartu Saryal S. Acıcan T. (Edt.) *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı*. Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, 2003: 49
84. Çelik G. Fizik muayene. İçinde: Bilgiç H, Karada M.(Edt.) *Göğüs Hastalıklarında Ayırıcı Tanı*.Tuna Matbaacılık, Ankara, 2009: 22-38
85. Kıvılcım Oİ. KOAH ve korpulmonale. İçinde: Kutsal Y.G. (Edt), *Temel Geriatri*. Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 2007: 539-542

86. Çöplü L. Yaşlılarda kronik obstrüktif akciğer hastalığı. İçinde Geriatri ve Gerontoloji. Arıoğlu S (Edit.), Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, 2006: 607-614
87. Günen H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında klinik bulgular ve tanısal yaklaşım İçinde: Bilgiç H, Karada M. (Eds.), Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Galenos Yayıncılık, Ankara, 2008; 1: 84-94
88. Tel H, Akdemir N. KOAH'lı hastalara uygulanan planlı hasta öğretiminin ve hasta izleminin hastaların hastalıkla başetme durumlarına etkisi. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2: 44-52
89. Bourbeau J, Nault D, Dang Tan T. Self management and behaviour modification in COPD. Patient Education and Counseling 2004; 52: 271-277.
90. Anthonisen NR, Connet JE, Kiley JP, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The lung health study. JAMA 1994; 272: 1497-1505.
91. Argüder E, Karalezli A, Hezer H. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. Türk Toraks Derg 2013; 14: 81-7
92. Demir T. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında sigaranın bırakılması. İçinde: Bilgiç H, Karada M. (Edt.), Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Galenos Yayıncılık, Ankara, 2008; 1: 36-52
93. Dıciğil G. KOAH tanı izlem ve tedavisi. Türkiye klinikleri 2010; 1: 38-41
94. Çelik G, Kaya A, Ciledağ A. KOAH'ta bronkodilatör tedavi ve destek tedavileri. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni 2010; 1: 124-134
95. Erdiñç E, Gürgün A. Stabil Kronik obstrüktif akciğer hastalığında tedavi. İçinde: Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A. (Edt.), Solunum Sistemi ve Hastalıkları(1.Baskı). İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul, 2010: 701-717
96. Kıyan E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Teofilin. İçinde: Bilgiç H, Karada M.(Edt.) Göğüs Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Galenos Yayıncılık, Ankara, 2008: 160-168
97. Rennard SS, Calverley PMA. Bronchodilators in chronic obstructive pulmonar disease. Eur Respir Mon 2006; 38: 266-80.
98. Çakır Ediş E. KOAH'ta İmmünizasyon. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2013; 1: 115-123
99. Umut S, Yıldırım N, Yaman M, ve ark. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı. İçinde: Erk M.(Edt.), Göğüs Hastalıkları İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul, 2001: 663-689
100. Turhan K, Çağırıcı U. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında cerrahi tedavi. İçinde: Bilgiç H, Karada M. (Edt.), Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Galenos Yayıncılık, Ankara, 2008; 1: 308-318

