



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİLE BAŞVURAN KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER
HASTALARININ AKTİVİTEYE BAĞLI DİSPNE DURUMLARI
VE ÖZ-ETKİLİLİKLERİ**

ELİF TUĞBA UYGUN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI


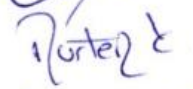

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi NURAY ŞAHİN ORAK

2019-İSTANBUL

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Elif Tuğba UYGUN
Tez Başlığı : Acile Başvuran Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Aktiviteye Bağlı Dispne Durumları ve Öz-Etkililikleri
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Sınav Tarihi : 08.07.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.


Danışman	Kurumu	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK	Marmara Üniversitesi	
Sınav Jüri Üyeleri		
Prof. Dr. Nurten KAYA	İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa	
Dr. Öğr. Üyesi Hatice KARABUĞA YAKAR	Marmara Üniversitesi	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 1.7.2019/2019... tarih ve 99 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

I. BEYAN

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


Elif Tuğba UYGUN

II. TEŞEKKÜR

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü yüksek lisans tezi olarak hazırladığım bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde her türlü desteğini, bilgisini ve ilgisini esirgemeyen daima yanımda olduğunu hissettiğim değerli hocam ve danışmanım Dr Öğr. Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK hocama, desteklerinden dolayı Hemşirelik Bölümü Başkanı Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Őule ECEVİT ALPAR hocama, çalışma boyunca yardımlarını esirgemeyen acil serviste birlikte çalıştığım ekip arkadaşlarıma, yaşamımın stresli bu döneminde yanımda olan sabrı, fedakârlığı, güvenini ve desteğini hiç esirgemeyen bu hayattaki en büyük şansım, destekcim eşim Gökhan UYGUN'a ve aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Elif Tuğba UYGUN

İstanbul, 2019

III. İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
I. BEYAN.....	i
II. TEŞEKKÜR	ii
III. İÇİNDEKİLER	iii
IV. KISALTMALAR	vi
V. TABLOLAR LİSTESİ.....	vii
VI. ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	7
4.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH).....	7
4.1.1. KOAH tanımı.....	7
4.1.2. KOAH epidemiyolojisi	9
4.1.2.1. KOAH prevalansı.....	9
4.1.2.2. KOAH mortalitesi	11
4.1.2.3. KOAH morbiditesi.....	14
4.1.3. KOAH risk faktörleri	16
4.1.3.1. Genetik faktörler	17
4.1.3.2. Sigara kullanımı	17
4.1.3.3. Çevresel ve mesleki maruziyet	18
4.1.3.4. İç ve dış ortam hava kirliliği	18
4.1.3.5. Akciğer gelişimini etkileyen faktörler	19
4.1.3.6. Yaş ve cinsiyet	19
4.1.3.7. Geçirilen enfeksiyonlar	20
4.1.3.8. Sosyoekonomik durum	21
4.1.3.9. Beslenme.....	21
4.1.3.10. Hava yolu aşırı duyarlılığı (Hiperaktivite).....	21
4.1.3.11. Pasif sigara maruziyeti	21
4.1.4. KOAH fizyopatolojisi.....	22
4.1.4.1. Hava akımının kısıtlanması ve hava hapsi.....	23
4.1.4.2. Gaz değişimi anormallikleri.....	23
4.1.4.3. Mukus hipersekresyonu	23
4.1.4.4. Pulmoner hipertansiyon ve kor-pulmonale	24
4.1.4.5. Alevlenmeler	24
4.1.4.6. Sistemik etkiler	25
4.1.5. KOAH semptomları	25
4.1.5.1. Dispne (Nefes darlığı).....	25
4.1.5.2. Öksürük	26
4.1.5.3. Balgam çıkarma	26
4.1.5.4. Wheezing (Hışıltılı solunum) ve göğüste sıkışma	27

4.1.5.5. Sistemik semptomlar.....	27
4.1.5.6. Psikolojik bozukluklar	27
4.1.6. KOAH'ta tanı.....	28
4.1.6.1. Anamnez	28
4.1.6.2. Fizik muayene	29
4.1.6.3. Solunum fonksiyon testi	30
4.1.6.4. Radyolojik inceleme	31
4.1.6.5. Akciğer volümleri ve difüzyon kapasitesi	32
4.1.6.6. Arter kan gazı (AKG) ve oksimetre ölçümleri	32
4.1.7. KOAH'ta evreleme	33
4.1.7.1. Semptomların değerlendirilmesi.....	35
4.1.8. KOAH tedavisi	37
4.1.8.1. Hasta eğitimi	38
4.1.8.2. Risk faktörlerinin azaltılması.....	39
4.1.8.3. Stabil KOAH tedavisi	40
4.1.8.4. KOAH alevlenmeleri (Atak).....	40
4.2. Roper, Logan ve Tierney'in Hemşirelik Modeli	42
4.2.1. Yaşam Aktiviteleri	43
4.2.1.1. Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi	44
4.2.1.2. İletişim.....	44
4.2.1.3. Solunum.....	45
4.2.1.4. Beslenme.....	46
4.2.1.5. Boşaltım	46
4.2.1.6. Kişisel temizlik ve giyim	47
4.2.1.7. Beden Sıcaklığının Kontrolü.....	47
4.2.1.8. Hareket	48
4.2.1.9. Çalışma ve eğlence.....	48
4.2.1.10. Cinselliğin ifadesi.....	49
4.2.1.11. Uyku	50
4.2.1.12. Ölüm.....	50
4.2.2. Yaşam süresi	50
4.2.3. Bağımlılık/Bağımsızlık durumu	51
4.2.4. Yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler	51
4.2.4.1. Fizyolojik/Biyolojik faktörler	51
4.2.4.2. Psikolojik faktörler.....	52
4.2.4.3. Sosyokültürel faktörler.....	52
4.2.4.4. Çevresel faktörler	52
4.2.4.5. Politiko-Ekonomik faktörler	53
4.2.5. Bireye özgü hemşirelik	53
4.2.6. KOAH'ta günlük yaşam aktiviteleri	56
4.3. Öz-Etkililik (Self-Efficacy).....	58

4.3.1. KOAH öz-etkililik	60
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	62
5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı.....	62
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	62
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	62
5.3.1. Araştırmaya alınma ölçütleri	63
5.3.2. Araştırmadan çıkartılma ölçütleri	63
5.4. Araştırma Soruları	64
5.5. Araştırmanın Değişkenleri	64
5.6. Veri Toplama Araçları	64
5.6.1. Tanımlayıcı bilgi formu (Ek-1).....	65
5.6.2. London Chest Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (LCGYA)	65
(London Chest Activity of Daily Living Scale, LCADL) (Ek-2).....	65
5.6.3. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (The COPD Self Efficacy Scale) (Ek-3) ..	66
5.7. Veri Toplam Yöntemi ve Süreci	68
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	69
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	70
5.10. Araştırmanın Etik Yönü	71
6. BULGULAR.....	72
6.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	73
6.3. KOAH Öz-Etkililik Ölçeğine İlişkin Bulgular.....	90
7. TARTIŞMA VE SONUÇ	102
7.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	103
7.2. LCGYA Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması	111
7.3. KOAH Öz-Etkililik Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması	118
7.4. LCGYA Ölçeği ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının İlişkisinin Tartışılması.....	124
8. KAYNAKLAR	128
9. EKLER.....	157
Ek-1. Tanımlayıcı Bilgi Formu	157
Ek-2. London Chest Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	160
Ek-3. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği.....	161
Ek-4. Bilgilendirme Formu	162
Ek-5. Onam Formu.....	163
Ek-6. Etik Kurul Onayı	164
Ek-7. Kurum İzni.....	165
Ek-8. London Chest Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği İzni	166
Ek-9. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği İzni.....	167
10. ÖZGEÇMİŞ.....	168

IV. KISALTMALAR

AKG	: Arter Kan Gazı
AIDS	: Acquired Immuno Deficiency Syndrome
ATS	: American Thoracic Society
ATT	: Alfa-1 Antitripsin
BOLD	: Burden Obstructive Lung Disease
BPAP	: Bilevel Positive Airway Pressure
CAT	: COPD Assessment Test
COPD	: Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPAP	: Continuous Positive Airway Pressure
DALY	: Disability Adjusted Life Year
DLCO	: Difüzyon Kapasitesi Ölçümü
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ERS	: European Respiratory Society
FEV1	: Birinci Saniyedeki Zorlu Ekspirasyon Hacmi
FVC	: Derin İnspirasyondan Sonra Zorlu, Hızlı ve Derin Ekspirasyonla Atılan Hava Volümü
GARD	: Global Alliance Against Respiratory Diseases
GBD	: Global Burden of Disease
GOLD	: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LCADL	: London Chest Activity of Daily Living
LCGYA	: London Chest Günlük Yaşam Aktiviteleri
mMRC	: Modified Medical Research Council
NHLBI	: The U.S. National Heart, Lung and Blood Institute
NCSS	: Number Cruncher Statistical System
PHT	: Pulmoner Hipertansiyon
PLCO	: The Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian
SFT	: Solunum Fonksiyon Testi
SpO2	: Oksijen Satürasyonu, Kanın Oksijene Doygunluğu
TTD	: Türkiye Toraks Derneği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
USOT	: Uzun Süreli Oksijen Tedavisi
WHO	: World Health Organization
YLD	: Years of Healty Life Lost Due to Disability

V. TABLOLAR LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 4.1. Dünya’da En Sık Görülen Mortalite Nedenleri	12
Tablo 4.2. Türkiye’deki En Sık Görülen Mortalite Nedenleri	14
Tablo 4.3. Türkiye’de Önde Gelen Hastalıkların ‘DALY’ Açısından 2000-2013 Yılları Arasında Değişimi	15
Tablo 4.4. Dünya’da Önde Gelen Hastalıkların ‘DALY’ Açısından 2002-2030 Yılları Arasında Değişim	16
Tablo 4.5. GOLD 2001 Raporu Bronkodilatör Sonrası KOAH Evrelemesi	33
Tablo 4.6. GOLD 2006 Raporu Bronkodilatör Sonrası KOAH Evrelemesi	34
Tablo 4.7. mMRC Nefes Darlığı Skalası	36
Tablo 4.8 KOAH Değerlendirme Testi	36
Tablo 5.1. LCGYA Ölçeği Güvenirlik Katsayıları	66
Tablo 5.2. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Güvenirlik Katsayıları	68
Tablo 5.3. Veri Analiz Testlerinin Dağılımı	70
Tablo 6.1.1. Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı	73
Tablo 6.1.2. Hastaların Sağlık ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı	74
Tablo 6.1.3. Hastaların KOAH’a İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	75
Tablo 6.2.1. Hastaların LCGYA Ölçeği Maddelerine Verdikleri Cevapların Dağılımı ve Ölçek Maddelerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	77
Tablo 6.2.2. Hastaların Nefes Darlığının Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileme Düzeyine Verdikleri Cevapların Dağılımı	78
Tablo 6.2.3. Hastaların LCGYA Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan ve Madde Ortalamaları	78
Tablo 6.2.4. Hastaların Bireysel Özelliklere Göre LCGYA Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	79
Tablo 6.2.5. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre LCGYA Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	80
Tablo 6.2.6. Hastaların Sağlık ve Hastalık Özelliklere Göre LCGYA Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	82
Tablo 6.2.7. Hastaların Sağlık ve Hastalık Özelliklerine göre LCGYA Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	84
Tablo 6.2.8. Hastaların KOAH’a İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerine göre LCGYA Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	86

	Sayfa No
Tablo 6.2.9. KOAH'a İlişkin Tanımlayıcı Özelliklere göre LCGYA Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	88
Tablo 6.3.1. Hastaların KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Maddelerine Verdikleri Cevapların Dağılımı ve Ölçek Maddelerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	90
Tablo 6.3.2. Hastaların KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Madde Puan Ortalamaları	91
Tablo 6.3.3. Hastaların Bireysel Özelliklerine göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	92
Tablo 6.3.4. Hastaların Çalışma Durumlarına göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	93
Tablo 6.3.5. Hastaların Sağlık ve Hastalık Özelliklerine göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	94
Tablo 6.3.6. Hastalık ve Sağlık Özelliklerine göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	95
Tablo 6.3.7. Hastaların KOAH'a İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	97
Tablo 6.3.8. KOAH'a İlişkin Tanımlayıcı Özelliklere Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	98
Tablo 6.4. LCGYA Ölçeği ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	100

VI. ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil 4.1. Dñnyada 1990, 2017, 2040 Yıllarında Önde Gelen Erken Ölüm Nedenleri	12
Şekil 4.2. Dñnya'da 2015 Yılında En Sık Karşılaşılan Mortalite Nedenleri	13
Şekil 4.3. Dñnya'da 2018 Yılında En Sık Karşılaşılan Mortalite Nedenleri	13
Şekil 4.4. KOAH Fizyopatolojisi	22
Şekil 4.5. Genç ve Yaşlı Hastalarda FEV1 Düşüşü	31
Şekil 4.6. GOLD 2011 Raporu Birleşik Değerlendirme KOAH Şiddeti Sınıflandırması	34
Şekil 4.7. GOLD 2017 Raporu KOAH Değerlendirme Şeması	35
Şekil 4.8. Yaşam Modeli Şeması	43
Şekil 4.9. Bandura'nın Öz-Etkililik Paradigması	58
Şekil 4.10. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	60

Acile Başvuran Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Aktiviteye Bağlı Dispne Durumları ve Öz-Etkililikleri

Öğrencinin Adı: Elif Tuğba UYGUN

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç: Bu araştırma acil servise başvuran kronik obstrüktif akciğer hastalığına (KOA) sahip hastaların günlük yaşam aktivitelerine bağlı dispne durumlarını ve öz-etkililiklerini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilen bu araştırmanın evrenini 01.06.2018-28.09.2018 tarihleri arasında İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisine başvuran daha önceden KOA tanısına sahip hastalar, örnekleme ise 177 KOA hastası oluşturdu. Araştırmaya başlamadan önce etik kurul onayı ve kurum izni alındı. Veriler ‘Tanıtıcı Bilgi Formu’, ‘London Chest Günlük Yaşam Aktiviteleri (LCGYA) Ölçeği’ ve ‘KOA Öz-Etkililik Ölçeği’ kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel methodlar, nicel veri analizleri ve korelasyon analizleri kullanıldı.

Bulgular: KOA hastalarının %65’inin erkek, yaş ortalamasının ise $70,38 \pm 11,53$ yıl olduğu, hastaların %83,1’inin KOA nedeniyle daha önce acil servise başvurdukları tespit edildi. Hastaların LCGYA ölçeği toplam puan ortalaması $46,73 \pm 16,08$ olarak, KOA Öz-Etkililik ölçeği puan ortalaması ise $2,49 \pm 0,53$ olarak tespit edildi. Hastaların LCGYA ile KOA öz-etkililik düzeyleri arasında negatif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p < 0,05$).

Sonuçlar: KOA hastalarının günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken yaşadıkları dispne durumunun bireylerin öz-etkililik düzeylerini azalttığı görüldü. KOA hastaları, aktiviteler sırasında yaşayacakları dispne durumundan kaçınmak için aktivitelerini sınırlandırmaktadır. Bu durum hastaların öz-etkililik düzeylerini düşürmekte yaşam kalitesini ve bağımsızlık düzeylerini olumsuz etkilemektedir.

Anahtar Sözcükler: KOA, öz-etkililik, günlük yaşam aktiviteleri, dispne

Activity-Related Dyspnea Status and Self-Efficacy of Chronic Obstructive Pulmonary Patients Admitted to Emergency Department

Student Name: Elif Tuğba UYGUN

Supervisor: Nuray ŞAHİN ORAK, Ph. D. Assistant Professor

Department: Department of Nursing

2. ABSTRACT

Aim: The aim of this research was to determine the dyspnea and self-efficacy of the patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) who were admitted to the emergency department.

Material and Method: The population of this descriptive, relationship-seeking and cross-sectional study was patients with COPD who were admitted to the Emergency Department of Istanbul Sultan Abdulhamid Han Training Research Hospital between 01.06.2018 and 28.09.2018 and the sample consisted of 177 COPD patients. Ethics committee approval and institutional permission were obtained before the study. Data were collected using 'Descriptive Information Form', 'London Chest Daily Living Activities (LCADL) Scale' and 'COPD Self-Efficacy Scale'. In the analysis of the data, descriptive statistical methods, quantitative data analysis and correlation analysis were used.

Results: It was found that 65% of COPD patients were male and the mean age was $70,38 \pm 11,53$ years. 83,1% of the patients had applied to the emergency department due to COPD. The mean scores of the LCADL scale was $46,73 \pm 16,08$ and the COPD Self-Efficacy scale was $2,49 \pm 0,53$. There was a statistically significant negative correlation between LCADL and COPD self-efficacy levels of the patients ($p < 0,05$).

Conclusion: It was observed that the dyspnoea experienced by the patients with COPD during daily living activities decreased the self-efficacy level of the individuals. COPD patients limit their activities in order to avoid dyspnea during the activities. This situation decreases the self-efficacy levels of the patients and adversely affects the quality of life and independence levels.

Keywords: COPD, self-efficacy, daily living activities, dyspnea

3. GİRİŞ VE AMAÇ

19. yüzyıldan günümüze nüfusun yaşlanması ve geleneksel risk faktörlerinin (kirli su, sağlıksız yaşam koşulları, ev içi kirlilik, yetersiz beslenme vb.) etkinliğinin azalarak yerini, yeni risk faktörlerine (sağlıksız diyet, obezite, hareketsizlik, mesleki riskler, hava kirliliği vb.) bırakması ile ortaya çıkan hastalıklar değişmiştir. İçinde bulunduğumuz yüzyılda enfeksiyon hastalıklarının varlığı giderek azalırken, kronik hastalıklar başlıca mortalite ve morbidite nedeni haline gelmiştir. Günümüzde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sağlıkla ilgili en temel sorunlarının başında kronik hastalıklar ile mücadele gelmektedir (Kocabaş ve ark., 2014; Lim ve ark., 2012; Dinç Horasan, 2013).

Birey hayatının herhangi bir döneminde kronik hastalıklar ile karşılaşabilmektedir. Kronik hastalıklar bireyin sağlığını fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden etkileyen, uzun dönem bakım ve tedavi gerektiren, hem yaşlanmayı hızlandıran hem de yaşlanma ile artan hastalıklardır (Claire ve ark., 2014). Başka bir deyişle kronik hastalıklar uzun süren, bulaşıcı olmayan, kendiliğinden gerilemesi ve tamamen iyileşmesi mümkün olmayan, işlev bozukluğu ve sakatlığa yol açabilen hastalıklar olarak adlandırılır (Aydın Demirağ, 2009).

Kronik hastalıklar tüm dünyada ölümlerin en önemli nedenlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2011 verisinde dünyadaki tüm ölümlerin %63'ü, 2018 verisinde de %54'ü kronik hastalıklar nedeniyle gerçekleşmiştir. DSÖ'nün verileri ve kronik hastalıklar üzerinde yapılan çalışmalarda, 60 yaş ve üzeri ölüme neden olan hastalıkların başında kalp-damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet gelmektedir (WHO, 2011; WHO, 2018; Yardım, 2012).

DSÖ 2018 raporuna göre, 2016 yılında Türkiye'deki tüm ölümlerin yaklaşık %89'unun bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmaktadır (WHO, 2018). Türkiye'de sık karşılaşılan ölüm nedenlerinin sırasıyla dolaşım sistemi hastalıkları (%38,4), iyi ve kötü huylu tümörler (%19,7), solunum sistemi hastalıkları (%12,5) olduğu tespit edilmiştir (TÜİK, 2018).