101. Kalyoncu F. Hava yolu hastalıkları. İçinde: Şahin A, Çöplü L, Emri S, Kalyoncu F, Barış İ. Solunum Hastalıkları Temel Yaklaşım (3. Baskı), Atlas Kitapçılık, Ankara, 1998: 11
102. Denyes MJ, Orem DE, Bekel G. Self-care: a foundational science. *Nursing Science Quarterly* 2001; 14: 48-54
103. Orem DE. *Nursing: Concepts of Practice*, (5th ed)., St.Louise, MO: Mosby, 1995, 153-245
104. Velioglu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset, İstanbul,1999: 323-346
105. Akça Ay F. Kuram nedir? Hemşirelik ile ilgili kuramlar ve hemşire. İçinde: Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar (2. Baskı), İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2008: 15
106. Horan P. Exploring Orem's self-care deficit nursing theory in learning disability nursing: Philosophical parity paper: part. *Learning Disability Practice* 2004; 7: 28
107. Timmins F, Horan P. A critical analysis of the potential contribution of Orem's (2001) self-care deficit nursing theory to contemporary coronary care nursing practice. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2007; 6: 32-39
108. Taylor SG, Renpenning K. The proper object of nursing and a theory of nursing practice in: *Self-Care Science, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice* New York, Springer Publishing Company, 2011: 1-27
109. Kim HS. *Nature of Theoretical Thinking in Nursing* (3rd ed) Springer Publishing Company, 2010:117
110. Secrest J. The role of tool development in an orem based curriculum. *Self care, Dependent -Care and Nursing* 2008; 16:25-33
111. Karadeniz G. Solunum sistemi hastalıkları tanı, tedavi ve hemşirelik bakımı. İçinde: İç Hastalıkları Hemşireliğinde Teoriden Uygulamaya Yeni Yaklaşımlar. Göktuğ yayıncılık, Manisa, 2008: 172-203
112. Sousa VD. Conceptual analysis of self-care agency. *Online Brazilian Journal Of Nursing* 2002; 1
113. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science* 2012; 35: 194–204
114. Hartweg D. Health promotion self-care within Orem's general theory of nursing. *J Adv Nurs* 1990; 11: 409-419
115. Orem DE, Taylor SG. Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. *Nursing Science Quarterly* 2001; 24: 35–41
116. Samancıoğlu S, Özel F, Esen A. Orem'in özbakım teorisine göre sistemik lupus eritematозuslu hastanın bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2010; 5: 86-100

117. Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing. Fa Daviscomp, USA, 2005: 223-314
118. Bennett S, Cordes D, Westmoreland G. Self care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. Nursing Research 2000; 49: 139-144
119. Okubadejo AA, Jones PW, Wedzicha JA. Quality of life in patients with COPD and severe hypoxaemia. Thorax 1996; 51: 44-7.
120. Demir G, Akkoca Ö, Doğan R, Saryal S, Karabıyıkoglu G. KOAH'da dispne ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2003; 51: 365-372
121. Leidy NK. Psychometric properties of the functional performance inventory in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Nursing Research 1999; 48: 20-28
122. Annegarn J, Meijer K, Passos VL, et al. Problematic activities of daily life are weakly associated with clinical characteristics in COPD. J Am Med Dir Assoc 2012; 13: 284-290
123. Vaes AW, Wouters EF, Franssen FM, et al. Task-related oxygen uptake during domestic activities of daily life in patients with COPD and healthy elderly subjects. Chest 2011; 140: 970-979
124. Lahaije AJ, Van Helvoort HA, Dekhuijzen, PN, et al. Physiologic Limitations During Daily Life Activities in COPD Patients, Respiratory Medicine 2010; 104: 1152-1159
125. Fadıloğlu Ç. Kronik Hastalıklarda Bakım, Meta Basım Matbaacılık, İzmir, 2003; 19
126. Ovayolu N, Ovayolu Ö, Ateş Ç. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3: 6
127. T.C. Niğde Valiliği İl Çevre ve Orman Müdürlüğü, 'Niğde 2008 Yılı İl Çevre Durum Raporu', Niğde, 2009: 13-236
128. Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Veri Tabanı 2011 <http://www.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 02.04.2012).
129. Ulusal Hava Kalitesi İzleme Ağı www.havaizleme.gov.tr/ (Erişim Tarihi: 06.06.2012).
130. Büyükkaya D, Fesci H, Akdemir N, Karacığer sirozu olan hastaların öz-bakım güçlerinin belirlenmesi, 2006; 9: 13-24
131. Kearney BY, Fleischer BJ. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. Res Nurs Health 1979; 22: 25-34
132. Nahcivan N. A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. Western Journal of Nursing Research 2004; 26: 813-824
133. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 'Türkiye obezite (şışmanlık) önlem ve kontrol programı (2010-2014)' Ankara, 2010: 17
134. Kaya E, Özbek S, Tekin A ve ark. KOAH'lı yaşlı hastalarda günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2010; 13: 111-116