Kronik hastalıklar insan vücudunda bir veya birden fazla sistemi etkileyerek fonksiyonel yetersizlikler oluşturmakta, fonksiyonel kapasiteyi azaltmakta, duyuşal

algılama, hareket, bilişsel fonksiyonlar ve sosyal becerilerde zayıflamaya neden olmaktadır. Kronik hastalıklar nedeniyle aktif yaşam sınırlanmakta, çalışma performansı ve iş verimliliği düşmekte, sosyal izolasyon yaşanmakta, yaşam kalitesi düşmektedir. Bu nedenle hastalar özel bakım ve rehabilitasyona ihtiyaç duymaktadırlar (Türkmen, 2012).

Tüm dünyada ve ülkemizde önde gelen bir halk sağlığı sorunu olan, ülkemizde en çok rastlanan ilk üç kronik hastalıktan biri olan kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA); genellikle zararlı gaz ve partiküllere maruziyet sonucu gelişen, havayolu ve alveollerde oluşan kronik inflamasyon sonucu ilerleyici özellikte, kalıcı hava akımının engellenmesi ile karakterize, tedavi edilebilir ve önlenabilir yaygın bir hastalıktır (GOLD, 2019).

Küresel Hastalık Yüğü (Global Burden of Disease, GBD) 2010 verilerine göre tüm dünyada KOAH nedeniyle gerçekleşen ölümlerin sayısı 2,9 milyondur. Günümüzde tüm dünyada iskemik kalp hastalıkları ve inmeden sonra en sık üçüncü ölüm nedeni haline gelen KOAH, tüm ölümlerin %5,5'inden sorumludur. Gerçekleşen bu ölümlerin yaklaşık %90'nın düşük ve orta gelirli ülkelerde olduğu görülmektedir. KOAH ile ilişkili ölümlerdeki artışın yoksulluk, sigara tüketimindeki ve hava kirliliğindeki artışa bağlı olduğu düşünülmektedir (WHO, 2011).

GBD'nin 2017 raporunda, 1990'den 2015'e kadar 188 ülkede KOAH nedeni ölümlerin 3,2 milyona ulaştığı ve KOAH'a bağlı ölüm nedenlerinin %44,8'inin tütün kullanımından, %27,1'inin dış ortam hava kirliliğinden, %20,6'sının iç ortam hava kirliliğinden, %11,1'inin ise mesleki maruziyet sonucu geliştiği gösterilmiştir (GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators, 2017).

Yaşam aktiviteleri, kişinin günlük yaşamdaki rollerini rutin olarak yerine getirdiği görevler olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel mobilite/kapasite ile ilgili aktiviteler (yatakta dönmek, oturmak, hareket etmek), kişisel bakımla ilgili aktiviteler (giyinmek, yemek yemek, saç taramak) ve telefona cevap vermek, yazı ile iletişim kurmak, parayı idare etmek, yazışmaları yürütmek ve kitaplar/gazeteleri düzenlemek gibi iletişim, ev ve toplum yönetimi ile ilgili aktivitelerin tümü günlük yaşam aktiviteleri olarak göz önünde bulundurulmaktadır (Reardon ve ark., 2006).

KOA'da ortaya çıkan fizyopatolojik değişimler, solunum aktivitesinin önemli derecede bozulmasına neden olmaktadır. Bireyler hastalığı etkin yönetecek bilgi ve

beceriye sahip olmadıklarında hastalığın şiddetlendiği dönemlerde dispne (nefes darlığı), öksürük ve balgam çıkarmaya bağlı solunum güçlüğü, yorgunluk hissi ve uyku düzensizliği nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini sürdüremeyecek hale gelmekte, başkalarına bağımlı yaşamaya başlamakta ve bu durum yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Bireyler hastalığın günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken yarattığı emosyonel, bilişsel, fiziksel, ekonomik ve sosyal sınırlılıklar nedeniyle zor ve karmaşık sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (Aras ve Tel, 2009; Katz ve ark., 2005; Tel Aydın ve ark., 2012; Williams ve ark., 2007). Yaşlı hastaların bilişsel ve fiziksel işlevleri bozuldukça günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme durumlarının gerilediği, beslenmelerinin bozulduğu ve bağımsız iş yapabilme kapasitelerinin olumsuz yönde etkilendiği gösterilmektedir (Demir Akça ve ark., 2014).

KOAH hastalarının yaşadığı dispne; hastalıkla ilgili anksiyete ve aktivitedeki kısıtlanmanın temel nedeni ve tıbbi yardım alımına neden olan bir semptomdur. Karakteristik olarak devamlı ve ilerleyicidir (Çalık Kütükcü ve ark., 2015; GOLD, 2019). KOAH'lı bireyler sıklıkla günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken ambulasyonla birlikte dispne yaşamakta ve mevcut pulmoner ve fiziksel rahatsızlıklarından dolayı zorluk çekmektedirler (Lahaije ve ark., 2010; Velloso ve Jardim, 2006). Bu durum KOAH'lı hastaların egzersizden sakınmasına ve pasif yaşam stilini seçmesine neden olmaktadır. KOAH şiddeti arttıkça dispne ve yorgunluğun günlük yaşam aktiviteleri üzerinde etkisi artmaya başlamakta ve bazı aktiviteleri sınırlanmaktadır (Agusti ve Soriano, 2008; Reardon ve ark., 2006).

Orta ve ağır evredeki KOAH hastalarından oluşan ulusal, çok merkezli, kesitsel bir gözlem çalışmasında, hastaların %83'ünün temel şikâyetlerinin dispne olduğu ve %42,3'ünün KOAH nedeniyle günlük yaşamlarının orta derecede etkilendiği belirtilmiştir. Hastaların %63,4'ünün KOAH'ın yaşam boyu devam eden kronik bir hastalık olduğunu bildikleri saptanmıştır. Hastalar günlük yaşamda yapmakta zorlandıkları ilk üç aktivitenin merdiven çıkmak, yürümek ve günlük işler olduğunu dile getirmişlerdir (Polatlı ve ark., 2012). Özellikle dispne olmak üzere KOAH semptomları, günlük yaşam aktivitelerine ek olarak mesleki, ailevi ve sosyal aktiviteler gibi yaşamın değişik yönlerini engellemekte, depresyon ve anksiyeteye yol açmakta ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (Velloso ve Jardim, 2006).

Öz-etkililik, bireyin bir eylemi başarı ile yapma kabiliyeti veya olayları kontrol edebilme algısı olarak tanımlanır. Başka bir deyişle, bireyin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin inancıdır (Bandura, 1994). Öz-etkililik hasta bireylerde de kendi bakım sorumluluklarını yerine getirebilmeye olan inanma durumudur. Öz-etkililik algısı yüksek ve güçlü olan bireyler, kendilerine büyük amaçlar belirleyerek daha zorlu işlere girmeye eğilimlidirler (Bal Özkaptan, 2013).

Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olan öz-etkililik KOAH, astım ve diyabet gibi kronik hastalıklarda sağlığı geliştirme davranışlarının önemli bir bileşenidir. KOAH ciddi solunum güçlüğüne neden olduğundan hastalar aktivite ne kadar az çaba gerektirirse gerektirsin, solunum güçlüğünden sakınmak için bazı aktiviteleri gerçekleştirme yeteneklerine ilişkin güven eksikliği duyarlar. Bu güven eksikliği düşük öz-etkililik olarak ifade edilir. KOAH'lı hastalar aktiviteyi gerçekleştirmek için fiziksel olarak yeterli olsalar bile, düşük öz-etkililiğin sonucu olarak rutin aktivitelerini gerçekleştirmekten sakınırlar (Kara ve Mirici, 2002; Wigal ve ark., 1991). Düşük öz-etkililik düzeyinin sonucunda dispne yönetimi daha da zorlaşmakta ve hastaların yaşam kalitesi düşmektedir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; Garrod ve ark., 2008).

Kronik bir hastalık olması ve uzun dönem bakım gerektirmesi nedeniyle KOAH'ta özellikle dispne başta olmak üzere tüm semptomlar, kişinin hayatını engellemekte ve öz-bakım gücü ile öz-etkililik düzeyini etkilemektedir. KOAH'ın yönetimi, öz-bakım gereksinimlerinin karşılanması ve bakımın sürekliliğinin sağlanması için hastaların öz-etkililik düzeylerinin yükseltilmesi önemlidir (Abedi ve ark., 2012; Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015).

KOAH'lı birçok hasta yaşadığı dispne durumunu etkin yönetemediğinde ilk olarak en yakın acil sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlara başvurmaktadır. Bu kurum ve kuruluşlarda acil müdahalesi yapılan hastaya ileri tetkik ve tedavinin verilmesi için gerekli yönlendirmeler yapılmaktadır.

Bu çalışmanın amacı; acil servise başvuran, acil müdahalesi yapılmış, ileri tetkik ve tedavisi planlanmış KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmeye bağlı dispne durumlarını ve öz-etkililik düzeylerini belirlemektir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

4.1.1. KOAH tanımı

KOAH tüm dünyada ve ülkemizde gittikçe artan mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir. Neden olduğu sosyal ve ekonomik yük ile dünyada önde gelen halk sağlığı sorunu olan KOAH yavaş seyirli, ilerleyici ve geri dönüşsüz bir hastalık olarak bilinmesine rağmen oluşumu önlenemeyen ve ilerlemesinin önüne geçilebilen önemli bir solunum yolu hastalığıdır (Köktürk ve ark., 2017).

Görülme sıklığının yüksek olması sebebiyle tıp dünyasında üzerinde en çok çalışma yapılan hastalıkların başında gelmektedir. Günümüze kadar ulusal, bölgesel, kıtasal örgütler tarafından KOAH için çeşitli tanımlar oluşturulmuştur. İlk olarak 1995 yılında yayınlanan American Thoracic Society (ATS) ve European Respiratory Society'nin (ERS) tanımlarıyla karşılaşılmaktadır.

➤ ATS'ye göre; kronik bronşit ve amfizeme bağlı ekspiratuar hava akımında kısıtlanmadır. Bu kısıtlama genellikle ilerleyici olup, hava yolu duyarlılığı (hiperaktivite) ile birlikte gelişmekte ve kısmi olarak geri dönüşlü olabilmektedir (ATS, 1995).

➤ ERS'ye göre; maksimum ekspiratuar akımın azalması ve zorlu ekspirasyonunun yavaşlamasıyla karakterize, yavaş ilerleyici, uygulanan mevcut tıbbi tedaviyle bile yüksek oranda geri dönüşsüz bir hastalık olarak tanımlanmıştır (Siafakas ve ark., 1995).

➤ KOAH'a olan farkındalığı arttırmak, hastalığın getirdiği morbidite ve mortaliteyi azaltmak, dünyada hastalığın boyutlarını, sağlık bakımı ve sağlık politikalarıyla ilgilenen tüm tarafların ortak çabasıyla hastalığın önlenmesi ve tedavisi için ileri adımların atılması amacıyla Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü (The U.S. National Heart, Lung and Blood Institute, NHLBI) ve DSÖ iş birliğinde KOAH'a Karşı Küresel Girişim (Global Initiative for

Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD) ilk olarak 1998'de organize edilmiş ve ilk rehberini 2001 yılında yayınlamıştır.

➤ GOLD rehberi, 2001 yılından günümüze kadar birçok kez güncellenmiştir (Pauwels ve ark., 2001; Rodriguez-Roisin ve ark., 2017).

➤ GOLD 2001 raporuna göre KOAH: Tam olarak geri dönüşsüz hava akımı kısıtlanmasıdır. Bu kısıtlamanın genellikle hem ilerleyici olduğu hem de akciğerlerin zararlı partikül veya gazlara karşı verdiği anormal inflamatuvar cevabın sonucu olarak geliştiği vurgulanmıştır. GOLD'un tanımı ile KOAH'ın sadece hava akımının kısıtlanmasından ibaret olmadığı, kısıtlanmanın yanında ilk defa inflamatuvar bir süreç ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Pauwels ve ark., 2001).

➤ GOLD 2006 raporunda; GOLD 2001 KOAH tanımına ek olarak hastalığın tedavi edilebilir olduğu ve gerekli önlemlerle önlenebileceği vurgulanmış ve sistemik etkiler üzerinde durulmuştur (Köktürk ve ark., 2017).

➤ GOLD 2011 raporunda; hastalığın artmış inflamatuvar yanıt ile ilişkisi gösterilmiş ve ilerleyici, kalıcı hava akımı kısıtlaması olarak yeniden düzenlemiştir. Raporda semptomların etkisini azaltmak ve iyileştirmek, alevlenmelerin önlenmesi üzerine güncellemeler yapılmıştır (Abul ve Özlü, 2012).

➤ GOLD 2019 raporunda ise; zararlı gaz veya partiküllere özellikle sigaraya maruziyete bağlı, havayolu ve alveollerde oluşan kronik inflamasyon sonucu gelişen, ilerleyici özellikte kalıcı hava akımının engellenmesi ile karakterize tedavi edilebilir ve önlenebilir yaygın bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. KOAH'ın temelinde küçük solunum yolu hastalıklarının hava akımı kısıtlılığı, (obstrüktif bronşiyolit) ve parankimal yıkımın (amfizem) bir araya gelmesinden kaynaklandığı ve kişiden kişiye değişim gösterdiği belirtilmektedir (GOLD, 2019).

➤ Türk Toraks Derneği (TTD) ise KOAH'ı, tamamen geri dönüşü olmayan, ilerleyen hava yolu kısıtlanması ile karakterize, özellikle sigara dumanı olmak üzere zararlı gaz veya partiküllere karşı gelişen inflamatuvar bir süreç olarak tanımlamaktadır. KOAH'ın önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olduğu, atakların artması ile semptomların şiddeti ve sıklığında artış gözlemlendiği, hastaların zamanla fiziksel aktivitelerinin kısıtlandığı ve yaşam kalitelerinin düştüğü belirtilmektedir (Köktürk ve ark., 2017).

4.1.2. KOAH epidemiyolojisi

KOAH, tüm dünyada yaşam kalitesini fazlasıyla etkileyen, yüksek oranda mortalite, morbiditeye, sosyal ve ekonomik yüke neden olan hastalıklardan biridir (Rabe ve ark., 2007). Uluslararası düzeyde 2002 yılında Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü (Burden Obstructive Lung Disease, BOLD) çalışmalarının başlaması ve GOLD'un 70'den fazla ülkede KOAH ile ilgili bireyleri bilinçlendirme çalışmaları ile KOAH'ın seyrinde önemli gelişmeler yaşanmıştır (Kocabaş, 2010).

Dünyada KOAH bilincini arttırmak, birincil, ikincil ve üçüncül korunma önlemlerini iyileştirerek kronik solunum yolu hastalıklarının küresel yükünü azaltmak amacıyla bir araya gelen, GOLD ve DSÖ'nün önderliğinde Mart 2006 yılında Kronik Solunum Hastalıklarına Karşı Küresel İşbirliği (Global Alliance Against Respiratory Diseases, GARD) organize edildi (Rabe ve ark., 2007). GARD'ın Türkiye projesi kapsamında ise Sağlık Bakanlığı ve TTD her yıl kasım ayında Dünya KOAH Günü etkinlikleri düzenleyerek, toplumumuzda KOAH farkındalığını ve bilincini arttırmayı hedeflemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

4.1.2.1. KOAH prevalansı

KOAH prevalansı çalışmaları, araştırmanın yapıldığı coğrafi bölge, sosyo-kültürel yapı, cinsiyet, yaş, yaşam tarzı, örneklem yöntemi, anket cevaplama oranı, spirometrik testlerin kalite kontrolü ve işlemin bronkodilatör öncesinde ve sonrasında yapılması gibi faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir (Abul ve Özlü, 2013; Raheison ve Girodet, 2009).

Son yıllarda yapılan KOAH prevalansı hakkında güvenilir sonuçların elde edildiği iki uluslararası çalışma vardır. Bunlar; Güney Amerika'nın beş Latin ülkesinin (Brezilya, Şili, Meksika, Uruguay ve Venezuela) birer büyük kentinde yapılan PLATİNO çalışması ve KOAH'ın sosyoekonomik yükünü ölçmek amacıyla 20'den fazla ülkede (Adana-Türkiye, Salzburg-Avusturya, Cape Town-Güney Afrika, Reykjavik-İzlanda, Hannover-Almanya, Krakow-Polonya, Bergen-Norveç, Vancouver-Kanada, Lexington-ABD, Manila-Filipinler, Sidney-Avustralya, Londra-

Birleşik Krallık, Uppsala-İsveç, Mumbai-Hindistan, Lizbon-Portekiz, Maastricht-Hollanda, Nampicuan/Talugtug-Filipinler ve Tartu-Estonya, Riyad-Suudi Arabistan, Guangzhou-Çin, Sousse-Tunus, Colombo-Sri Lanka vb.) yapılan BOLD analizi çalışmalarıdır (Buist ve ark., 2005; Mejza ve ark., 2017; Menezes ve ark., 2005).

PLATİNO çalışmasında, 40 yaş üstünde bronkodilatör sonrası hava akımı kısıtlanmasının yaygınlığı incelenmiştir. Çalışmanın yapıldığı her ülkede KOAH prevalansının, özellikle 60 yaş üzerinde olduğu ve yaşla birlikte arttığı, bu yaştaki erkeklerin kadınlara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (Menezes ve ark., 2017). BOLD çalışmasında ise KOAH prevalansının, 40 yaş üstü nüfusta, sabit oran ölçütü (post-bronkodilatör FEV1/FVC<%70) kullanıldığında %25, GOLD Evre 2+ ölçütü (post-bronkodilatör FEV1/FVC<%70 ve FEV1<beklenenin %80'i) kullanıldığında, yaş ve sigara tüketimi ile ilişkili olarak arttığı hatta gelişmiş ülkelerde erkek ve kadınlar arasında birbirine yaklaştığı ve gelişmekte olan ülkelerde ise erkeklerde daha yaygın olduğu gösterilmiştir (Buist ve ark., 2007).

BOLD çalışması verileri ve dünya üzerinde yapılan büyük epidemiyolojik çalışmalar, küresel prevalansın %11,7 (%95 güven aralığında) olduğunu bildirmektedir. Her yıl dünyada yaklaşık 3 milyon kişi KOAH nedeniyle ölmektedir. Risk faktörlerine maruziyetin devam etmesi, dünya nüfusunun özellikle gelişmiş ülkelerdeki nüfusun giderek yaşlanması, gelişmekte olan ülkelerde ise sigara tüketiminin yıldan yıla artması ile gelecekte KOAH prevalansının ve yükünün daha da artacağı düşünülmektedir (GOLD, 2019). KOAH prevalansının ülkeler ve toplumlar arasında değişiklik gösterdiği, artan yaşlı nüfusun ve maruz kalınan risk faktörleriyle orantılı olarak artacağı öngörülmektedir (Berry ve Wise, 2010).

Bir meta-analiz çalışmasında 1990 yılı küresel KOAH prevalansı %10,7 olarak bulunurken, 2010 yılı KOAH prevalansının %11,7'ye yükseldiği, 30 yaş üstü erkeklerin prevalansının (%14,3), kadınlardan (%7,6) daha yüksek olduğu ve bu durumun demografik değişimlerden kaynaklandığı gösterilmiştir. En yüksek prevalans Amerika'da (%13,3-1990 yılı, %15,2-2010 yılı) en düşük prevalans ise Güney Doğu Asya'da (%7,9-1990 yılı, %9,7-2010 yılı) olduğu ve prevalansın hem bölgesel hem de küresel olarak artış gösterdiği bildirilmiştir (Adeloye ve ark., 2015). İspanya'da 2009 yılında yapılan çalışmada KOAH prevalansının %10,2 (kadın %5,6, erkek %15,1) olduğu, prevalansın yaş, sigara kullanımı ve düşük öğrenim seviyesi ile

arttığı gösterilmiştir. Çalışmada, hastaların sadece %27'sinin daha önce KOAH tanısı aldıkları saptanmıştır (Miravitles ve ark., 2009). Son yıllarda gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda KOAH insidans ve prevalans artışının durduğunu, hatta bazı ülkelerde (Finlandiya, İspanya vb.) düşmeye başladığı bildirilmektedir. Ancak gelişmekte olan ülkelerde, sigara içme yaygınlığının artması, diğer ölüm hızlarının ve şiddetli enfeksiyonlara bağlı ölümlerin azalması sonucunda KOAH prevalansı artmaktadır (Decramer ve ark., 2012).