135. Göçmen H, Ediger D, Uzaslan E, Ege E. Stabil KOAH'lı hastalarda Saint George solunum anketi (SQRS) skorlarının hastalığın ağırlığı ve amfizem varlığı ile ilişkisi İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2009; 29: 7-15
136. İlhan F. Hemodiyaliz Hastalarının Özbakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2011: 56
137. Bakoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu hastaların özbakım gücünün değerlendirilmesi. CÜHYO Dergisi 2000; 4: 41-49
138. Bakoğlu E, Şekerci K, Yaman S, Çevik M. Periton diyalizli hastalarda öz-bakım gücü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4: 65-78
139. Ünsal E, Kızılcı S. Diyabetli bireylerin bilgi düzeyi özbakım gücü ve A1c düzeyi arasındaki ilişki. DEUHYO ED 2009; 2: 16-26
140. Büyükkaya D, Fesci H, Akdemir N. Karaciğer sirozu olan hastaların öz-bakım güçlerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9: 13-24
141. Mollaoğlu M, Kars Fertelli T, Özkan Tuncay F. Multiple sklerozlu hastalarda öz bakım gücünün değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9: 1-7
142. Ailinger RL, Dear MR. Self-care agency in persons with rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res. 1993; 6: 134-40
143. Lukkarinen H, Hentinen M. Self-care agency and factors related to this agency Among patients with coronary heart disease. Int. J. Nurs. Stud. 1997; 34: 295-304
144. Nahcıvan N. Sağlıklı Gençlerde "Özbakım Gücü" ve Aile Ortamının Etkisi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1993: 62
145. Karaca Saydam B, Demirel Bozkurt Ö, Pelik Hadımlı A, Öztürk Can H, Soğukpınar N. Riskli gebelerde özbakım gücü'nün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin incelenmesi. Perinatoloji Dergisi 2007; 15: 131-139
146. Ergin A, Hatipoğlu C, Bozkurt Aİ, Bostancı M, ve ark. Tıp fakültesi öğrencilerinin yaşam doyumu ve özbakım gücü düzeyleri ve etkileyen faktörler. Pam Tıp Derg 2011; 4: 144-151
147. Horsburgh ME. Self-care well adult Canadians and adult Canadians with end stage renal disease. International Nursing Studies 1999; 36: 443-453.
148. Aydın T. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Geleceğe Yönelik Beklentilerinin Öz Bakım Gücü ve Yaşam Doyumuna Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun 2010: 40-49
149. Ünsar S, Dindar İ, Zafer R, Kumaşoğlu Ç. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların öz-bakım gücü ve etkileyen etmenler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1: 70-80

150. Tel H, Hizmetli S, Tel H, Yıldırım M. Osteoartritli yaşlılarda özbakım gücü ve yaşam kalitesi. *Turkish Journal Of Geriatrics* 2011; 14: 63-67
151. Türkcan Düzöz G, Çatalkaya D, Demir Uysal D. Tip 2 Diabetes Mellituslu hastaların özbakım gücünün değerlendirilmesi. *Yeni Tıp Dergisi* 2009; 26: 210-213
152. Bağ E. Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Özbakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 2007: 88-94
153. Uğurlu N, Bolat M, Erdem S. Yaşlılarda özbakım gücünü etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing* 2010; 1: 56-62
154. Altıparmak S, Fadıoğlu Ç, Gürsoy ŞT, Altıparmak O. Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda özbakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi* 2011; 50: 95-102
155. Erdem N, Ergüney S. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 8: 1-9
156. Li W, Liu L, Puente JG, et al. Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *J Hypertens* 2005; 23: 1667-1676.
157. Durmaz Akyol A, Karadakovan A. Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve özbakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2002; 41: 97 - 102
158. Tekir Ö, Sevinç S, Karadağ E, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde beden kitle indeksinin günlük yaşam aktivitelerine ve özbakım gücüne etkisi. *Geriatr Neuropsychiatr* 2012; 3:1-7
159. Callaghan D. Healthy behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults. *Journal Of Community Health Nursing* 2005; 22: 169–178
160. Taşçı S. Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara 1998: 56-57
161. Yılmaz E. Tip 2 Diyabet Hastalarının Umutsuzluk Düzeyleri İle Özbakım Gücü İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2010: 39-46
162. Yaman Y. Kalp Kapağı Replasmanı Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, Ankara 2008: 49-55
163. Özer M. Huzurevinde ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Özbakım Gücü Ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, İzmir 2001: 134

164. Xiaolian J, Chaiwan S, Panuthai S, et al. Family support and self-care behavior of Chinese chronic obstructive pulmonary disease patients. *Nursing and Health Sciences* 2002; 4: 41–49
165. İnal İnce D, Savcı S, Sağlam M. ve ark. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında sigara öyküsü ve fonksiyonel kapasite arasındaki ilişki. *Fizyoterapi Rehabilitasyon* 2011; 22: 39-43
166. Şavaşan A. Hipertansiyonu Olan Hastalarda Öfke ve Özbakım Gücü İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İzmir 2006:59-64
167. Akduman A, Bolşık B, Sönmez S. Sağlıklı ergenlerin özbakım güçlerinin incelenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2004; 7: 17-21
168. Patil SP, Krishnan JA, Lechtzin N, Diette GB. In-hospital mortality following acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1180-6.
169. Barnes PJ, Celli BR. Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *Eur Respir J* 2009; 33: 1165-85.
170. Yıldırım D. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapabilme Durumları, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 2011:49
171. Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12: 67-72
172. Aish AE, Isenberg M. Effects of Orem-based nursing intervention on nutritional self-care of myocardial infarction patients. *Int J Nurs Stud.* 1996; 33: 259-70
173. Kars T. Miyokart İnfarktüsü Sonrası Bireylere Verilen Planlı Eğitimin Özbakım Gücüne Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Sivas 2004: 70-72
174. Karagözoglu S, Arıkan A, Eraydın S. The fatigue and self-care agency levels of the elderly people staying in rest homes and the relation between these two conditions. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2012; 54: 322–328
175. Baykan Z, Naçar M, Çetinkaya F. Kayseri Büyükşehir Belediyesi huzurevindeki yaşlıların yaşam kalitesi. *Akad Geriatri* 2011; 3: 35-40
176. Doğanay S, Uçku ŞR. Yaşlılarda kötü sağlık algısı koroner kalp hastalığı ve ölümleri belirler mi? *Turkish Journal of Geriatrics* 2012; 15: 396-402
177. Wang HH, Laffre SC. A predictive model of well- being and self-care for rural elderly women in Taiwan. *Research in Nursing & Health* 2001; 24: 122-132

EK 1 KATILIMCI GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışmanın Adı: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Özbakım Gücü ve Etkileyen Faktörler

Değerli Katılımcı; Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllük esasına dayalıdır. Kararınızda önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni Kronik Obstrüktif Akciğer Hastası olmanız ve Niğde Devlet Hastanesi göğüs hastalıkları polikliğine başvuruyor olmanızdan dolayıdır. Bu hastalıkta yaşam kalitenizi artırmak sağlık etkinliklerinizi yerine getirme yeteneğinize bağlıdır. Bu yetenek özbakım gücünüzü ifade eder. Özbakım gücünüzün ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi hastalığı yönetiminizi olumlu etkileyecek ve sağlık bakımı sunanlara yol gösterecektir.

Eğer araştırmayı kabul ederseniz Arş. Gör. Züleyha Kılıç tarafından sizlere öncelikle bazı sosyo-demografik ve klinik durumunuzla ilgili özelliklerinizi belirlemek amacıyla hazırlanan 30 soruluk anket formunu sonrasında da öz bakım gücünüzü belirlemeye yönelik 35 maddeden oluşan Özbakım Gücü Ölçeğini doldurmanız istenilecektir.

Bu araştırmaya katıldığınız için size hiçbir ödeme yapılmayacak, bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kurumunuzdan herhangi bir ücret alınmayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız size ek bir yükümlülük ya da zarar getirmeyecektir. Sizlerden alınan veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz kesinlikle açıklanmayacaktır. İsteğiniz dışında hiçbir kimse ile paylaşılmayacaktır.

Araştırmayı reddetmek ve araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Araştırmadan kendi isteğinizle ayrıldığınızda ya da araştırmacı tarafından araştırma kapsamı dışında tutulduğunuzda herhangi bir cezai işlem uygulanmayacak ve sizlerin zararınıza bir durum oluşmayacaktır.

SORUMLU ARAŞTIRMACILAR:

Arş. Gör. Züleyha Kılıç: Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu

Yrd. Doç. Dr. Songül GÖRİŞ (Danışman): Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN BİREYİN BEYANI

Araştırmanın amacını anladım. Bu araştırmanın kapsamında görüşmelere izin veriyorum.