Ülkemizde değişik bölgelerde (Ankara 1976, Trabzon 2004, Kayseri 2000, İzmir 2003-2004, Zonguldak 2004, Adana 2004, Malatya 2008, Elazığ 2011, Isparta 2013) farklı metotlar kullanılarak yapılan KOAH prevalans çalışmaları mevcuttur (Abul ve Özlü, 2013; Akgün, 2013; Kocabaş ve ark., 2014). BOLD protokolü ile Elazığ'da yapılan çalışmada, KOAH prevalansının 18 yaş üzerinde %4,5, 45 yaş üzerinde ise %11,5 (kadınlar %5,9 ve erkekler %15,1) olduğu ve sigara içenlerin içmeyenlere göre daha yüksek prevalansa sahip olduğu bulunmuştur (Deveci ve ark., 2011). BOLD protokolü kullanılarak 2004 yılı Ocak ayı içinde Adana'da yapılan KOAH prevalans çalışmasında, 40 yaş üstü yetişkinlerde sabit oran ölçütü kullanıldığında KOAH prevalansı %19,1 (erkekler %28,5 ve kadınlar %10,3) olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada hastaların %8,4'üne daha önce doktor tarafından KOAH tanısının konulduğu ve %5,8'ine şimdiye dek, %0,6'sına ise son bir yıl içerisinde spirometri yapıldığı tespit edilmiştir. KOAH'ta en önemli sorunlardan biri tanının teşhisindeki yetersizliktir. Bu sonuçlar, Türkiye'de tanının konulması ve tedavinin devamlılığı ile ilgili problemlerin yaygın olduğunu göstermektedir (Abul ve Özlü, 2013; Kocabaş ve ark., 2014; Dinç Horasan, 2013).

4.1.2.2. KOAH mortalitesi

GBD raporuna göre 2010 yılında dünya genelinde yaklaşık 52 milyon ölüm gerçekleşmiştir. KOAH nedeniyle gerçekleşen ölümler, tüm ölümlerin %5,5'ini oluşturmaktadır (Tablo 4.1) (Kocabaş ve ark., 2014; Lazono ve ark., 2012).

GBD 2017 verileri, dünyadaki tüm ölümlerin %70'inin bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan kaynaklı ölümlerin ise %31,2'sini kardiyovasküler hastalıklar (17,6 milyon),

%15,5'ini maligniteler (7 milyon) ve %5,4'ünü KOAH (3,1 milyon) oluşturmaktadır (GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators, 2017).

Tablo 4.1. Dünya’da Sık Görülen Mortalite Nedenleri (Kocabaş ve ark., 2014)

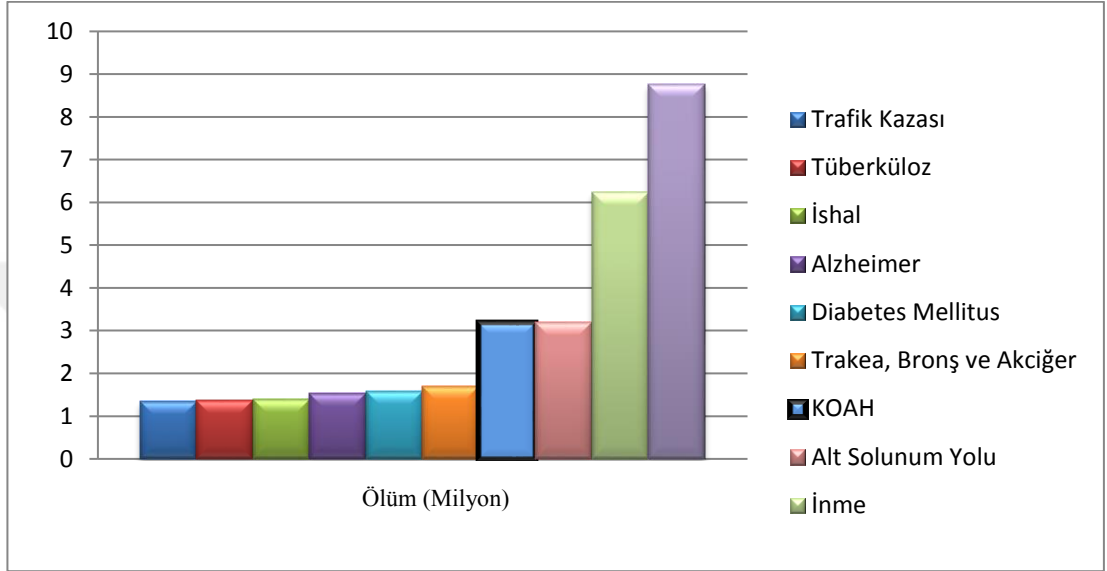
Hastalıklar	Ölüm Sayısı n(x1000)	2010 %	1990-2010 Arası Mortalite Değişimi
İskemik Kalp Hastalığı	7029,3	13,3	35
İnme	5874,2	11,1	26
KOAH	2899,9	5,5	-7
Alt Solunum Yolu	2814,4	5,3	-18
Akciğer Kanseri	1527,1	2,9	48
HIV/AIDS	1465,4	2,8	396
Diyare	1445,8	2,7	-42
Yol Kazaları	1328,5	2,5	47
Diyabet	1281,3	2,4	93
Tüberküloz	1196,0	2,3	-18
Tüm nedenler	52769,7	100	13,5

GBD 2017 raporu 1990-2017 yılları arası erken ölüm nedenleri sıralamasında KOAH, 1990 yılında on birinci sırada iken 2017 yılında yedinci sıraya kadar yükselmiştir ve 2040 yılında dördüncü sıraya kadar yükseleceği ön görülmektedir (Şekil 4.1) (GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators, 2017).

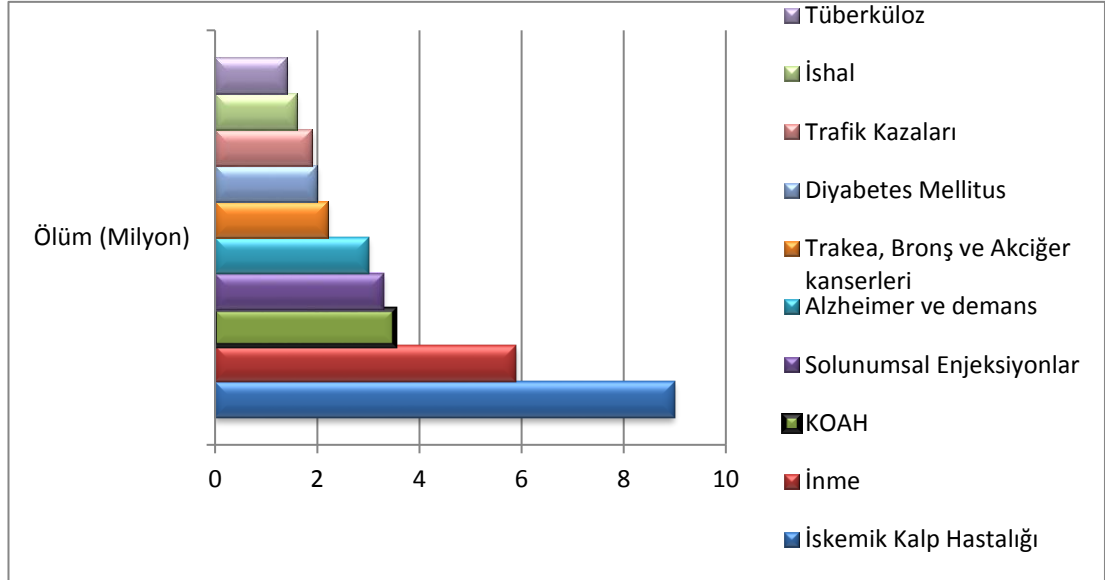
1990 Yılı Sıralama	2017 Yılı Sıralama	2040 Yılı Tahmini Sıralama
1- Neonatal Rahatsızlıklar	1- İskemik Kalp Hastalıkları	1- İskemik Kalp Hastalıkları
2- Solunumsal Enfeksiyonlar	2- Neonatal Rahatsızlıklar	2- İnme
3- Diyare	3- İnme	3- Solunumsal Enfeksiyonlar
4- İskemik Kalp Hastalıkları	4- Solunumsal Enfeksiyonlar	4- KOAH
5- İnme	5- Diyare	5- Kronik Böbrek Hastalıkları
6- Konjenital Anomaliler	6- Yol Kazaları	6- Alzheimer Hastalıkları
7- Tüberküloz	7- KOAH	7- Diyabet
8- Yol Kazaları	8- HIV/AIDS	8- Yol Kazaları
9- Kızamık	9- Konjenital Anomaliler	9- Akciğer Kanseri
10- Sıtma	10- Sıtma	10- Diyare
11- KOAH	11- Tüberküloz	11- HIV/AIDS
19- HIV/AIDS	39- Kızamık	

Şekil 4.1. Dünyada 1990, 2017, 2040 Yıllarında Önde Gelen Erken Ölüm Nedenleri (GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators, 2017)

Amerika Birleşik Devleti'nde 2011 yılı en sık karşılaşılan mortalite nedenleri arasında KOAH, kalp hastalıkları ve malignitelerden sonra 3. sırada yer almaktadır (Hoyert ve Xu, 2012). DSÖ'nün 2015 verilerine göre tüm dünyada KOAH en sık mortaliteye neden olan 4. kronik hastalık iken DSÖ'nün 2018 verisinde KOAH, 3. sıraya yerleşmiştir (Şekil 4.2) (Şekil 4.3) (WHO, 2015; WHO, 2018).



Şekil 4.2. Dünya'da 2015 Yılında En Sık Karşılaşılan Mortalite Nedenleri (WHO, 2015)



Şekil 4.3. Dünya'da 2018 Yılında En Sık Karşılaşılan Mortalite Nedenleri (WHO, 2018)

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı'nın BOLD protokolüne göre oluşturduğu 'Türkiye'deki Ulusal Ölüm Sebepleri' başlıklı sınıflandırmada KOAH en sık karşılaşılan ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır. 2014 yılı verilerinde ise ülkemizdeki tüm ölümlerin %5,5'inden KOAH'ın sorumlu olduğu gösterilmektedir (Abul ve Özlü, 2012; <http://gard.org.tr/dunya-koah-gunu-yayinlari/74-gard/d%C3%BCnya-koah-g%C3%BCn%C3%BC-yay%C4%B1nlar%C4%B1/74-19112014koah11.html>. Erişim tarihi: 05 Eylül 2018).

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 2010, 2012, 2017 ve 2018 verilerine göre ülkemizde en sık mortalite nedenleri arasında KOAH üçüncü sırasında yer almaktadır (Tablo 4.2) (TÜİK, 2013; TÜİK, 2018).

Tablo 4.2. Türkiye'deki En Sık Görülen Mortalite Nedenleri (TÜİK, 2013; TÜİK, 2018)

<i>Hastalıklar</i>	<i>2010 (%)</i>	<i>2012 (%)</i>	<i>2017 (%)</i>	<i>2018 (%)</i>
<i>Dolaşım Sistemi Hastalıkları</i>	39,6	37,9	39,5	38,4
<i>İyi/Kötü Huylu Tümörler (Malign Neoplazmalar)</i>	21,3	21,1	19,3	19,7
<i>Solunum Sistemi Hastalıkları</i>	8,3	9,7	11,8	12,5
<i>Endokrin, Beslenme ve Metabolizmayla İlgili Hastalıklar</i>	6,4	6,0	4,8	4,8
<i>Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıkları</i>	3,7	4,3	4,9	4,9
<i>Dışsal Yaralanma Nedenleri ve Zehirlenmeler</i>	4,4	4,1	5,1	4,4
<i>Diğer</i>	16,3	16,9	14,7	15,2

4.1.2.3. KOAH morbiditesi

Morbidite poliklinik sayısı, acil servis başvuruları, hastaneye yatışlar gibi ölçütler kullanılarak değerlendirilmekte ve hastane yatak sayısı, 1. ve 2. basamak sağlık kuruluşları arasındaki sevk zinciri gibi dış faktörlerden etkilenmektedir. Morbidite verileri, sağlık hizmetlerine ihtiyacın tahmininde kullanılmaktadır. DSÖ tarafından morbidite veya hastalık yükünü değerlendirmek amacıyla erken ölümler ve sakatlığa ayarlanmış yaşam yılı (Disability Adjusted Life Year, DALY) ve sakatlık nedeniyle kaybedilen yıllar (Years of Healty Life Lost Due to Disability,

YLD) toplamı ölçütleri kullanılmaktadır. DALY, ölüme neden olan ya da olmayan hastalık veya bozukluklar nedeniyle kaybedilen yılları sayan mutlak bir sağlık kaybı ölçütüdür ve toplum sağlığı için özet bir göstergedir. Bir DALY, sağlıklı yaşamdan yitirilen bir yıldır (Kocabaş ve ark., 2014; http://www.hips.hacettepe.edu.tr/UHYCSunumu_06122016.pdf).

GBD 2010 çalışmasına göre küresel hastalık yüküne, özellikle DALY ve YLD ölçütleri açısından en çok katkıda bulunan dokuzuncu hastalığın KOAH olduğu bildirilmiştir. KOAH'ın giderek yaygınlaşması nedeniyle gelecekte KOAH'a bağlı YLD ve DALY oranlarında artış olacağı beklenmektedir (Kocabaş ve ark., 2014).

Türkiye'de 2000-2013 yılları arasındaki DALY nedenlerindeki değişim dikkate alındığında KOAH'ın yedinci sıradan üçüncü sıraya kadar yükseldiği görülmektedir (Tablo 4.3) (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/UHYCSunumu_06122016.pdf).

Tablo 4.3. Türkiye'de Önde Gelen Hastalıkların 'DALY' Açısından 2000-2013 Yılları Arasında Değişimi (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/UHYCSunumu_06122016.pdf)

<i>Hastalık</i>	<i>2000 Sıralaması</i>	<i>2013 Sıralaması</i>
<i>İskemik Kalp Hastalıkları</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Konjenital Anomaliler</i>	<i>2</i>	<i>5</i>
<i>Erken Doğum Komplikasyonları</i>	<i>3</i>	<i>10</i>
<i>Bel ve Boyun Ağrısı</i>	<i>4</i>	<i>2</i>
<i>Serebrovasküler Hastalık</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
<i>Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları</i>	<i>6</i>	<i>18</i>
KOAH	7	3
<i>Trafik Kazaları</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
<i>Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri</i>	<i>9</i>	<i>7</i>
<i>Diyabet</i>	<i>10</i>	<i>4</i>

DSÖ'nün 2002 verilerinde KOAH, dünyada en çok sakat bırakan hastalıklar arasında on birinci sırada iken, 2030 yılında yedinci sıraya kadar yükseleceği öngörülmektedir (Tablo 4.3) (Erdinç ve ark., 2010).

Tablo 4.4. Dünya’da Önde Gelen Hastalıkların ‘DALY’ Açısından 2002-2030 Yılları Arasında Değişimi (Erdoğan ve ark., 2010)

<i>Hastalık</i>	<i>2002 Sıralaması</i>	<i>2030 Sıralaması</i>
<i>Perinatal Nedenler</i>	<i>1</i>	<i>5</i>
<i>Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları</i>	<i>2</i>	<i>8</i>
<i>HIV/AIDS</i>	<i>3</i>	<i>1</i>
<i>Unipolar Depresif Hastalıklar</i>	<i>4</i>	<i>2</i>
<i>Dişare ile ilgili Hastalıklar</i>	<i>5</i>	<i>12</i>
<i>İskemik Kalp Hastalıkları</i>	<i>6</i>	<i>3</i>
<i>Serebrovasküler Hastalıklar</i>	<i>7</i>	<i>6</i>
<i>Trafik Kazaları</i>	<i>8</i>	<i>4</i>
<i>Sıtma</i>	<i>9</i>	<i>15</i>
<i>Tüberküloz</i>	<i>10</i>	<i>25</i>
<i>KOAH</i>	<i>11</i>	<i>7</i>

4.1.3. KOAH risk faktörleri

Hastalığın oluşumuna neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi, hastalık prevalansının azaltılmasında, hastalığın ilerlemesinin yavaşlatılmasında önem arz etmektedir. KOAH genetik yatkınlık, sigara kullanımı ve çevresel uyarılara maruziyet sonucu gelişen bir hastalıktır (Erdoğan ve ark., 2010).

KOAH’a neden olan risk faktörleri ile kişi yaşamının her döneminde karşılaşabilmektedir. Neonatal dönemde anneye ait risk faktörleri doğacak bebeğin düşük akciğer fonksiyonlarına sahip olarak doğmasına neden olurken, büyüme-gelişme döneminde karşılaşılan risk faktörleri kişinin akciğer fonksiyonlarının maksimumuna ulaşmasını engellemektedir (Köktürk ve ark., 2017).

GBD 2015 verilerinde KOAH’a bağlı ölümlerin %44,8’inin tütün kullanımının, %27,1’inin dış ortam, %20,6’sının iç ortam hava kirliliğine ve %11,1’inin mesleğe bağlı maruziyet sonucu gerçekleştiği görülmüştür (GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators, 2017).

4.1.3.1. Genetik faktörler

En iyi bilinen genetik risk faktörü hastaların yaklaşık %1-2'sinde görülen kalıtsal alfa-1 antitripsin (ATT) eksikliğidir. İlk defa 1963 yılında ATT eksikliği ile amfizemin ilişkili olduğu saptanmıştır. Proteaz inhibitörü olarak da bilinen ATT, glikopeptid yapıda tek polipeptid zincirli bir enzimdir. Karaciğerde hepatositlerden sentezlenir ve serin proteazların (tripsin, kemotripsin, nötrofil elastaz) önemli bir inhibitörüdür. Başlıca görevi inflamatuvar hücrelerden salınan nötrofil elastazın akciğer dokusu üzerine yıkıcı etkisini engellemektir. Eksikliğinde alveol duvarlarında harabiyet, amfizem ve bronşektazi gelişmektedir (Erdoğan ve ark., 2010; GOLD, 2019; Russi, 2008).

4.1.3.2. Sigara kullanımı

Sigara, KOAH'ın oluşumunda ve ilerlemesinde en önemli risk faktörüdür. KOAH oluşumunda, sigaraya başlama yaşı, sigara içme süresi, içilen sigaranın sayısı ve cinsiyet çok etkilidir, ancak sigara cinsinin ise bir önemi yoktur. Kadınlar, sigara dumanına erkeklerden daha duyarlıdır (Erdoğan ve ark., 2010; GOLD, 2019).

Sağlıklı kişilerde FEV1 değeri adölesan döneme kadar artar, 12-35 yaşları arasında stabil seyreder, 35 yaş sonrasında ise düşmeye başlar. Bu düşüş normal olarak kabul edilmektedir. Sigara içenlerde ve pasif içicilerde akciğer fonksiyonları daha hızlı bozulmakta ve KOAH gelişimine neden olmaktadır (Polatlı ve ark., 2012).

PLCO (The Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian) kanser tarama çalışmasında, KOAH riski olanlar, sigara içenler ve nikotin bağımlısı hastalar incelenmiş ve uyandıktan sonraki ilk sigaranın içilme zamanı açısından değerlendirilmiştir. Buna göre ilk sigarayı içme süresi ne kadar kısa olursa KOAH riskinin o kadar arttığı görülmüştür. Özellikle bu sürenin beş dakikadan daha kısa olmasının KOAH riskini 2,18 kat arttırdığı tespit edilmiştir (Guertin ve ark., 2015).