Adı-soyadı: Tarih-imza

EK 2 BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

1. Aşağıda imzası olan ben “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Özbakım Gücü ve Etkileyen Faktörler” başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.
2. Bu çalışmayı yürüten Arş. Gör. Züleyha Kılıç çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği konusunda ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.
3. Araştırmacı Arş. Gör. Züleyha Kılıç’ın çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.
4. Araştırmacılar Arş. Gör. Züleyha Kılıç’a araştırma ile ilgili isteklerimi anlattım ve onu bu bilgilerin ayrıntılarını açıklamaya, araştırmacı ve denek arasındaki sırları koruması şartıyla yetkili kılıyorum.
5. Çalışma boyunca tüm kurallara uyacağıma, araştırmacı Arş. Gör. Züleyha Kılıç ile tam bir uyum içinde çalışmayı kabul ediyorum.
6. Bu çalışma sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamayacağımı ve özellikle dünya çapında araştırmacılara verebileceğini kabul ediyorum.
7. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

OKUDUM VE ONAYLADIM.

Araştırma kapsamına alınacak bireyin Adı ve Soyadı:

Tarih, İmza:

Adresi:.....

.....

Tel:

Araştırmacının Adı ve Soyadı:

Tarih, İmza

Tel:

Tanığın Adı ve Soyadı:

Tarih, İmza

**EK 3 KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN ÖZBAKIM
GÜCÜ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER ANKET FORMU**

1. Yaşınız nedir?.....
2. Cinsiyetiniz nedir?
 1. Kadın
 2. Erkek
3. Boyunuz nedir?..... Kilonuz nedir?..... BKİ.....
4. En son hangi okuldan mezun oldunuz?
 1. Okur-yazar değil
 2. Okur-yazar
 3. İlkokul
 4. Ortaokul-Lise
 5. Yüksekokul
5. Medeni durumunuz nedir?
 1. Evli
 2. Bekar
6. Çocuğunuz var mı?
 1. Var (Sayısı:.....)
 2. Yok
7. Yerleşim yeriniz nerededir?
 1. Köy
 2. Kasaba
 3. Kent
8. Ne kadar süredir Niğde'de yaşıyorsunuz?.....
9. Sosyal güvenceniz var mı?
 1. Var (.....)
 2. Yok
10. Gelir düzeyiniz nedir?
 1. Çok kötü
 2. Kötü
 3. Orta
 4. İyi
 5. Çok iyi
11. Ne iş yapıyorsunuz?Kaç yıldır bu işte çalışıyorsunuz?.....
12. Yaşadığı ev tipi nedir?
 1. Kerpiç
 2. Betonarme
 3. Diğer.....
13. Isınma şekliniz nedir?
 1. Doğalgaz
 2. Soba (yakıt.....)
 3. Diğer.....
14. Birlikte yaşadığınız bireyler kimlerdir?
 1. Çekirdek aile
 2. Geniş aile
 3. Parçalanmış aile
 4. Yalnız
 5. Diğer.....
15. Sigara kullanıyor musunuz?
 1. Hayır, hiç kullanmadım.
 2. Daha önce kullandım şimdi kullanmıyorum. (Süre.....miktar.....paket/adet)
 3. Evet, halen kullanıyorum. (Süre.....miktar.....paket/adet)
16. Ne kadar süredir sigarayı bıraktınız?.....
17. Sigara dumanına maruz kalıyor musunuz?
 1. Evet
 2. Hayır
18. KOAH tanısı konulalı kaç yıl oldu?.....
19. KOAH evresi (Araştırmacı tarafından doldurulacaktır).....
20. Yılda kaç kez atak geçiriyorsunuz?.....
21. KOAH atağı geçirdiğiniz dönemlerde size kim yardımcı oluyor?.....
22. Başka bir kronik hastalığınız var mı?
 1. Evet
 2. Hayır
23. Kullandığımız ilaçlar nelerdir?.....
24. İlaçlarınızı doktor önerisine uygun alıyor musunuz?
 1. Evet
 2. Hayır
25. Oksijen tedavisi alıyor musunuz?
 1. Evet (Günde kaç saat.....)
 2. Hayır
26. Hastalığınız hakkında eğitim aldınız mı?
 1. Evet (Kimden.....)
 2. Hayır
27. Bağımlılık durumunuz nedir?
 1. Bağımlı
 2. Yarı bağımlı
 3. Bağımsız
28. Bakımınızdan sorumlu kişi / kişiler var mıdır?
 1. Var (Kim/kimler
 2. Yok
29. Hastalığınız nedeniyle evde yapamadığınız işlerde size yardım eden biri/ birileri var mı?
 1. Evet (Kimler.....)
 2. Hayır
30. Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?
 1. Çok kötü
 2. Kötü
 3. Orta
 4. İyi
 5. Çok iyi