Sigara bırakma polikliniğinde yapılan bir çalışmada 40 yaş üstü erkek hastaların 30 paket/yıl ve üstü sigara tüketen bireylerde yüksek oranda erken dönem KOAH ve küçük havayolu hastalığı tespit edilmiştir (Salepçi ve ark., 2013).

Sigarayı bırakmak KOAH için bilinen en önemli koruyucu yaklaşımdır. Ülkemizde Temmuz 2009'da yürürlüğe giren 5727 Sayılı Kanun ile kapalı alanlarda sigara içimi yasaklanmıştır. Sigarayı bıraktırma amacıyla faaliyet gösteren sigara bırakma polikliniklerin sayısı da giderek artmaktadır. Bu durum önümüzdeki yıllarda KOAH başta olmak üzere sigaranın yol açtığı tüm hastalıkların prevalansında bir azalmanın gerçekleşebilmesi için umut ışığıdır.

4.1.3.3. Çevresel ve mesleki maruziyet

Bireylerin meslekleri nedeniyle iş ortamında (fabrikalar, açık veya kapalı üretim tesisleri, çiftlikler vb.) akciğerlere zarar verebilecek organik ve inorganik toz, duman veya gazlara inhalasyon yolu ile uzun süre maruz kalması sonucu KOAH gelişebilmektedir (Kömüs ve ark., 2008). Gaz veya partiküllerin yoğunluğu, miktarı ve temas süresi akciğerin fonksiyon kaybı ile paralellik göstermektedir. KOAH gelişme riski yüksek olan meslekler arasında maden işçiliği (silika, kömür ve kadmiyum gibi), metal sanayi ve inşaat işçiliği, demir-çelik üretimi, ulaşım sektörü, çimento ve odun/kâğıt üretiminde çalışma, tahıl, deri ve tekstil işçiliği bulunmaktadır. Meslekleri nedeniyle zararlı maddeler soluyan kişiler ayrıca sigara da tüketiyorlarsa, KOAH gelişme riski daha da artmaktadır (Kocabaş, 2010).

4.1.3.4. İç ve dış ortam hava kirliliği

Organik atıkların (odun, tezek, kurutulmuş bitki atıkları, kömür) ısınma, yemek pişirme amacıyla havalandırması olmayan kapalı ortamlarda yakılması yüksek düzeyde iç ortam kirliliğine neden olmaktadır. Organik atıkların yakılması sonucu ortaya çıkan amonyum, siyanid, aldehid, akrolein, nitrojen oksid gibi gaz ve partiküllerin solunması biomas (biyokütle) maruziyeti olarak adlandırılır (Braisser ve Kodgule, 2012; GOLD, 2019; Köktürk ve ark., 2017).

Dünya üzerinde yaklaşık 3 milyar insan evlerinde ısınma, yemek pişirme amacıyla organik atık kullanmaktadır. Ülkemizde de durum böyledir. Biomas maruziyetinin, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde KOAH gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğu, özellikle sigara içmeyen ancak yemek yapma, ısınma

sırasında organik yakıt kullanan kadınlarda KOAH gelişimine neden olduğu bulunmuştur (Yakışan ve ark., 2006).

Solunumsal maruziyet ve hastalık arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, KOAH hastalarının büyük çoğunluğunun ısınma amacıyla bacalı soba kullandığı, çiftçilikle uğraştıkları, özellikle KOAH'lı kadınların tandır (%48,5) ve şöminede (%21,6) işlem yaparken daha fazla zaman geçirdikleri ve yakıt olarak da çoğunlukla (56,1) tezek kullandıkları tespit edilmiştir (Günay ve ark., 2013).

Araştırmalar dış ortam hava kirliliğinin, hem çocuklarda hem de yetişkinlerde akciğer fonksiyonlarını olumsuz etkileyerek, solunum yolu enfeksiyonlarını arttırdığını, semptomlarda şiddetlenme ve alevlenmeleri tetiklediğini göstermektedir. Bu nedenle dış ortam hava kirliliği KOAH gelişiminde önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Hu ve ark., 2015; Mermit Çilingir, 2016).

4.1.3.5. Akciğer gelişimini etkileyen faktörler

Akciğerlerin büyüme-gelişimi gebelikte başlayıp doğum ile devam eden, çocukluk ve adölesan dönemlerinde kişinin başına gelen süreçler doğrultusunda etkilenmektedir. Bu süreçteki olumsuz olaylar, akciğerlerin büyümesini etkileyerek ulaşılması gereken maksimum akciğer fonksiyon kapasitesini etkiler. Gebelikte annenin sigara içmesi, pasif sigara maruziyeti, bebeğin düşük doğum ağırlığı ve hava yolu aşırı duyarlılığının olmasına, geçirdiği solunumsal enfeksiyonlar, beslenme ve genetik yatkınlık akciğer gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir (GOLD, 2019; Guerra ve ark., 2013).

4.1.3.6. Yaş ve cinsiyet

Yaşam süresinin uzaması, kişinin daha fazla risk faktörüne maruz kalmasına neden olmakta ve bu durum KOAH gelişiminde yaşın önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Geçtiğimiz yıllarda erkeklerin daha erken yaşta sigaraya başlayıp daha fazla oranda tüketmeleri ve mesleki maruziyetlerinin daha fazla olması nedeniyle KOAH erkeklerde daha sık görülmekteydi. Günümüzde KOAH prevalansı ve mortalitesi gelişmiş ülkelerde kadın ve erkeklerde denk hale gelmiştir. Son

yıllarda gelişmiş ülkelerde kadınlardaki tütün kullanımının yaygınlaşması, çalışma hayatına atılımının artması, gelişmekte olan ülkelerde ise kadınların erkeklere oranla daha fazla biomas maruziyetinin olması nedeniyle kadın ve erkek cinsiyetin benzer oranda etkilendiği düşünülmektedir (Aryal ve ark., 2014; GOLD, 2019).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada erkek cinsiyetin KOAH açısından risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (Akgün, 2013). Çalışmalarda kadınların tütün dumanına daha duyarlı olduğu ve eşit miktarda sigara tüketmelerine rağmen erkeklere göre daha şiddetli hastalık geliştiği bildirilmiştir (GOLD, 2019). Sigaranın, akciğer fonksiyonlarına olan zararlı etkisinin, kadın hastalarda daha fazla ortaya çıktığı görülmüştür. KOAH'lı kadınların erkeklere göre daha fazla nefes darlığı yaşadığı, buna karşın daha az oranda öksürük ve balgam varlığı ifade ettikleri de yapılan çalışmalarda saptanmıştır (DunnGalvin, 2011; Ohar ve ark., 2011).

4.1.3.7. Geçirilen enfeksiyonlar

Akciğer gelişimini etkileyen en önemli faktörlerden biri de çocukluk döneminde geçirilen ve sık tekrarlayan ağır solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Çalışmalar erken yaşta geçirilen solunum sistemi enfeksiyonlarının erişkin yaşlardaki akciğer fonksiyonlarını etkilediklerini göstermektedir. Solunum yollarındaki bakteriyel ajanların neden olduğu inflamatuvar sürecin KOAH'ın gelişmesine uygun zemin hazırladığı düşünülmektedir. Buna bağlı olarak bireylerde KOAH gelişme ihtimali artmaktadır. Ayrıca geçirilen enfeksiyonların KOAH alevlenmelerini tetiklediği saptanmıştır (De Marco ve ark, 2011; GOLD, 2019). Daha önce tüberküloz geçiren kişilerde gelişen hava akımı kısıtlılığı nedeniyle KOAH gelişme riskini 2-6 kat arttırdığı bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda, insan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonunun sigara ile ilişkili olarak amfizemi tetiklediği ve KOAH oluşumunda rolü olduğu bildirilmektedir. HIV enfeksiyonunun önlenmesi ve kontrolünün sağlanması küresel KOAH yükünün azaltılmasındaki müdahalelerin bir parçasıdır (Drummond ve Kirk, 2014; Laloo ve ark., 2016).

4.1.3.8. Sosyoekonomik durum

Sosyoekonomik durumun KOAH gelişimi üzerine etkisi kesin olarak bilinmemekle birlikte, düşük sosyoekonomik duruma sahip kişilerde KOAH gelişiminde risk oluşturan başlıca faktörlerin sigara kullanımı, kalabalık ev ortamında bulunma, iç ortam hava kirliliğine maruz kalma, intra-uterin dönemden itibaren beslenme yetersizliği yaşama ve sık enfeksiyon geçirme olduğu bildirilmektedir (GOLD, 2019).

4.1.3.9. Beslenme

KOAH gelişiminde beslenmenin rolünün araştırıldığı kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur. Sistemik inflamasyon ile seyreden KOAH patogenezinde antioksidan C vitamininin, oksidan/antioksidan dengesi açısından önemli olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda C vitaminin yetersiz alınması ile FEV1 değeri düşüklüğünün ilişkili olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada magnezyum elementinin oral alımının arttırılmasının solunum fonksiyonları üzerinde olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir (Çil Akıncı ve Pınar, 2011; De Marco ve ark., 2011).

4.1.3.10. Hava yolu aşırı duyarlılığı (Hiperaktivite)

Çocukluk çağında bronş aşırı duyarlılığı olan veya astım nedeniyle tedavi görenlerde KOAH gelişme riskinin arttığı yönde görüşler mevcuttur. Bu kişilerde KOAH gelişme riskinin oniki kat arttığı ve %20'sinde KOAH geliştiği belirtilmektedir (GOLD, 2019; Köktürk ve ark., 2017).

4.1.3.11. Pasif sigara maruziyeti

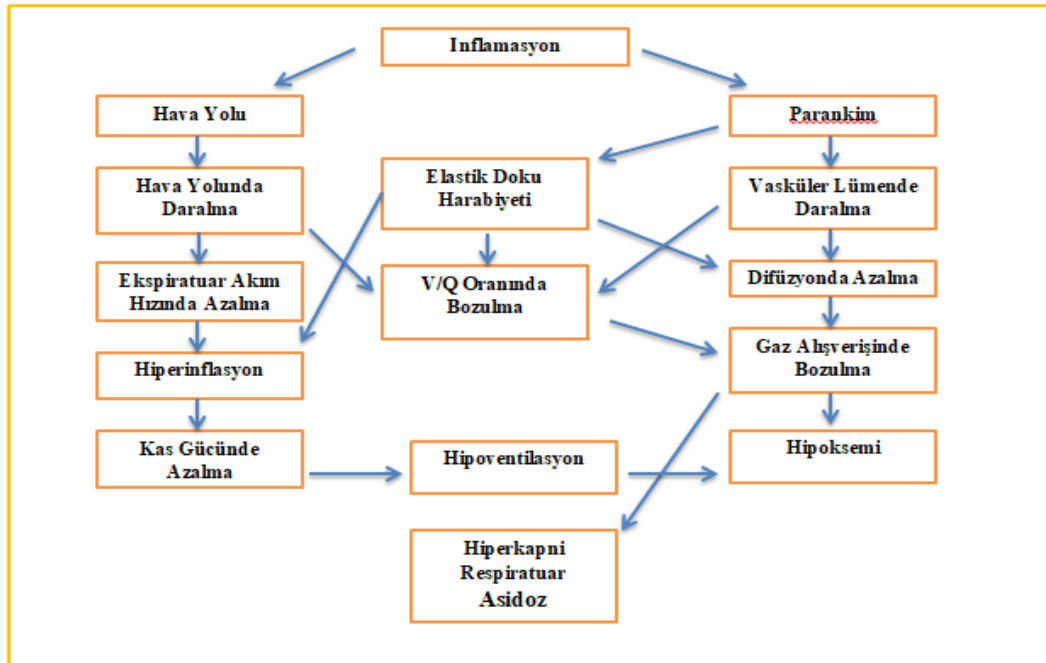
Pasif sigara içimi, akciğerlerin toplam inhale partikül veya gaz yükünü arttırarak solunumsal semptomların yaşanmasına ve KOAH'a neden olmaktadır. Pasif sigara dumanına maruziyetin etkileri prenatal ve/veya postnatal dönemde de ortaya çıkabilir. Yapılan çalışmalarda ebeveynleri sigara tüketen çocuklarda ve çevresel

tütün dumanına maruz kalan yetişkinlerde, solunumsal semptomlar ve solunum sistemi hastalıklarının daha sık görüldüğü bulunmuştur (Kocabaş, 2010).

Pasif sigara içiciliğine maruz kalma oranı üzerine yapılan bir çalışmada, KOAH gelişimi ile sigara kullanmayan fakat çocukluk ve erişkinlik dönemlerinde pasif olarak sigara dumanına maruziyeti olan hastaların maruziyet süresi ve yoğunluğu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Yin ve ark., 2007).

4.1.4. KOAH fizyopatolojisi

KOAH'ın sebep olduğu fizyopatolojik değişimler; hava akımı kısıtlanması ve hava hapsi, gaz değişim anormallikleri, siliyer disfonksiyon, mukus hipersekresyonu, pulmoner hipertansiyon, kor pulmonale ve sistemik bulgulardır (Brashier ve Kodgule, 2012; GOLD, 2019). Bu fizyopatolojik değişimler hastalarda nefes darlığı, öksürük ve balgam çıkarma, egzersiz performansında azalma, hipoksemi, hiperkapni, kilo kaybı ve depresyon gibi semptom ve bulguların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Başyiğit, 2010). KOAH'ta, havayolunda ve parankim dokusunda gerçekleşen fizyopatolojik değişiklikler Şekil 4.4.'de verilmiştir (Saryal, 2008).



Şekil 4.4. KOAH Fizyopatolojisi (Saryal, 2008)

4.1.4.1. Hava akımının kısıtlanması ve hava hapsi

KOAH'ın en belirgin fizyopatolojik bulgusu, eforla şiddetlenen geri dönüşsüz ve ilerleyici ekspiratuar hava akımının kısıtlanmasıdır. Hava yolu içerisindeki mevcut inflamasyon, ödem, fibrozis, parankim harabiyeti nedeniyle hava yolu açıklığı sağlanamamakta ve ekspiratuar itici gücün azalması nedeniyle hava akımı kısıtlanmaktadır. Hava yolundaki obstrüksiyon solunum fonksiyon testinde (SFT) FEV1 ve FEV1/FVC değerlerinin azalmasıyla belirlenir (GOLD, 2019; Kocabaş ve ark., 2014).

Hava yolu darlığı, alveollerin lümenine uyguladıkları elastik geri çekim basıncında (elastik recoil) ve ekspiratuar itici güçte azalmaya, inspirasyonla alınan havanın ekspirasyonda tamamıyla atılamamasına yani hava hapsine neden olmaktadır. Hava hapsi, egzersiz başta olmak üzere solunum sayısının ve yükünün arttığı durumlarda daha belirgin hale gelmektedir (Brashier ve Kodgule, 2012).

4.1.4.2. Gaz değişimi anormallikleri

Hastalığın ilerleyen periyodunda oksijen-karbondioksit alışverişi giderek bozulmakta ve ventilasyon gittikçe azalmaktadır. Solunum kaslarının zayıflaması ve hiperinflasyona bağlı hava kısıtlanması sonucu artan solunum eforu, azalmış ventilasyonla birleşince karbondioksit retansiyonu gelişmektedir. Alveolar ventilasyonla birlikte pulmoner vasküler hipoperfüzyon nedeniyle ventilasyon/perfüzyon oranı giderek azalmaya başlar. KOAH hastalarında hipokseminin en önemli nedeni ventilasyon/perfüzyon dengesizliğidir (Olgun ve ark., 2014; Köktürk ve ark., 2017).

4.1.4.3. Mukus hipersekresyonu

Sigara dumanı ve diğer iritanların maruziyetine bağlı olarak submukozal bezlerde genişleme ve goblet hücre sayısındaki artış, mukus hipersekresyonuna neden olmaktadır. Bu durum kronik öksürük ve balgam çıkarma yakınmasına neden

olan kronik bronşit ile ilişkilidir, her zaman hava akımı kısıtlanması ile birlikte olmayabilir (Başyigit, 2010; GOLD, 2019).

4.1.4.4. Pulmoner hipertansiyon ve kor-pulmonale

KOAH'lı hastaların pulmoner arterlerinde hipoksemiye bağlı gelişen hipoksik vazokonstriksiyon ve düz kas kitlesinde artış pulmoner arter basıncının artmasına (pulmoner hipertansiyon, PHT) neden olmaktadır. KOAH'ta PHT sık gözlenmemektedir (Sakao ve ark., 2014). Hava yollarındaki inflamasyona yanıtın benzeri, damar ağında da mevcuttur. Damar içerisindeki inflamasyon, endotel disfonksiyonuna ve intima tabakasında fibroze neden olmakla birlikte damar lümenini daraltmakta ve PHT gelişmesini kolaylaştırmaktadır. İlerleyici PHT, sağ ventrikül hipertrofisine, sonuç olarak sağ kalp yetmezliğine (Kor-Pulmonale) yol açabilmektedir. Bacaklarda şişlik olması sağ kalp yetersizliği geliştiğini gösteren ilk bulgudur.

Bunun dışında amfizemde meydana gelen parankimal destrüksiyon;

- Damar içi yıkımına neden olarak hipoksemiye bağlı polisitemiye,
- Kanın viskozitesini arttırarak adezyon moleküllerinin artışına,
- Mikroemboli ve trombus gelişimini kolaylaştırarak hiperkapni ve asidoza,
- Damar düz kasında kontraksiyona yol açarak pulmoner hipertansiyona neden olmaktadır (Peinado ve ark., 2008; Sakao ve ark., 2014).

4.1.4.5. Alevlenmeler

Solunum yolu enfeksiyonları, çevresel ve bilinmeyen faktörler tarafından tetiklenen alevlenmeler, hastalığın fizyopatolojisinde kritik öneme sahiptir. Hem ekspirasyondaki hava çıkışının azalmasıyla oluşan hiperinflasyon, hem de ventilasyon/perfüzyon oranındaki azalma ile oluşan hipoksemi, dispneyi derinleştirir. Pnömoni, tromboemboli ve akut kalp yetmezliği gibi durumlar alevlenmeyi taklit edebilir veya kötüleştirir (GOLD, 2019).

4.1.4.6. Sistemik etkiler

KOAH sadece akciğer parankim dokusunun inflamatuvar yanıtı olan bir hastalık değildir. Aynı zamanda oksitatif stres, dolaşımdaki inflamatuvar hücrelerin aktivasyonu ve proinflamatuvar sitokin düzeylerinin arttığı sistemik inflamasyon bulguları da olan bir hastalıktır. KOAH'ta sistemik inflamasyonun çizgili kaslara, sistemik damarlara ve periferik kana yansması sonucu egzersiz kapasitesinde azalma, kaşeksi, anemi, depresyon, kardiyovasküler hastalıklar görülmektedir. Bu sistemik etkilerin varlığı KOAH'ta kötü prognoz göstergesidir (Başyigit, 2010; GOLD, 2019).

4.1.5. KOAH semptomları

KOAH'ın en önemli semptomları kronik progresif nefes darlığı, öksürük ve balgam çıkarmadır. Hastaların yaşadığı bu semptomların şiddeti ve sıklığı günden güne hatta gün içerisinde bile değişkenlik gösterebilmektedir. Genellikle KOAH'a özgü semptomlarla hastalığın ilk evresinde karşılaşma oranı düşüktür, evre ilerledikçe yakınmalar artmaktadır. Semptomlar bireylerde görülme sıklığı açısından ve maruz kaldıkları risk faktörlerine bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. Risk faktörlerine maruz kalan kişiler nefes darlığı dışındaki, öksürük ve balgam çıkarma gibi başlangıç semptomlarını, sigaranın veya mesleki/çevresel maruziyetin sonucu olarak değerlendirip, hekime başvurma ihtiyacı hissetmezler. Bu semptomların başlamasından tanı konulana kadar genelde uzun zaman geçer. Nefes darlığı yakınması hekime başvurunun temel sebebidir. Bu nedenle KOAH tanısında gecikme yaşanmaktadır (GOLD, 2019; Kessler ve ark., 2011).