EK 4 ÖZBAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Lütfen her ifadeyi dikkate okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duyularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölümü (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

0. Beni hiç tanımlamıyor 1. Beni pek tanımlamıyor 2. Fikrim yok 3. Beni biraz tanımlıyor 4. Beni çok tanımlıyor

ÖZBAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ	0	1	2	3	4
1. Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim					
2. Kendimi beğeniyorum.					
3. Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.					
4. Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman ne yapmam gerektiğini biliyorum					
5. Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum					
6. Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.					
7. Kendime bakmadığım zaman yardım ararım.					
8. Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım					
9. Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.					
10. Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.					
11. Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm					
12. Dengeli beslenirim.					
13. Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.					
14. Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırırım.					
15. Sağlığımın çok daha iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.					
16. Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.					
17. Kararlarımı sonuna kadar uygularım.					
18. Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.					
19. Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.					
20. Kendimle dostum.					
21. Kendime iyi bakarım.					
22. Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfî bir durumdur.					
23. Düzenli olarak istirahat ederim.					
24. Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					
25. Yaşam bir zevktir.					
26. Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.					
27. Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlerim.					
28. Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.					
29. Sağlıklı kalmam için ne tür yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.					
30. Vücudumun çalışmasıyla ilgili her şeye ilgi duyuyorum.					
31. Bazen hastalandığımda, Rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.					
32. Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.					
33. Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.					
34. Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.					
35. Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.					

Ek 5 ETİK KURUL KARARI

ETİK KURUL İZİN BELGESİ

T.C. NİĞDE ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU KARARI

Toplantı Tarihi :01/08/2012
Toplantı Sayısı :09

KARAR-1- Üniversitemiz Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Öğretim Elemanı Arş.Gör. Züleyha KILIÇ tarafından hazırlanan “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Öz Bakım Gücü ve Etikleyen Faktörler” isimli proje başvurusunun Yrd.Doç.Dr. Nalan GÖRDELES BEŞER’in ekli raporu doğrultusunda etik açıdan uygunluğuna,

Oy birliği ile karar verildi.

Ek 6 KURUM İZİNİ

T.C.
NİĞDE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B104ISM4510001/
Konu: Anket Çalışması


NİĞDE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Yazın Şube : SAĞ. HİZ. ŞUBE MÜD.-KANIU
E-TAKLİ
Kayıt Tarihi : 06.09.2012 - 12:57:05
No: 11766

Sn: Züleyha KILIÇ
Niğde Üniversitesi
Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu
NİĞDE

İlgi: 03.09.2012 tarih ve 17364 sayılı dilekçeniz.

İlgi tarih ve sayılı dilekçeniz ile "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Öz Bakım Gücü ve Etkileyen Faktörler" konulu Tez çalışması ile ilgili olarak" alınan Valilik Makamına ait 04.09.2012 tarih ve 11700 sayılı Olur yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Ömer ÖNAL
Sağlık Müdürü a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK: 1

6/9/2012
uygundur
Baharime Cennetkemi -
poğın hastalığı deni. Herşeylere
koken veriyor


T.C.
NİĞDE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı :B104ISM451001/
Konu: Anket Çalışması

NİĞDE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Yazın Şube - YÖNETİM HİZ. ŞUBE MÜD. İDARI
İŞLER
Kayıt Tarihi : 04.09.2012 - 16:57:53
No: 11700

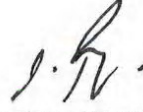
VALİLİK MAKAMINA NİĞDE

İlgi:03.09.2012 tarih ve 17364 sayılı dilekçe.