4.1.5.1. Dispne (Nefes darlığı)

KOAH'ın en belirgin ve en fazla kısıtlılığa yol açan semptomu dispnedir. Hastalar dispneyi, nefes almak için daha çok çaba harcama, bunalma, göğüste ağırlık, hava açlığı veya nefes nefese kalmak olarak adlandırırılar. Dispne tipik olarak progresif ve inatçı olup genelde efor ile ortaya çıkmaktadır (Erdoğan ve ark., 2010).

Dispne gelişiminden, hava yollarındaki bronkokonstrüksiyon, dinamik hiperinflamasyon nedeniyle solunum pompa etkinliğinin kaybolması, destrüksiyona bağlı olarak pulmoner kapiller yatağın azalması ve psikolojik etkenler sorumludur.

Hastalar düz bir zeminde hızla hareket ederken veya yokuş yukarı çıkarken nefes darlığı çekmekten şikâyetçilerdir. Nefes darlığı çevresel koşullara bağlı olarak değişebilmekte ve çoğunlukla dumanlı ya da tozlu ortamlarda daha da artış göstermektedir. Özellikle ısı ve nem gibi hava durumu değişikliğine karşı da hassasiyeti bulunmaktadır (GOLD, 2019).

4.1.5.2. Öksürük

Kronik öksürük, KOAH'ın ilk semptomlarından biridir. Kronik prodüktif öksürük yakınması hastalar tarafından genellikle sigara ve/veya çevresel maruziyete bağlı olarak düşünülerek patolojik bir semptom olarak algılanmaz veya önemsenmez. Hastaların yaklaşık %75'inde öksürük dispneden önce görülür ya da dispne ile birlikte başlar. Hastalar sıklıkla gece boyu biriken mukusu temizlemeye yönelik sabah öksürüğünden şikâyet ederler. Sabah öksürüğü KOAH'ı astımdan ayıran bir bulgudur. Sabahları daha belirgin olmak üzere öksürük, başlangıçta aralıklı oluşmakta, daha sonra gün boyu devam etmekte veya her gün ortaya çıkmaya başlamaktadır (Erdoğan ve ark., 2010; Rabe ve ark., 2007).

4.1.5.3. Balgam çıkarma

Balgam çıkarma, hastalığın başlangıç evresinde öksürük ile birlikte ortaya çıkan önemli bir yakınmadır. Normal sağlıklı bireylerde bir gün boyunca 100 ml balgam oluşur ve farkında olmadan yutulur. Bu yüzden hastanın farkına vardığı balgam patolojik olarak kabul edilmelidir. Stabil dönemde, balgam mukoid karakterde olup beyaz renklidir. Balgam miktarında artış veya sarı-yeşil renk değişikliği varsa, akla enfeksiyon gelmelidir. Hastalarda hava akım kısıtlaması ile birlikte balgam genelde yapışkan, çıkartılması zor, mukoid niteliktedir (Erdoğan ve ark., 2010; GOLD, 2019).

KOAH hastaları genellikle öksürükle az miktarda balgam çıkarırlar. Balgam çıkarma başlangıçta sabah saatlerinde sık olurken, hastalık ilerledikçe gün boyu

görölmeye başlar. Balgam çıkarma zaman zaman alevlenme ve remisyon dönemine girebilir. Balgam pürülansı, enflamatuvar belirtilerin arttığıının bulgusudur. Balgamlı öksürük 10 yıldan fazla sigara içen kişilerin yaklaşık yarısında gözlenen bir durum olsa da, her olguda KOAH gelişmemektedir (Kessler ve ark., 2011).

4.1.5.4. Wheezing (Hışıltılı solunum) ve göğüste sıkışma

Wheezing ve göğüste sıkışma hissi, KOAH'ın erken dönem semptomlarından olup evre ağırlaştıkça daha belirgin hale gelen spesifik olmayan semptomlardır. Görölmeleri KOAH tanısını dışlamadığı gibi varlığı da tanıyı doğrulayamamaktadır. Wheezing, üst solunum yollarından kaynaklanabilir ve oskültasyonda bir bulgu saptanmayabilir veya akciğerde dinlemekle yaygın olarak inspiratuvar ve ekspiratuvar ronküsler duyulabilir. Büyük hava yollarındaki türbülant hava akımına bağılı olarak gelişen wheezing, bronş düz kaslarındaki kontraksiyon, hava yollarının yapısal anlamda daralması ya da hava yollarında sekresyona bağılı olarak gelişebilmektedir. Wheezing ve göğüste sıkışma hissi; günden güne ve gün içinde sıklığı ve şiddeti değışebilen semptomlardır. Göğüste sıkışma hissi genellikle interkostal kasların izometrik kontraksiyonlarına bağılı olarak efor sonrası gelişebilmektedir (GOLD, 2019; Rabe ve ark; 2007).

4.1.5.5. Sistemik semptomlar

Hastalığın ilerleyen dönemlerinde iştahsızlık, yorgunluk, kilo kaybı, kas zayıflığı veya kas kaybı yaygın görölen problemlerdir. Bu bulgular prognostik olarak önem taşır ve başka hastalıkları da (akciğer kanseri, tüberküloz vb.) işaret edebilir (Kocabaş ve ark., 2014).

4.1.5.6. Psikolojik bozukluklar

KOAH hastalarında ümitsizlik, anksiyete ve depresyon belirtileri yaygın olup yaşanan alevlenmeler ve kötü sağılık bakımı ile ilişkilidir. KOAH'lı hastalar arasında bildirilen depresyon prevalansı %10-42 arasında değışmektedir. Depresyon ve

anksiyete mutlaka dikkate alınmalıdır. Hastalığın ileri evrelerinde gelişen fiziksel aktivite kısıtlılığı da hareketsizlik, sosyal izolasyon ve psikolojik bozuklukların gelişmesine neden olmaktadır. Bu semptomların dışında KOAH hastalarında gün boyu uyuklama, geceleri horlama ve uyku apne sendromu gibi uyku bozuklukları da gözlenebilir. Hipoksi yorgunluk, siyanoz ve aktivite intoleransına, hipoksemi ve hiperkarbi ise kognitif bozukluklara yol açabilmektedir (Hanania ve ark., 2011; Rutten ve ark., 2013).

4.1.6. KOAH'ta tanı

KOAH'ta semptom ve bulguların olmayışı tanı koydurmazken, bütün bulguların oluşu da kesin tanı için yeterli değildir. KOAH tanısının konulabilmesi için gerekli testlerin yapılması dışında kullanılacak tanı kriterleri; sigaraya maruziyet öyküsü, semptomların varlığı, muayene bulguları, kişinin hışıltılı solunum tariflemesi ve obstrüksiyondur. Bu bulgular kişiden kişiye değişmektedir (Kocabaş ve ark., 2014).

Tanı için klinik bulguları değerlendirmek önemlidir. İlerleyici, kalıcı ve egzersizle şiddetlenen dispne, kronik öksürük ve balgam çıkarma, tütün dumanı, mesleki toz ve kimyasallara maruz kalma, biomas maruziyeti ve ailede KOAH öyküsünün varlığı durumlarında klinik olarak KOAH tanısı ele alınmalıdır. KOAH tanısının doğru şekilde konulabilmesi için mutlaka spirometrik ölçüm yapılmalıdır. Ölçümlerin sonuçları eşliğinde yapılan muayene ve yaşanan semptomlar KOAH tanısının konulmasına yardımcı olmaktadır (GOLD, 2019).

4.1.6.1. Anamnez

Tanının konulmasında anamnezin çok önemli yeri vardır. KOAH'ta kronik öksürük, balgam çıkarma, egzersiz sonrası nefes darlığı, hışıltılı solunum ve göğüste sıkışma hissi gibi bulgular saptanır. Anamnez alınırken sigara içimi, mesleki maruziyet, biomas maruziyeti, iç ve dış ortam hava kirliliği, geçirilen enfeksiyonlar, astım ve diğer ek hastalıklar sorgulanmalıdır (Erdinç ve ark., 2010).

Anamnez alınırken geçmiş iyice sorgulanmalı ve doğru şekilde kaydedilmelidir. Bireyin daha önce hastaneye yatışının olup olmadığı, geçmişte geçirilmiş hastalıkları

(tüberküloz, astım, bronşit, alerji ve sinüzit hastalıkları vb.) kullanmış olduğu tütün grubu, mesleki geçmişi, herhangi bir kimyasal maddeye maruziyetinin olup olmadığı, yaşam koşulları ve beslenme alışkanlıkları mutlaka sorgulanmalıdır. Soygeçmişte belirtilen KOAH, anamnez açısından büyük önem taşımaktadır. KOAH genellikle birçok maddeye maruz kalmaktan dolayı gelişmekte ve geçmişte sigara kullanımının varlığı da tanı koymaya yardımcı olmaktadır (Kocabaş ve ark., 2014).

4.1.6.2. Fizik muayene

Fizik muayene, hastalığın değerlendirilmesinde değerlidir ancak tanı konulabilmesi için tek başına yeterli değildir. Hafif ve orta derecedeki KOAH hastalarında akciğer solunum fonksiyonlarında belirgin bozulma olmadığı için hava akım kısıtlanmasına ait fizik muayene bulguları genellikle saptanmaz, KOAH şiddetlendikçe fizik muayene bulgularının önemi artar ve genellikle hastalar bu aşamada doktora başvururlar. Fizik muayene bulguları hastanın kliniğine göre farklılık gösterebilir (Erdoğan ve ark., 2010; Rabe ve ark., 2007).

İleri evre KOAH hastasının fizik muayenesinde;

➤ İnspeksiyonda, hastalarda takipnenin etkisiyle göğüs ön-arka çapında artma ve fiçi göğüs, yardımcı solunum kaslarının kullanılması, büyük dudak solunumu, alt kostalarda paradoksik hareket, pretibial ödem, hiperkapni nedeniyle periferik venöz dolgunluk, kaşeksi, santral ve periferik siyanoz, asteriksis görülebilir. Hastalar nefes darlığından dolayı kesik kesik konuşurlar ve solunum sayıları artmıştır. Hastalar oturarak ve öne doğru eğilerek solunmaya çalışırlar. Akciğerlerde hava hapsi olduğu için ekspiryumda büyük dudak solunumu yaparlar, inspirasyon sırasında alt lateral göğüs duvarı içeri doğru çekilir bu duruma ise Hoover belirtisi denir.

➤ Palpasyonda, hepatojuguler reflü görülebilmektedir.

➤ Perküsyonda, ciddi hiperinflasyondan dolayı ekspirasyonda azalma olacağından timpanizm sesi (hipersonorite) duyulur.

➤ Oskültasyonda, solunum seslerinin şiddetinde azalma amfizemle açıklanmaktadır. Ronküs sesleri, KOAH hastalarında sık saptanan dinleme bulgusudur. Hastaların çoğunda zorlu ekspiryum süresi 6 saniyenin üzerindedir. Erken raller, sekresyon varlığına ve küçük hava yollarının erken açılmasına bağlıdır.

Ekspiryumda uzama, ciddi hava yolu obstrüksiyonunda sessiz akciğer ve wheezing duyulabilir (Başyigit, 2010; Kartal ve Akkoyunlu, 2013; Kocabaş ve ark., 2014).

KOAH hastalarının kardiyak muayenesinde, sinüzal taşikardi ve aritmi saptanabilir. Sağ ventriküler galo, ikinci sesin (S2) şiddetlenmesi, pulmoner ve triküspit kapak yetersizliğine ait üfürümler duyulabilir. KOAH'lı hastalarda ileri tanılama yöntemleri kullanılarak tanı doğrulanmalıdır (Erdinç ve ark., 2010).

4.1.6.3. Solunum fonksiyon testi

Spirometrik inceleme, KOAH tanısı akla gelen her hastada kesin tanı için mutlaka yapılmalıdır. Spirometrik inceleme hastada mevcut hava akımı kısıtlanmasını gösteren en iyi standardize edilmiş, kolay, tekrarlanabilir ve en objektif yaklaşımdır. Sağlık birimlerinde hastaların spirometriye ulaşabilmeleri ve sağlık personelinin spirometrik değerlendirme yapabilmek için yetkin olması önerilmektedir (GOLD, 2019).

Spirometrik inceleme KOAH tanısının konulmasında, evrenin belirlenmesinde, tedaviye yanıtın izlenmesinde, prognoz, etiolojinin saptanmasında ve gelecekteki alevlenmeleri takip etmede en sık kullanılan, noninvaziv bir laboratuvar yöntemidir. Spirometrik ölçümler ırk, yaş, boy, kilo ve cinsiyeti temel alan referans değerler kullanılarak yorumlanmalıdır (Rabe ve ark., 2007).

SFT, maksimum inspirasyon sonrasında maksimum ekspirasyon yapan hastanın zorlu bir manevrayla mümkün olduğunca hızlı bir şekilde tüm havayı dışarı üfleme çalışmasına dayanmaktadır. Sağlıklı bireylerde 3-4 saniyede tamamlanabilen bu zorlu ekspirasyon manevrası hava yolu kısıtlılığı arttıkça 15 saniyeye kadar uzayabilmektedir. SFT'de üç önemli değer ölçülmektedir.

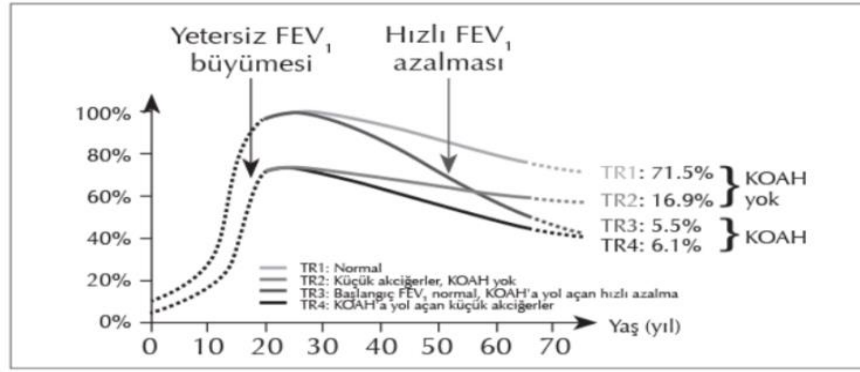
- FEV1: Birinci saniyede zorlu ekspirasyon hacmi,
- FVC: Maksimum inspirasyondan, maksimum ekspirasyonla atılan toplam hava hacmi,
- FEV1/FVC: yüzde cinsinden FEV1'in FVC'ye olan oranını ifade etmektedir.

Sağlıklı bireylerin akciğerlerindeki toplam havanın %70-80'i zorlu manevra ile birinci saniye sonunda ekspire edilmektedir. Normal FEV1/FVC değeri %70-80

arasında olmalıdır (Price ve ark., 2009; Süerdem ve Çalıköglü, 2015; Ulubay ve ark., 2019).

KOAH şüphesinde varsa kısa etkili bronkodilatör olarak 400 mcg salbutamol verildikten en az 15-20 dakika sonra ölçülen FEV₁/FVC oranının %70'ten küçük olması hastanın hava akımı kısıtlılığı olduğunu doğrular (Kocabaş ve ark, 2014).

2015 yılında yapılan bir çalışmada, bireylerin genç erişkin ve ileri erişkin dönemlerinde olmasına bağlı KOAH'taki spirometri eğrileri arasında değişkenlik olduğu gösterilmiştir (Şekil 4.5) (Lange ve ark, 2015).



Şekil 4.5. Genç ve Yaşlı Hastalarda FEV₁ Düşüşü (Lange ve ark, 2015)

SFT sonuçları ve akciğer yaşı, KOAH hastalarında sigara bırakma faaliyeti için motivasyon kaynağı olarak kullanılmaktadır. Akciğer yaşı spirometrik sonuçlarla ilişkilidir. Normal şartlarda kronolojik yaşla akciğer yaşı arasında bir korelasyon bulunmaktadır. Birey KOAH'a sahipse spirometrik sonuçları, kronolojik yaşından çok daha büyük bir akciğer yaşına denk gelmektedir. Bu sonuçları hastaya açıklamak ve göstermek sigara bırakma motivasyonunu artırma yönünden olumlu etki göstermektedir (Jimenez Ruiz ve ark., 2013; Pelegrino ve ark., 2013).

4.1.6.4. Radyolojik inceleme

KOAH tanısı için kullanılan görüntüleme yöntemleri radyografi ve bilgisayarlı toraks tomografisidir. Akciğer grafisindeki aşırı havalanma bulguları KOAH'ı destekleyebilir, ancak tanı koydurucu değildir. Akciğerlerde aşırı havalanma bulguları akciğerde patolojik değişikliklere işaret etmektedir. Aşırı havalanmanın varlığı halinde diyafram kubbeleri düzleşir, damla kalp görünümü saptanabilir,

periferde damar gölgeleri silikleşebilir. Lateral grafide sternum arkasındaki ve kalbin arkasındaki alanlarda hiperinflasyon ve genişleme, manibrium sterni ile çıkan aort arasındaki mesafe 2 cm'yi geçebilir. Diyafram düzleşmiş, lateral grafide diyafram ile sternum arasındaki açı genişleşmiş, toraks ön-arka çapı artmıştır. Göğüs radyografileri pnömotoraks, plevral hastalıklar, akciğer fibrozisi, kalp yetersizlikleri, pnömoni ve akciğer kanseri gibi ayırıcı tanılarının tanımlanmasına da yardımcı olabilmektedir (Kocabaş ve ark., 2014; Köktürk ve ark., 2017; Stanford ve ark, 2017).

Bilgisayarlı toraks tomografisinin rutin olarak çekilmesi radyasyon açısından da riskli olduğu ve genelde tedaviye yön veremediği için önerilmemektedir. Ancak bilgisayarlı tomografi, akciğer grafisine göre daha güvenilirdir. Daha çok detay verir ve tanıyı koymayı daha çok kolaylaştırmaktadır. KOAH'ta bilgisayarlı tomografinin kullanılma amacı bronşektazi, pulmoner tromboemboli ve akciğer kanseri gibi ileri evre hastalıklara tanı konulabilmesidir (Galbán ve ark, 2012; Price ve ark, 2014).

4.1.6.5. Akciğer volümleri ve difüzyon kapasitesi

KOAH'ın erken döneminde rezidüel volüm miktarında artış görülmektedir. Hava yolu obstrüksiyonunda ise total akciğer kapasitesinde artış olması beklenmektedir. Akciğer volüm kapasitesindeki artışın ölçümünde pletismografik ölçümleri önemlidir. Bu ölçümler KOAH'ı evrelemede büyük önem taşımaktadır. Difüzyon kapasitesi ölçümü (DLCO), amfizemi astımdan ayırmada etkili bir yoldur. DLCO ile elde edilen sonuçlar alveolo-kapiller membran bozukluğunun varlığını doğrulayarak amfizeme işaret etmektedir. DLCO ile hava akım kısıtlanma derecesi ile uyumsuz derecede nefes darlığı tarifleyen hastalarda, amfizemin fonksiyonel etkileri hakkında bilgi verebilir (Kocabaş ve ark., 2014; Rabe ve ark., 2007).

4.1.6.6. Arter kan gazı (AKG) ve oksimetre ölçümleri

Oksimetre, hastanın saturasyonunun (SpO₂) değerlendirilmesi ve oksijen ihtiyacının belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Erken evredeki KOAH'ta SpO₂ oksimetreyle ölçülmektedir. SpO₂'nin %92'den küçük olması durumunda AKG ölçümünün yapılması gerekmektedir. AKG, KOAH'ın ileri ve orta evrelerinin

değerlendirilmesinde yardımcı olmaktadır. AKG anormallikleri akut ataklarda, uyku sırasında ve efor esnasında oluşmaktadır. FEV1<%35 olan ya da solunum ve/veya kalp yetersizliğine ait bulguları olan olgularda SpO2 ölçümü yapılmalıdır. KOAH hastalarının AKG incelemesinde genellikle parsiyel oksijen basıncında ve pH'da düşme, parsiyel karbondioksit basıncında ise yükselme görülür (Kocabaş ve ark., 2014; Köktürk ve ark., 2017). KOAH'ta değerlendirme; hastalık şiddetini, hastalığın sağlık durumu üzerine etkilerini, gelecekteki riskleri (alevlenmeler, hastaneye yatış, ölüm) belirlemeyi amaçlamaktadır. Değerlendirmenin sonucuna göre tedaviye yön verilmesi gerekir. Bu nedenle değerlendirme, semptomların mevcut düzeyi, spirometrik olarak hastalık ağırlığı, alevlenme riski ve komorbiditelerin varlığının belirlenmesini içermelidir (GOLD, 2019).

4.1.7. KOAH'ta evreleme

KOAH'da evreleme için son yıllarda GOLD standartları kullanılmaktadır. İlk rehberini 2001 yılında yayınlayan GOLD, bugüne kadar pek çok güncelleme yapmıştır. Bu güncellemeler GOLD tarafından 2001, 2006, 2011 ve 2017 yıllarında yapılmıştır (Tablo 4.5), (Tablo 4.6), (Şekil 4.6), (Şekil 4.7) (Adamek ve ark., 2012; GOLD, 2019; Rodriguez-Roisin ve ark., 2017).

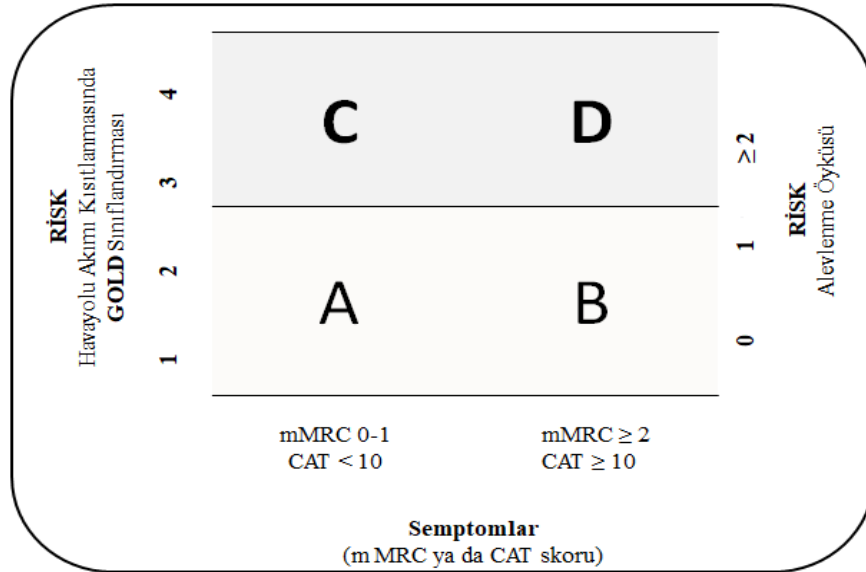
Tablo 4.5. GOLD 2001 Raporu Bronkodilatör Sonrası KOAH Evrelemesi (Rodriguez-Roisin ve ark., 2017)

<i>Evre</i>	<i>Özellikler</i>
0	Risk Yok Normal Spirometri Kronik semptomlar (öksürük, balgam üretimi)
1	Hafif KOAH FEV1/FVC<%70 FEV1>%80 Kronik semptomlu veya semptomsuz (öksürük, balgam üretimi)
2	Orta KOAH FEV1/FVC<%70 %30<FEV1<%80 Kronik semptomlu veya semptomsuz (öksürük, balgam üretimi)
3	Ağır KOAH FEV1/FVC<%70 FEV1<%30 Solunum yetmezliğinin varlığı veya sağ kalp yetmezliği bulguları

Tablo 4.6. GOLD 2006 Raporu Bronkodilatör Sonrası KOAH Evrelemesi (Rodriguez-Roisin ve ark., 2017)

<i>Evre</i>	<i>FEV1/FVC'nin <%0.70 olduğu hastalarda;</i>	
GOLD 1	<i>Hafif</i>	<i>FEV1 Bekleninin ≥%80'i</i>
GOLD 2	<i>Orta</i>	<i>FEV1 Bekleninin ≥%50'si ile <%80'i</i>
GOLD 3	<i>Ağır</i>	<i>FEV1 Bekleninin ≥%30 ile <%50'si</i>
GOLD 4	<i>Çok Ağır</i>	<i>FEV1 Bekleninin <%30'u</i>

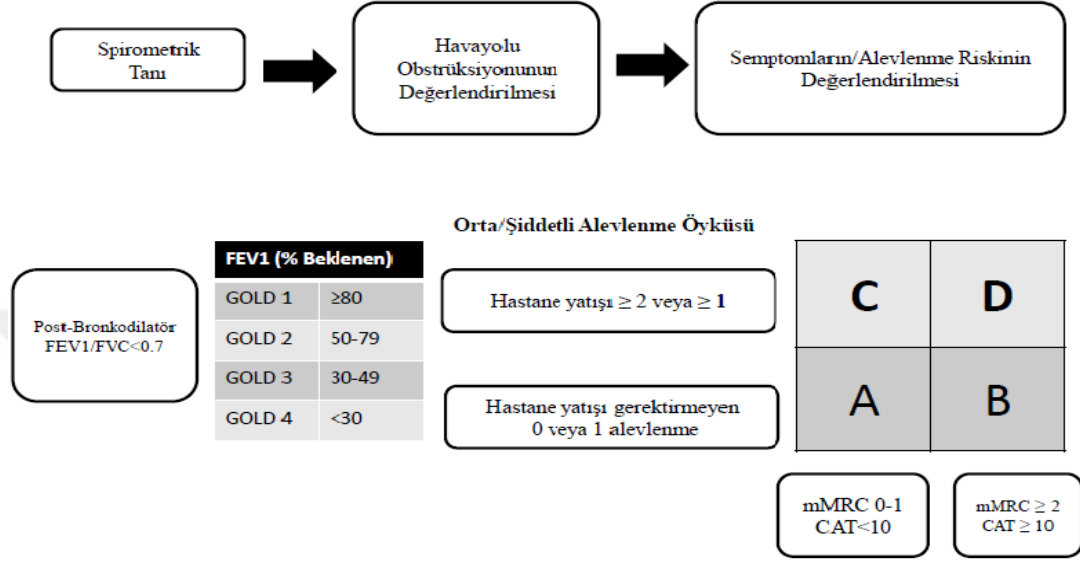
GOLD 2006 raporunda belirtilen bronkodilatör sonrası FEV1 değerine bağlı spirometrik sınıflamasının (özellikle FEV1 değerinin) tek başına kullanılmasının yeterli olmayacağı sonucuna ulaşılmıştır. En doğru tedaviyi belirlemek için spirometrik değerlerin, semptomların düzeyinin ve alevlenme sayısının birlikte kullanılması gerektiği vurgulanmıştır (Şekil 4.7) (GOLD 2019).



A Grubu: Düşük Risk, Daha Az Semptom B Grubu: Düşük Risk, Daha Fazla Semptom
C Grubu: Yüksek Risk, Daha Az Semptom D Grubu: Yüksek Risk, Daha Fazla Semptom

Şekil 4.6. GOLD 2011 Raporu Birleşik Değerlendirme KOAH Şiddeti Sınıflandırması (Adamek ve ark., 2012)

GOLD 2017 raporunda KOAH evrelemesi, GOLD 2011’de oluşturulan birleşik değerlendirme sistemi güncellenmiştir. Birleşik değerlendirme tablosunda semptomlar, nefes darlığı, spirometrik derecelendirme, atak gelişme riski birlikte değerlendirilmektedir (Şekil 4.7) (GOLD, 2019).



Şekil 4.7. GOLD 2017 Raporu KOAH Değerlendirme Şeması (GOLD, 2019)

4.1.7.1. Semptomların değerlendirilmesi

KOAH şiddetini belirleyebilmek için oluşturulan GOLD 2018 birleşik değerlendirme şemasındaki ABCD gruplarını belirleyebilmek için, hastanın semptomları ve alevlenme öyküsü dikkate alınmaktadır. Semptomların değerlendirilmesi için Modified Medical Research Dispne Skalası (İngiliz Medical Research Council Dispne Skalasının ATS tarafından modifiye edilmiş şekli, mMRC) veya KOAH Değerlendirme Ölçeğinin (COPD Assessment Test, CAT) kullanılması önerilmektedir (GOLD, 2019).

Dispne, KOAH’ın en önemli semptomlarından biridir. Dispnenin derecesi, hastaların hastalığı algılayışı hakkında bilgi verir ve ölçülebilmektedir.

mMRC Dispne Skalası, kullanılarak KOAH’ın kişide oluşturduğu nefes darlığının derecesi ve gelecekteki mortalite riski ile ilgili bilgi elde edilebilir. Skala KOAH’lı hastalarda nefes darlığı ve aktivitenin kısıtlanmasını değerlendirmektedir.

Skalada hasta yaşadığı nefes darlığının derecesini 1-5 arası skora uyacak şekilde ifade eder (Tablo 4.7) (Kara ve Yıldız, 2013).

Tablo 4.7. mMRC Nefes Darlığı Skalası (Kara ve Yıldız, 2013)

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

KOAH Değerlendirme Testi, KOAH'ın, hastaların sağlık durumunu ne ölçüde etkilediğini gösteren dünya genelinde pek çok dilde geçerlilik ve güvenilirliği sağlanarak kullanılan sekiz maddelik bir ölçektir. Skorlar 0-40 arasında değişmektedir. Ölçekte yer alan sorular ile hastanın günlük yaşama ve kişinin sağlık durumuna etkisi ile ilgili bilgi elde edilmektedir (Tablo 4.7) (Jones ve ark., 2009; Yorgancıoğlu ve ark., 2012).

Tablo 4.8. KOAH Değerlendirme Testi (Yorgancıoğlu ve ark., 2012)

Değerlendirilen Parametreler	Derecelendirme	Değerlendirilen Parametreler
Hiç öksürmüyorum	0 1 2 3 4 5	Sürekli öksürüyorum
Akciğerlerimde hiç balgam yok	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerim tamamen balgam doldu
Göğsümde hiç tıkanma/daralma hissetmiyorum	0 1 2 3 4 5	Göğsümde çok daralma var
Yokuş veya bir kat merdiven çıktığımda nefesim daralmıyor	0 1 2 3 4 5	Yokuş veya bir kat merdiven çıktığımda nefesim çok daralıyor
Evdeki hareketlerimde hiç zorlanmıyorum	0 1 2 3 4 5	Evdeki hareketlerimde çok zorlanıyorum
Akciğerlerimin durumuna rağmen evimden çıkmaya hiç çekinmiyorum	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerimin durumuna rağmen evimden çıkmaya çekiniyorum
Rahat uyuyorum	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerimin durumu nedeniyle rahat uyuyamıyorum
Kendimi çok güçlü/enerjik hissediyorum	0 1 2 3 4 5	Kendimi güçlü/enerjik hissetmiyorum

Birleşik değerlendirmede önce mMRC Dispne Skalası veya KOAH Değerlendirme Ölçeği kullanılarak semptomlar belirlenir. mMRC değeri >2 veya

CAT skoru>10 olması, hastaların semptomların fazla olduğunu göstermektedir. Hastalar, daha az semptoma sahip olanlar (A ve C grupları) ve daha çok semptoma sahip olanlar (B ve D grupları) olarak sınıflandırılır. Daha sonra alevlenme riski değerlendirilir; A ve B grupları düşük alevlenme riskini, C ve D grupları yüksek alevlenme riskine sahip hastaları tanımlar (GOLD, 2019).

4.1.8. KOAH tedavisi

Son yıllarda epidemiyoloji, risk faktörleri ve patogenez konusunda elde edilen bilgi birikimi, günümüzde KOAH'tan korunmada ve tedavide yeni olanaklara imkân sağlamış, KOAH'a önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalık özelliği kazandırmıştır. Birçok kronik hastalığın tedavisinde olduğu gibi KOAH tedavisinde de bütüncül yaklaşım önerilmektedir ve birçok parametre göz önünde bulundurulmalıdır. Çünkü hastalığın şiddeti, belirtileri, ilerleme hızı ve eşlik eden hastalıklar gibi özellikleri bireyden bireye değişmektedir. Bu nedenle hastalara uygulanacak tedavinin de bireysel olduğu vurgulanmaktadır (Miravittles ve ark., 2012).

Etkili KOAH tedavisinin amaçları;

- Hastalığın ilerlemesini önlemek,
- Sağlık durumunu iyileştirmek,
- Alevlenmeleri önlemek ve tedavi etmek,
- Semptomları kontrol altına almak ve iyileştirmek,
- Solunum yolu enfeksiyonlarını önlemek,
- Bronşlardaki sekresyonun atılımını kolaylaştırmak,
- Egzersiz toleransını artırmak,
- Anksiyete ve depresyonun tedavisini sağlamak,
- Komplikasyonları önlemek ve tedavi etmek,
- Gelecekteki riskleri azaltmak,
- Mortaliteyi azaltmak,
- Yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir (Çevik Akyıl, 2012; Erdiñç ve ark., 2010; GOLD, 2019; Tülek, 2010).

Belirlenen amaçlar doğrultusunda tedavi dört temel yaklaşım ele alınarak uygulanmalıdır. Bu yaklaşımlar;

- Hasta eğitimi,
- Risk faktörlerinin azaltılması,
- Stabil KOAH tedavisi
- Alevlenmelerin tedavisidir (Çevik Akyıl, 2012; Erdinç ve ark., 2010).

4.1.8.1. Hasta eğitimi

Tanının kesinleşmesiyle hasta ve yakınları KOAH hakkında bilgilendirilmeli, hastanın tedaviye aktif katılımı sağlanmalı ve aktif bir hayat sürmesi önerilmelidir. Hasta eğitimi KOAH'ın şiddetine göre ayarlanmalı, hastalık ilerledikçe ortaya çıkan gereksinimlere göre eğitim planlanmalıdır. İdeal KOAH tedavi planında, hasta eğitimi mutlaka olmalıdır (Çelik ve ark., 2010; Erdinç ve ark., 2010).

KOAH'ta hasta eğitimi;

- Hastalık hakkında temel bilgilerin verilmesi,
- Sigarayı bırakma ve risk faktörlerinden kaçınma,
- İnhaler cihazların kullanımının öğretilmesi,
- Solunum egzersizleri (Diyafragmatik solunum, büzük dudak solunumu),
- Hastalık ve ilaçlar hakkında bilgilerin verilmesi,
- Alevlenmelerin önlenmesi,
- Oksijen tedavisi ve dispneyi önleme yöntemleri,
- Dengeli ve sağlıklı beslenme, hidrasyon,
- Egzersizin yararları ve fiziksel aktiviteyi sürdürme,
- Enerji tasarrufu ve günlük işleri basitleştirme teknikleri,
- Bronşiyal hijyen teknikleri,
- Boş zamanları değerlendirme ve seyahat,
- Kronik hastalıklarla başetme ve uyum,
- Sağlık kurumlarına başvurma endikasyonları,
- Yaşam sonunun planlanması konularını içermelidir (Erdinç ve ark., 2010;

Olgun ve ark., 2014).

4.1.8.2. Risk faktörlerinin azaltılması

Başarılı bir KOAH tedavisi için hastalığın her evresinde risk faktörlerinden korunmak büyük önem taşımaktadır. Erken dönemde tanı konulan vakalarda hastalığın ilerlemesini önlemek için hastalara risk faktörlerine maruziyetin azaltılması ve kaldırılması, özellikle sigara tüketiminin sonlandırılması, günlük ve düzenli fiziksel aktivite yapılması önerilmeli, aşılama ve gerektiğinde semptomatik tedavi uygulanmalıdır. Sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili olumsuzlukların (yaşam koşulları, işi, geliri, ilişkileri, sosyal desteği, nitelikli sağlık hizmetlerine ulaşımı vb.) giderilmesi konusunda hasta ve yakınlarına bilgilendirme yapılmalıdır (Kocabaş ve ark, 2014).

KOAH'ın oluşması ve doğal seyrini belirleyen en önemli risk faktörü sigara tüketimidir. Sigaranın bırakılması KOAH'ta hastalıkla mücadelede etkinliği gösterilmiş en önemli aşamadır. Sigaranın bırakılması ile akciğer fonksiyonlarındaki yıllık kayıplar azalmakta hatta yıllık FEV1 kaybı hiç sigara içmeyenlere yakın bir düzeye gerileyebilmektedir. KOAH'ta sigara içiminin bırakılması dışında hiçbir tedavi girişimi akciğer fonksiyonlarındaki yıllık kaybı ve hastalığın doğal seyrini önleyememektedir (Devine, 2008; GOLD, 2019).

KOAH açısından risk faktörü olarak gösterilen partiküllere maruziyetin, ortadan kaldırılması ya da azaltılması tedavide önemlidir. İç ortam hava kirliliğine neden olan iyi havalanmayan evlerde yaşamın hastalığın gidişatını etkilediği, gerekli önlemlerin alınmasının değerli olduğu belirtilmektedir (Erdoğan ve ark., 2010). Tüm işyerleri hava kalitesi açısından izlenmeli ve denetlenmeye yönelik yasal önlemlerin oluşturulması, işçilerin ve işverenlerin eğitimi, işyerlerinde sigara tüketilmesinin önüne geçilmesi ve önlenmesi birincil koruma açısından önem taşımaktadır. Hava kirliliğine yönelik yasal önlemler alınmalı ve uygulanmalı, havayı kirletmeyen uygun ısıtıcıların kullanımı arttırılmalıdır (Çevik Akyıl, 2012; Kocabaş, 2010).

Ayrıca KOAH hastalarına proflaktik olarak her yıl sonbahar aylarında influenza aşısının ve 65 yaş üzerinde ise beş yılda bir pnömokok aşısının yapılması önerilmektedir (GOLD, 2019; Olgun ve ark., 2014). Alınabilecek diğer önlemlerin içinde alkolden uzak durmak, A, C, E vitamini ve folik asit açısından zengin beslenmek, enfeksiyonlardan korunmak sayılabilir (Çevik Akyıl, 2012).

4.1.8.3. Stabil KOAH tedavisi

Stabil KOAH tedavisi hastalığın şiddetine, hastanın klinik durumu ve tedaviye yanıtına göre şekillenmektedir. Tedavide farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır (Kocabaş, 2010). Bu tedaviler ise ilaç tedavisi, ilaç dışı tedavi, beslenme desteği, oksijen uygulaması, noninvaziv mekanik ventilasyon, pulmoner rehabilitasyon, düzenli fiziksel aktivite-egzersiz eğitimi ve cerrahidir. KOAH tedavisinin ana hedefi; belirtilerin azaltılması, yaşam kalitesinin artırılması, hastanın günlük yaşam aktivitelerinin iyileştirilmesi ve hastalığın alevlenme dönemlerinin azaltılmasıdır (Çelik ve ark., 2010; Çevik Akyıl, 2012).

4.1.8.4. KOAH alevlenmeleri (Atak)

Alevlenmeler, solunum semptomlarına ek tedavi ihtiyacı gerektiren akut kötüleşmelerdir. Alevlenmeler, sıklıkla artmış havayolu inflamasyonu ve mukus üretimine ek olarak hava hapsinde artışa bağlı oluşan kompleks bir durumdur. Alevlenmeler hastalığın seyrini olumsuz etkileyebilmekte ve hastaneye yatışa neden olabilmektedir. GOLD 2019 raporunda alevlenme şiddetinin sınıflandırılması ve uygulanan tedavi seçeneklerine göre hafif, orta ve ağır olarak gruplandırılmıştır. Ağır alevlenmeler acil servise başvuran veya hastanede yatarak tedavi edilmesi gereken hastaların geçirdiği ataklardır (Çevik Akyıl, 2012; GOLD, 2019).