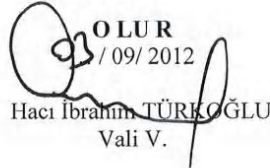
İlgi dilekçede Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu'nda araştırma görevlisi olarak görev yapan Züleyha KILIÇ tarafından, Niğde Devlet Hastanesinde 01.10.2012-28.02.2013 tarihleri arasında "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Öz Bakım Gücü ve Etkileyen Faktörler" konulu Tez çalışması ile ilgili olarak; bir anket çalışması yapmak istediği bildirilmektedir.

Söz konusu anket çalışmasının bir nüshasının çalışma bitiminde Sağlık Müdürlüğümüze verilmesi; çalışma verilerinin Valiliğimiz izni olmadan 3.şahıslara verilmemesi koşuluyla anket çalışmasının yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesini;

Olurlarınıza arz ederim.



Uzm.Dr. Alirıza ERDOĞAN
Sağlık Müdürü


OLUR
/ 09/ 2012
Hacı İbrahim TÜRKÖĞLU
Vali V.

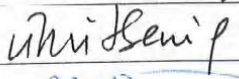
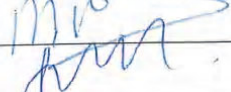
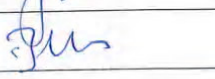

EK:
1 Adet Dilekçe ve ekleri

T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI AKADEMİK KURUL KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
19.06. 2012	2012/ 22	24

Anabilim Dalı Akademik Kurulu 19.06.2012 Salı günü saat 10.00 da Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Ümit SEVİĞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Züleyha KILIÇ'ın "**Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan Bireylerin Öz Bakım Gücü ve Etkileyen Faktörler**" isimli tez çalışmasını Yrd.Doç.Dr.Gönül SUNGUR Danışmanlığında yapmasına oy birliği ile karar verildi.

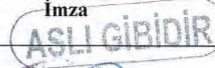

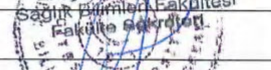
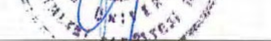
Öğretim Üyesi	Görevi	İmza
Prof.Dr. E.Ümit SEVİĞ	Anabilim Dalı Başkanı	
Doç.Dr. Mürüvvet BAŞER	Üye	
Doç.Dr. Sultan TAŞCI	Üye	
Doç.Dr. Meral BAYAT	Üye	

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
AKADEMİK KURUL KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
27.09.2012	2012 /36	40

Anabilim Dalımız Akademik Kurulu 27.09.2012 Perşembe günü saat 09.00'da Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ümit SEVİĞ Başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

Anabilim Dalımız Yüksek Lisans öğrencisi Züleyha KILIÇ'ın danışmanı olan Yrd.Doç.Dr.Gönül SUNGUR'un ücretsiz izine ayrılması nedeniyle yerine İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Öğretim Üyesi olan Yrd.Doç.Dr.Songül GÖRİŞ'in atanmasına oy birliği ile karar verildi.

Öğretim Üyesi	Görevi	İmza
Prof.Dr. E.Ümit SEVİĞ	Anabilim Dalı Başkanı	
Doç.Dr. Mürtüvvet BAŞER	Üye	
Doç.Dr. Sultan TAŞCI	Üye	
Doç.Dr. Meral BAYAT	Üye	

ASLI GİBİDİR
Burhan ÇOLAK
Erciyes Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fakülte Sekreteri

ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Züleyha KILIÇ

Uyruğu: Türkiye (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 13 Eylül 1988, Niğde

Medeni Durumu: Bekâr

Tel: +90 312 210 22 92

e-mail: zuleyha-kilic@hotmail.com

Yazışma Adresi: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Talas/KAYSERİ

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Lisans	Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksek Okulu	2011
Lise	Niğde Atatürk Lisesi	2007

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
16.05.2013-Halen	Erciyes Üniversitesi	Araştırma Görevlisi
23.12.2011-15.05.2013	Niğde Üniversitesi	Araştırma Görevlisi
15.09.2011-15.12.2011	Niğde Devlet Hastanesi	Hemşire

YABANCI DİL

İngilizce