Alevlenmeler; sıklıkla başlatan ve kötüleştiren nedenler arasında respiratuar viral enfeksiyonlar, bakteriyel enfeksiyonlar ve çevresel faktörler sayılabilir. Viral enfeksiyona bağlı alevlenmeler daha çok kış mevsimlerinde görülüp hem daha şiddetli ve uzun seyrlidir hem de sık yatış gerektirebilir. KOAH atağı sıklıkla 7-10 gün arasında değişen bir süreci içerir ancak bazen daha uzun da sürebilir. KOAH atak şüphesiyle başvuran hastanın ilk değerlendirmesinde mutlaka hastanın günlük aktivite kapasitesi gibi bazal özelliklerini ve atak esnasındaki değişikliklerini içeren bir öykü alınmalıdır. Eğer varsa eski kan gazı değerleri akciğer görüntülemesi ve spirometrik değerler bazal değerleri saptamada ve atak tanısı koymada fayda sağlayabilir (GOLD, 2019).

KOAH atak tedavisinde amaç ise mevcut atağın etkilerini en aza indirmek, oluşan ek komorbiditeleri ve sonraki atakları önlemektir (Martinez ve ark., 2006). Atağın ya da altta yatan hastalıkların ciddiyetine göre hastalar yatarak ya da ayaktan izleme tedavi edilebilirler. Atak yaşayan hastaların %80'i kortikosteroid, bronkodilatör ve antibiyotik tedavisi ile ayaktan izlenmektedir (Celli ve Barnes, 2007; Hurst ve ark., 2010; Hoogendoorn ve ark., 2011).

Acil servislere alevlenme nedeniyle başvuran hastaların oksijen desteği sağlanmalı, sonrasında atağın hayatı tehdit edip etmediği, solunum yükünün artışı ve gaz değişimindeki var olan bozulmaya bakılarak non-invaziv/invaziv ventilasyon ihtiyacı sağlanmalıdır. Bunlardan herhangi birinin varlığı hasta için yoğun bakım yatışı gerekebilmekteyken bu bulguların hiçbirinin olmaması acil servis veya klinik izlemi gerektirebilir. Yapılan bir çalışmada KOAH atak nedenli hastanede yatarak tedavi gören hastalarda yatış sonrası beş yıllık mortalite oranının %50 civarında olduğu tespit edilmiştir (Hoogendoorn ve ark., 2011).

Başka bir çalışmada ise atakların ileri yaş, düşük vücut kitle indeksi, ek hastalıkların varlığı, önceki atak nedenli hastane yatışlarının varlığı, atağın ciddiyeti ve taburculuk sonrası oksijen ihtiyacının devam etmesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Piquet ve ark., 2013). Başka bir çalışmada da atak sıklığı ve ciddiyeti arttıkça hastaların akciğer egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır (Singanayagam ve ark., 2013).

4.2. Roper, Logan ve Tierney'in Hemşirelik Modeli

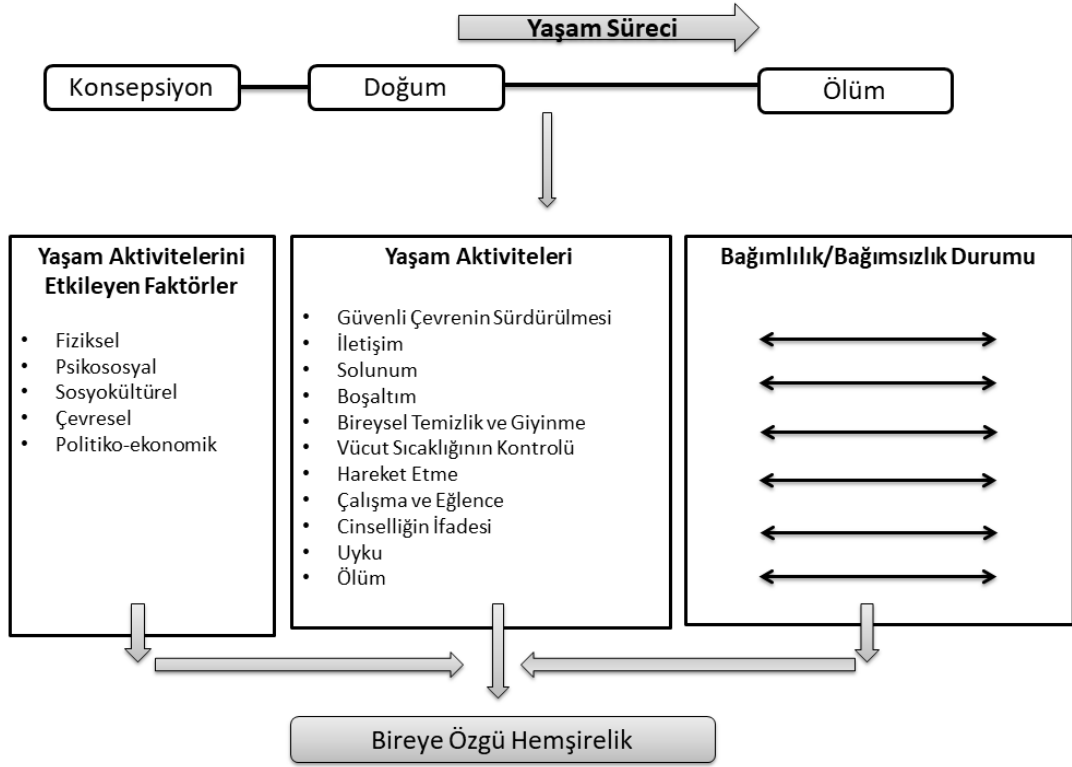
Hemşirelik Modeli İngiliz hemşire ve eğitimci Nancy Roper tarafından 1970'li yıllarda oluşturulan, 1980 yılında Winifred Logan ve Alison J. Tierney'in hemşirelik tecrübelerinin katılımıyla geliştirilen, temeli Abraham Maslow'un (1954) İnsan Gereksinimleri Hiyerarşi Modeline dayanan bir modelidir. Bu model, yaşamın anlamını ortaya koyan bir modeldir. Modelin en önemli özelliği, insanın bireyselliğine önem vermesi ve yapılan hemşirelik uygulamalarının bireyi korumaya, rahatlatmaya ve bağımsızlığını kazandırmaya yönelik olmasıdır (Roper ve ark., 2000).

Modelde yaşamın tüm evrelerinde, bağımlılık-bağımsızlık durumunu, biyofizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve politiko-ekonomik faktörlere ve bireyselliğe bağlı olarak farklı biçimlerde gerçekleştirilen günlük yaşam aktivitelerine ilişkin sorunların belirlenerek, çözümlenmesi ile birey ve ailesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedeflenmektedir (Akça Ay, 2015; Büyükyılmaz ve Aştı, 2009; Köşgeroğlu ve Mert Boğa, 2011; Roper ve ark., 2000; Williams, 2015).

Roper, Logan ve Tierney'e göre hemşirelik algısı mevcut hastalığın tedavisinden daha çok, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili yaşanan sorunların önlenmesi ya da çözümlenmesidir. Bu model birbirleri ile ilişkili, birbirlerini etkileyen beş bileşenden oluşmaktadır. Bunlar;

- Yaşam Aktiviteleri
- Yaşam Süresi,
- Bağımlılık/bağımsızlık Durumu,
- Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler,
- Bireye Özgü Hemşirelik (Şekil 4.8) (Roper ve ark., 2000).

Hemşirelik bakımında, modellerin kullanılması ile hasta bakımı ve kalitesi yükselmektedir. Hasta ve toplumun sağlığı için bir araya gelmiş multidisipliner sağlık ekibinin üyesi olan hemşireler, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili gerçek ve olası problemleri önleyerek, hafifleterek, çözüme ulaştırarak ve başatme yöntemlerini öğreterek bireye yardımcı olmaktadır (Kara, 2007; Köşgeroğlu ve Mert Boğa, 2011).



Şekil 4.8. Yaşam Modeli Şeması (Roper ve ark., 2000)

4.2.1. Yaşam Aktiviteleri

Yaşam aktiviteleri, bireyin hayatı boyunca yaşamını sürdürebilmesi için yerine getirdiği bir takım aktiviteleri içeren, hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturan koruma, rahatlama ve bağımlı fonksiyonlara odaklanır (Roper ve ark., 2000).

Roper ve arkadaşları hemşireliği sadece hastanın tedavisini uygulayıcı sıfatından çıkarmış, insanların günlük hayatlarını gözlemleyerek günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili sorunların önlenmesi ve çözülmesi olarak algılamıştır. Sağlıklı bireyin gereksinimlerini karşılamaya yönelik aktivitelerini gruplandırmışlardır. Her bir aktivite çok yönlü, kapsamlı ve diğer aktivitelerle bağlantılı ve ilişkilidir (Akça Ay, 2015; Birol, 2013; Williams, 2015). Günlük yaşam aktiviteleri biyofizyolojik temelli (güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, solunum, yeme-içme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, hareket, beden sıcaklığının kontrolü, uyku, ölüm) ve yaşam kalitesini yükselten aktiviteler (iletişim, çalışma ve eğlence, cinselliğin ifadesi) olarak sınıflandırılabilir (Şit, 2017).

4.2.1.1. Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi

Yaşamın devamlılığı ve günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilebilmesi için fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi önemlidir.

Bireyler günlük yaşamda çalışırken, eğlenirken, seyahat ederken kazalardan korunmak için önlemler alırlar. Güvenli çevrenin sağlanmasında; yangından, ev kazalarından korunma, travmalardan kaçınma, yiyeceklerin doğru koşullarda saklanması ve tüketilmesi gibi kişinin bireysel aldığı önlemlerin yanında nükleer silahsızlanma, çevre kirliliği ve hava kirliliği yaratan sanayileşmeyle mücadele, su kaynaklarının kirletilmesinin engellenmesi gibi toplumsal anlamda alınan yasal karar ve önlemleri içerir (Akça Ay, 2015; Kara ve Aşti, 2002; Roper ark., 2000).

Hasta yönünden güvenli çevre sağlanırken görme, işitme duyularıyla ilgili problem varlığının olup olmadığı tespit edilmeli hastanın hareket ile ilgili problemleri belirlenmeli mümkünse aktivite düzeyi artırılmalı, hareketsizliğe bağlı gelişebilecek komplikasyonlara karşı önlemler alınmalı ve planlamalar yapılmalıdır. Ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalar için hastane enfeksiyonlarının ve oluşabilecek bası yaralarının önüne geçilmeli, olası travmalara karşı ev ve hastane ortamına uygun gerekli çevre düzenlemesi yapılmalıdır (Akman, 2008; Birol, 2013).

KOAH hastalarında güvenli çevrenin sağlanmasında özellikle sigarasız ortamda bulunma, zararlı ve tahriş edici maddelerden uzak durma, enfeksiyonları önleme, ilaç ve oksijen tedavisine yönelik bilgilendirme esas alınmalıdır. İnvaziv girişimlere bağlı enfeksiyon gelişimi, düşme riski, mekanik ventilasyona bağlı oral mukozada kuruluk, yetersiz aktiviteye bağlı bası yarası gelişimi ve doku bütünlüğünde bozulmalar, oksijen kullanımına bağlı yanıklar gibi sorunları ele alınıp, gerekli önlemler alınmalı, hastalar bu sorunlardan korunmalı, desteklenmeli ve gözlenmelidir (Akça Ay, 2015; Köşgeroğlu ve Mert Boğa, 2011; Yıldırım, 2011).

4.2.1.2. İletişim

İletişim duygu, düşünce, gereksinimlerini anlatma veya bilgilerin her türlü yolla başkasına aktarılma ve anlama yoludur. İnsan yaşamının büyük bir kısmını insanlarla iletişim kurmayla geçirir. İletişimde gerçekleşen aksaklıkların sonucunda diğer

günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleşmesi olumsuz etkilenmektedir (Akça Ay, 2015).

İletişim konuşma, yazma, beden hareketleri ve mimiklerle kurulabilir. Hastayı bu yönden değerlendirirken görme, işitme, konuşma ve algılama fonksiyonları gözlemlenmeli ve değerlendirilmelidir. Var olan yetersizlikler hastanın çevresi ile yeterli iletişimi kurmasını engelleyebilmekte, tedaviyi ve bakımı olumsuz etkileyebilmektedir. Hasta ile iletişimi engelleyen nedenler araştırılmalı ve uygun girişimler planlanmalıdır (Akman, 2008; Birol, 2013; Roper ve ark., 2000).

2005 yılında yapılan bir çalışmada KOAH hastalarının %62'sinin iletişim aktivitesinin etkilendiği bildirilmiştir (Ünsal ve Yetkin, 2005). KOAH'lı hastalar öz-bakım gücü azalması, sosyal faaliyetler sırasında fazla enerji tüketimi ve iş kaybı nedeniyle günlük hayatlarında değişiklik yapmak zorunda kalırlar. Bu durum kişilerde anksiyete, depresyon, inkâr, bağımlılık ve sosyal izolasyona neden olmaktadır. Hastanın yaşadığı bu durum çevresiyle iletişimini etkilemektedir (Kara ve Aşti, 2002).

KOAH'lı bireylerde iletişimi zorlaştıran durumlar aralıklı ya da sürekli oksijen maskesi kullanımı sonucu ağız ve burun boşluğunun kapalı olması, dispne ya da sekresyon varlığı gibi durumlardır. Alternatif iletişim tekniklerini kullanmak (işaret dili, kalem kâğıt kullanma, dokunma, bilgisayar ya da resim panolarını kullanma vb.) KOAH'lı hastalarla iletişimi kolaylaştırmaktadır (Köşgeroğlu ve Mert Boğa, 2011).

4.2.1.3. Solunum

Solunum anne karnında başlayan ölüm ile son bulan, doğumdan sonra kişinin bağımsız olarak gerçekleştirdiği hayati öneme sahip bir aktivitedir. Efor sarf edilmeden yapılan solunum kişinin farkında olmadan yaptığı bir aktivitedir. Diğer aktivitelerin gerçekleşebilmesi solunum aktivitesinin gerçekleşmesine bağlıdır (Aydın, 2012; Roper ve ark., 2000). Hastanın solunum aktivitesi değerlendirilirken solunum güçlüğü'nün varlığı, varsa bu güçlüğü'nün nedeni, sıklığı ve süresi sorgulanmalı eşlik eden şikayetler değerlendirilmeli, solunumu etkileyen faktörler tanımlanmalı ve uygun girişimler planlanıp uygulanmalıdır (Birol, 2013). Hastaların deneyimlediği dispneyi yönetmede özellikle solunum ve öksürük egzersizlerinin öğretilmesinin önemi vurgulanmaktadır (Kara ve Aşti, 2002).

4.2.1.4. Beslenme

Yaşamın devamlılığı, sağlığın korunması, enerji ihtiyacını karşılayabilmek için solunum gibi beslenme de zorunlu bir aktivitedir. Kişinin yemek yeme alışkanlığı, yeme şekli, yiyecek ve içecek seçimi, yemek yapma şekli, yaşı, dini inancına, alerji durumuna, hastalıklarına, kullandığı ilaçlara, psikolojik, sosyo-kültürel ve ekonomik durumlarına bağlı değişiklik gösterir. Bireyin beslenme gereksinimi, alışkanlıkları ve etkileyen faktörler belirlenmeli, bu doğrultuda planlama yapılmalı, besin alımı gözlenmeli, beslenme ile ilgili yardım ihtiyacı değerlendirilmeli, vücut ağırlığı izlenmelidir (Akça Ay, 2015; Roper ve ark., 2000).

Solunum sistemi hastalığı olan kişilerde beslenme bozukluğu sık görülmektedir. Kilonun azalmasıyla birlikte iskelet kasından da kayıplar olmaya başlar, egzersiz kapasitesi azalır ve nefes darlığı artar. KOAH'lı hastalarda beslenmenin yetersiz olduğu durumlarda kas proteinlerinin yıkımına bağlı CO₂ (Karbondiyoksit) üretimi artmaktadır. Bu nedenle beslenme bozukluğu olan KOAH'lı hastaların risk faktörleri belirlenmeli, günlük kilo takibi yapılmalı, kullandığı ilaçlar ve yan etkileri, fiziksel aktivite düzeyi değerlendirilmeli ve uygun, yeterli kalori desteği sağlayacak beslenme programına geçilmelidir (Fernandez ve ark., 2016; Williams, 2017).

4.2.1.5. Boşaltım

Yaşamın ilk yıllarında kontrolsüz gerçekleşen boşaltım, ileri dönemlerde mahremiyet gerektiren, bağımsız ve kontrollü bir aktiviteye dönüşür. Hastalık sonucu gelişen yetersizlikler, bağımsızlık durumunu olumsuz etkiler ve mahremiyetin korunması güçleşir. KOAH hastaları tedavide kullanılan özellikle antikolinergik ilaçların etkileri, yaşlanma süreci ve aktivitede yaşanan sınırlamanın sonucunda boşaltımda sorunlar yaşayabilirler (Kara ve Aşti, 2002; Roper ve ark., 2000).

Bireyin boşaltım probleminin olup olmadığı kişiye rahatsızlık vermeyecek şekilde sorgulanmalı, boşaltım alışkanlığı, boşaltım materyalinin miktarı, kokusu, rengi ve sıklığı gözlemlenmeli ve boşaltımı etkileyen faktörler tespit edilmeli, aldığı-çıkardığı takip edilmeli, bireyin yaşına, kültürel, sosyo-ekonomik durumuna göre gerekli önlemler alınmalı ve uygun planlamalar yapılmalıdır (Biol, 2013).

4.2.1.6. Kişisel temizlik ve giyim

Bireyin sahip olduğu özgüvenin ve öz-bakımının en önemli göstergelerinden biri kişisel temizliktir. Bireysel temizlik kişinin sağlık durumu hakkında bilgi vermektedir. Bireyin kişisel temizlik aktivitesi sağlığı koruma, geliştirme, kendine saygı ve güveni artırır. Giyim ve temizlik bireysel alışkanlıklarla ilişkili olan kişinin beden algısına, yaşına, bilgi düzeyine, etnik kökenine, dini inancına, cinsiyetine, sosyo-kültürel ve ekonomik yapısına göre şekillenen kişiden kişiye değişen bir aktivitedir (İstek, 2016).

Sağlıktan sapma durumlarında yaşanan fonksiyon bozuklukları bireyin banyo yapma, giyinme, öz-bakım (saç, tırnak, vücut temizliği, ağız-diş sağlığı) gibi kişisel temizlik faaliyetlerini gerçekleştirmesini etkilemektedir. Bireysel temizlik uygulamalarının sürdürülmesinde bireyin yetersizliklerinin belirlenmesi, yardıma ihtiyaç duyulan durumlarda gerekli desteğin verilmesi, öz-bakım gücünü artırmaya yönelik planlamalar yapılmalıdır (Akça Ay, 2015; Akman, 2008).

KOAH hastalarında oksijen tedavisi sırasında oral mukoza kuruyabilmektedir, düzenli ve sürekli ağız bakımı yapılmalıdır. Tedavi gören hastaların banyo, yüz temizliği ve ağız temizliği sırasında kritik bir durum yoksa oksijen tedavisine ara verilmelidir (Akça Ay, 2015).

4.2.1.7. Beden Sıcaklığının Kontrolü

Sağlıklı bireyin beden sıcaklığını kontrol edebilmesi, dış ortam sıcaklığına, gelişim dönemindeki (bebeklik, yaşlılık vb.) yaşanan fizyolojik farklılıklara bağlıdır. Beden sıcaklığının korunması organizmanın canlılığı için önemlidir. Beden sıcaklığının kontrolü aktivitesi hem güvenli çevrenin sağlanması aktivitesi hem de bireysel temizlik ve giyim aktivitesi ile ilişkilidir (Akça Ay, 2015).

Sağlıklı birey beden sıcaklığını normal sınırlarda sürdürebilmek için çevre sıcaklığını ayarlama, havalandırma, giysi türü seçimi, fiziksel aktiviteyi düzenleme gibi yöntemlerden yararlanır (Aydın, 2012). Bireyin beden sıcaklığını kontrol edilirken kişinin rengi, terleme durumu, solunum sayısı, titreme durumu gözlemlenir (Biol, 2013; Roper ve ark, 2000).

KOAH'lı hastalarda beden sıcaklığını arttıran en önemli durum enfeksiyondur. Alveollerde biriken sekresyonlar enfeksiyona neden olmaktadır. Aspirasyon ve benzeri uygulamalarla da mikroorganizmalar üst solunum yolundan alt kesimlere taşınmaktadır. Bu uygulamalar yapılırken gerekli önlemler alınmalı, hasta ve ailesine gerekli eğitim verilmelidir (Akça Ay, 2015; Albayrak, 2018).

4.2.1.8. Hareket

Bireyin günlük hayatında beslenme, boşaltım, çalışma eğlenme ve diğer aktivitelerin gerçekleştirilmesine katkı sağlayan aktivite harekettir. Yaşamın ilk yıllarında birey bu aktiviteyi gerçekleştirirken yardıma ihtiyaç duyarken ilerleyen yıllarda bu aktiviteyi bağımsız gerçekleştirebilir. Fiziksel, ruhsal ve sosyal nedenler hareket aktivitesini etkileyebilmektedir. İlerleyen yaş, hastalıklar, geçirilen ameliyatlara, kazalar bağımsız gerçekleştirilen hareket aktivitesi sınırlandırmaktadır. Birey koltuk değneği, tekerlekli sandalye, yürüteç vb. yardımcı araçlara ya da yardımcı bir kişiye ihtiyaç duyabilir (Akça Ay, 2015; Roper ve ark., 2000).

Fiziksel aktivitenin azalması ve immobiliteye bağlı birçok komplikasyon gelişmektedir. Kişinin hareket etme düzeyi ve etkileyen faktörler belirlenmeli, bireyin yardımcı alet ihtiyacı değerlendirilmeli ve karşılanmalı, bağımsızlık düzeyi artırılmalı ve desteklenmeli, birey hareketsizliğin olumsuz sonuçlarından korunmalıdır. Hemşirelik girişimleri bu doğrultuda ele alınmalıdır (Akman, 2008).

KOAH'lı hastalarda gelişen malnütrisyon sonucu protein sentezi azalmaya başlar ve vücut kas kütlelerinde azalma meydana gelir. Bu durum diyafram ve yardımcı solunum kaslarında yapısal değişimler yaparak egzersiz kapasitesini azaltır. Hastalar giyinme, yemek yemek, banyo yapmak gibi aktiviteleri gerçekleştirirken solunum sıkıntısı yaşarlar (Atam Taşdemir ve ark., 2009; Yalçın ve Kaya, 2013).

4.2.1.9. Çalışma ve eğlence

Çalışma bireysel kimlik kazanmayı, bireyin ve sorumluluğundaki ailesinin geçimlerini ve iyilik esenliğe ulaşmalarını sağlayan bir aktivitedir. Eğlenme ise bireyin belirlediği zamanlarda biyo-fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel açıdan

sağlığa katkıları bulunan aktivite olarak değerlendirilir (Aydın, 2012). Bireyin sağlığı ve refahı için hem çalışmanın hem de eğlenmenin olumlu ve olumsuz yönleri bulunmaktadır. Hastalık, sakatlık gibi bireyi iş ve sosyal hayattan uzaklaştıran ya da yetersizliğe sebep olan durumlar, kişinin rol kaybı ve yetersizlik hissine kapılmasına neden olarak fiziksel ve ruhsal bozukluklara yol açmaktadır (Akça Ay, 2015; Birol, 2013; Roper ve ark., 2000).

Hemşirelik süreci bireyin mesleğinin, çalışma koşullarının, çalışma durumunu etkileyen faktörlerin ve çalışma sağlığı üzerinde etkisinin, eğlenme aktivitesinin varlığının değerlendirilmesi ve desteklenmesini içerir (Birol, 2013). KOAH hastalarının yaşadığı yetersiz ve etkili olmayan solunum, artan fiziksel güç kaybı ve hareketle birleştiğinde kişilerin ilişkilerini, sosyal etkinliklerini, iş, eğlence ve günlük yaşamı fazlasıyla etkilemekte ve sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir (Akça Ay, 2015; zdemir ve Taşçı, 2013).

4.2.1.10. Cinselliğin ifadesi

Cinsellik, insan neslinin devamlılığını sürdürmenin yanında kadın ve erkek için kimlik, davranış ve rolleri belirleyen bir faktördür. Kadın ve erkek cinsiyeti, fiziksel görünüşü, giyim tarzını, verbal, non-verbal iletişim biçimini, sosyal ilişkileri, rolleri, iş ve eğlenceye ilişkin tercihleri yansıtır. Geçirilen ameliyatlar, hastalıklar, organ kayıpları nedeniyle kişinin dış görünümünde meydana gelen değişimler beden imajı algısını kötü yönlü etkileyebilmektedir. Kadın ve erkek cinsinde beden algısı, cinsel simgeyi oluşturan bazı organların (rneği; meme, sa, uterus vb.) kaybı ile olumsuz etkilenir (Akça Ay, 2015; İstek, 2016).

Kronik hastalığa sahip kişilerin cinsel fonksiyonlarına yönelik öykü alınmalı, aile ve birey birlikte değerlendirilerek konu ile ilişkili duygu, düşüncelerini ifade etmeye cesaretlendirilmeli, ilgili sağlık profesyonellerine yönlendirme gibi girişimler planlanmalıdır. Hasta ve ailenin yaşam tarzı değişimine uyumu sağlanması için baş etme yöntemlerine yardımcı olunmalıdır (zdemir ve Taşçı, 2013).

4.2.1.11. Uyku

Uyku günlük hayatın baskısından uzaklaşmayı ve dinlenmeyi sağlayan, kişinin rahatlamasını kolaylaştıran, büyüme, gelişme ve hücre yenilenmesi için gerekli bir aktivitedir. Erişkin bir birey yaşamının üçte birini uykuda geçirmektedir. Uyku ağrı, fiziksel bir hastalık, kullanılan ilaçlar ve ruhsal problemlerden etkilenmektedir. Bireyin uyku alışkanlıkları uyku kalitesini ve süresini etkileyen faktörlerin belirlenmesi (gürültü, ışık, ağrı vb.) ve uyku kalitesini arttırmaya yönelik gerekli girişimler planlanmalıdır (Demir, 2010).

KOAH'lı hastalarda semptomlar arttıkça uyku problemleri artmaktadır. Öksürük, balgam, ileri yaş, obezite, non-invaziv mekanik ventilatör kullanımı, eşlik eden hastalıklar, kullanılan ilaçlar, stres uyku düzenini ve kalitesini etkilemektedir. Diafram ve solunum yardımcı kaslarının hareketlerinin azalması uyku sırasında solunum sayısını artırmakta, solunum volümünü azaltmakta ve gaz değişimini bozmaktadır (Akça Ay, 2015; Bülbül, 2013; Yalçın ve Kaya, 2013).

4.2.1.12. Ölüm

Ölüm yaşamın sonunu temsil eden, tüm aktiviteleri sona erdiren, bilinmeyi temsil eden birçok insan için kaygı, korku ve belirsizliğe neden olan bir durumdur (Akça Ay, 2015; Karakurt, 2012). Ölüme karşı tutum farklı kültür ve toplumlara göre değişmektedir. Ölüm kavramının aktiviteler içinde yer alması ölme süreci ile ilişkilidir. Ölmek üzere olan bir hastanın ve ailesinin fiziksel ve ruhsal gereksinimleri sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmeli ve ölümle ilgili düşünceleri ve korkularını ifade etmelerini sağlayacak zaman ayrılmalı, destekleyici yaklaşım yöntemleri kullanılmalıdır (Akça Ay, 2015; Akman, 2008; Birol, 2013).

4.2.2. Yaşam süresi

Yaşam, anne karnında başlayan ölümle son bulan bir süreçtir. Yaşam süresi doğum ile ölüm arasında değişmektedir. Birey bu yaşam süreci boyunca değişik aktiviteler içinde bulunur. Yaşamın her döneminde doğum öncesi, bebeklik, gençlik, yetişkinlik, yaşlılık dönemlerinde gerçekleşen değişimler ve olaylar bireyi fiziksel,

sosyal, emosyonel, psikolojik, çevresel ve politiko-ekonomik açıdan etkilemektedir (Akça Ay, 2015; Demir ve Özer, 2014).

4.2.3. Bağımlılık/Bağımsızlık durumu

İnsanoğlunun bağımlılık/bağımsızlık durumu doğumla başlar. Yenidoğan bir bebek aktivitelerini kendisi yerine getiremez başkasına bağımlıdır. Büyüme ve gelişmeye başladıkça bağımlılık durumu azalmaya başlar ve zamanla bağımsız hale gelir. Fakat bireyler yaşamı boyunca yaşlılık, hastalıklar, kazalar, travmalar, operasyonlar vb. birçok olumsuz durum nedeniyle aktivitelerini yerine getirirken bağımsızlıklarını kaybedebilir, diğer insanlara, yardımcı araç ve gereçlere bağımlı hale gelebilirler. Tüm günlük yaşam aktiviteleri birbirleriyle yakından ilişkilidir, bağımlılık/bağımsızlık durumundaki değişiklikler aktivitelerin gerçekleşmesini etkilemektedir (Akça Ay, 2015; Roper ve ark., 2000).

4.2.4. Yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler

Birey günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken fizyolojik/biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel ve politiko-ekonomik faktörlerden etkilenir.

4.2.4.1. Fizyolojik/Biyolojik faktörler

İnsanların fiziksel faaliyetleri yaşına göre değişir ve bağımsızlığını etkiler. İnsan vücudunun fiziksel durumu, bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesinde oldukça etkilidir. Kişinin cinsiyeti, kilosu, yaşı, genetik yapısı, kalıtım ile getirdiği özellikler, dış görünümü fiziksel performansını etkiler (Albayrak, 2018).

4.2.4.2. Psikolojik faktörler

Entelektüel ve duygusal değişim ve gelişimler, psikolojik faktörlerin temelini oluşturur. Psikolojik faktörler kişinin bağımsızlık derecesini belirler ve yaşam aktivitelerini etkiler.

- Entelektüel Faktörler: Entelektüel gelişim, çocukluk ve ergenlik çağı boyunca alınan eğitimin ve kişisel ilgilerin etkisiyle devam eden, dinamik bir süreçtir. Kognitif gelişim düşünme, neden bulma, problem çözme gibi entelektüel yeteneklerin gelişimini gösterir. Yaş ilerledikçe, tüm entelektüel fonksiyonlar yavaş yavaş azalmaya başlar ve bu durum yaşam aktivitelerini etkiler (Akça Ay, 2015).

- Duygusal Faktörler: Sevgi ve ait olma isteği, kalıcı ve yakın ilişkiler kurma, özgüvenin gelişimi, acıyı algılama gibi süreçler duygusal gelişim, bağımlılık/bağımsızlık durumu ve yaşam aktiviteleri ile ilişkilidir.

Aile yapısı, bireyin içinde bulunduğu toplum ve kültürel özellikler, toplum tarafından belirlenmiş normlar, ahlaki standartlar entellektüel ve duygusal gelişimde etkilidir (Akça Ay, 2015).

4.2.4.3. Sosyokültürel faktörler

Sosyokültürel faktörler hayatın dinsel, etik ve spirütüel yönlerinden oluşur. Sosyokültürel faktörler fiziksel, psikolojik çevresel, politik-ekonomik faktörlerle modelin diğer parçalarıyla ilişkilidir. Bu faktörlerin etki düzeyi bireyin bağımsızlık düzeyine bağlıdır ve bireyselliği etkiler. Bunun yanında bireyin içinde bulunduğu kültür, inanç, ahlaki değerler, sahip olduğu rol, statü, ait olduğu sosyal grup ve ailesinin varlığı ya da yokluğu yaşam aktivitelerine şekil verir ve etkiler (Akça Ay, 2015; Roper ve ark., 2000).

4.2.4.4. Çevresel faktörler

İçinde yaşadığımız ortamda birçok eleman bulunmaktadır ve bu elemanlar çevresel faktörleri (coğrafi durum, iklim, yağış miktarı, yetiştirilen besin.. vb.) oluşturur ve yaşam aktivitelerini etkilemektedir (Akça Ay, 2015).

4.2.4.5. Politiko-Ekonomik faktörler

Bireyin ekonomik durumu ve sosyal güvencesinin varlığı, ulusal ve uluslararası yasalar, ülke ekonomisi yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde önemlidir (Büyükyılmaz ve Aştı, 2009).

4.2.5. Bireye özgü hemşirelik

Bireysellik, modelin diğer parçalarının yaşam aktiviteleri üzerindeki etkisini ve aralarındaki ilişkinin sonucu ortaya çıkmaktadır. Yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde kişinin bireyselliği, yaşam süreci ve bağımlılık/bağımsızlık durumu ve aktiveleri etkileyen faktörlerle belirlenir (Çeçen, 2011).

KOAH hasta ve yakınlarının hayatını değiştiren ve etkileyen bir hastalıktır. Bu sürece kişiler farklı şekilde uyum sağlarlar. KOAH'a bağlı fiziksel ve sosyal aktivitede kısıtlılık, üretkenlikte azalma, sosyal izolasyon, yetersizlik ve bağımlı olma duygusu, hastaların ve yakınlarının hastalığa uyum sürecini etkilemektedir. Kişiler yaşam aktivitelerini sürdürmek, doğru ilaç kullanımı, düzenli sağlık kontrolü yaptırmak gibi birçok konuda desteğe ve danışmanlığa ihtiyaç duyabilirler (Albayrak, 2018; Tel Aydın ve ark, 2012; Köşgeroğlu ve Mert Boğa, 2011).

Bu model, hemşireliğin hastalıkların tedavisini gerçekleştirmenin dışında günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili problemlerin oluşumunun önlenmesinde, ortaya çıkan problemlerin çözümlenmesinde ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli rolleri olduğunu vurgulamaktadır. Bu hedefler doğrultusunda kronik hastalığı olan hastaların günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek amacıyla birçok ölçek geliştirilmiştir, en sık kullanılan günlük yaşam aktiviteleri ölçeklerinde bazıları aşağıda verilmiştir.

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

1963 yılında Katz ve arkadaşlarının geliştirdiği, ülkemizde Yardımcı ve arkadaşları tarafında 1995 yılında geçerlilik güvenilirliği yapılan ölçekte, hastanın günlük yaşamında sıklıkla yapmak zorunda olduğu aktiviteleri yapabilme kapasitesi

ve aktivitelerin gerçekleştirirken bağımlılık-bağımsızlık durumları ölçülmektedir. Kişinin günlük aktiviteleri yaparken karşılattığı sorunları belirlemek ve bu doğrultuda gerekli önlem ve tedavileri planlamak için kullanılmaktadır. Ölçekte banyo yapma, giyinme, tuvalet yapma, transfer, boşaltım ve beslenme olmak üzere altı aktivite üzerinde durulmaktadır. Her bir aktivite “bağımlı, kısmen bağımlı, bağımsız” olarak değerlendirilir. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştiriyorsa 3 puan, kısmen bağımlıysa 2 puan, bağımlıysa 1 puan verilir. GYA ölçeğinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan kısmen bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilir. Ölçekten alınan puanın yükselmesi bağımlılığın azaldığını göstermektedir (Katz ve ark., 1970; Yardımcı, 1995).

Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

1969 yılında Lawton ve Brody tarafından geliştirilen, bireylerin toplum içinde bağımsız yaşama becerilerini ve bu yeteneklerin zamanla nasıl değiştiğini belirlemek üzere tasarlanmış bir ölçektir. Ölçekte hastaların telefon kullanma, alışveriş yapma, yemek hazırlama, ev temizliği yapma, çamaşır yıkama, yolculuk yapma, ilaçlarını kullanabilme ve mali işleri takip edebilme düzeyleri değerlendirilir. Ölçek sekiz sorudan oluşmaktadır. Kişi ölçekte aktiviteleri bağımsız gerçekleştirebiliyorsa 3 puan, yardım ile yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan alır. Alınabilecek en yüksek puan 24’tür; 0-8 puan arası bağımlı, 9-16 puan arası kısmen bağımlı, 17-24 arası ise bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Alınan puan azaldıkça bağımlılık düzeyi artmaktadır. Enstrümental günlük yaşam aktivitelerinin daha tercih edilebilir olmasının sebebi aktivitelerin ev içi veya dışında yapılabilir olması ve aktivitenin gerçekleşmesi için yüksek düzey sosyal, fiziksel ve mental yetenek gerektirmesindedir (Lawton ve Brody, 1969).

Modifiye Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Mahoney ve Barthel tarafından 1965 yılında geliştirilen Shah ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Türkiye’de Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirliği nöroloji hastalarında yapılmış bir ölçektir. Ülkemizde günlük yaşam

işlevlerinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan ölçeklerden biridir. Barthel indeksinde, hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi incelenmektedir. Ölçekte beslenme, banyo yapma, kendine bakım, giyinme, mesane kontrolü, bağırsak kontrolü, tuvalet kullanımı, sandalye/yatak transferi, mobilite, merdiven kullanma olmak üzere on aktivite değerlendirilmektedir. Her aktivite bağımsızlık ve bağımlılık ihtiyacına göre 0, 5, 10, 15 puanları arasından biriyle puanlanır. Puanlama 0-100 puan aralığında değişmektedir. Toplam skor, 0-20 puan fiziksel açıdan tam bağımlı, 21-60 puan ileri derecede bağımlı, 61-90 puan orta derecede bağımlı, 91-99 hafif bağımlı, 100 puan ise tam bağımsız olarak değerlendirilmektedir (Küçükdeveci ve ark., 2000; Mahoney ve Barthel, 1965).

Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Algılanan sağlık problemleri ve bu problemlerin günlük yaşam aktivitelerini etkileme miktarını ölçmek için geliştirilmiş, genel yaşam kalitesi anketidir. Başta inme hastaları için geliştirilmiş olsada multiple skleroz, KOAH, total kalça replasmanı olan vakalarda da kullanılmaya başlanmıştır. Ayrıca yaşlı bireylerde rehabilitasyon programı oluşturmak ve takibini sağlamak için de kullanılır. Ölçek, kişinin kendi kendine tamamladığı otuzsekiz maddeden oluşmaktadır. Enerji seviyesi (3 madde), ağrı (8 madde), emosyonel reaksiyonlar (9 madde), uyku (5 madde), sosyal izolasyon (5 madde) ve fiziksel mobilite (8 madde) olmak üzere altı alt bölümden oluşmaktadır. Her alt bölüm için 0-3 arasında değişen muhtemel puan sınırı vardır. 3 kısıtlanma olmadığını gösterir, 0 ise listelenen tüm kısıtlamaların varlığını gösterir (Şahin ve ark., 2008).

KOAH hastalığına sahip hastaların deneyimlediği en önemli semptomlardan biri olan dispne, hastaların günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirme düzeyini etkilemektedir. KOAH hastalarının gerçekleştirmek zorunda olduğu aktiviteler sırasında da dispne yaşayabilmekte ya da var olan dispne şiddeti artmaktadır. KOAH hastalarının yaşam aktivitelerine bağlı dispne durumlarını ortaya koyabilmek için yaptığımız bu çalışmada London Chest Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği kullanıldı.

4.2.6. KOAH'ta günlük yaşam aktiviteleri

Yaşam aktiviteleri bireylerin kendisine ve çevresine bakım sağlamasını, evde ve toplum içinde aktif rol almasını ve üstlendiği sosyal rolleri yerine getirmesini kapsamaktadır. Kronik hastalığa sahip kişiler yaşadıkları semptomlara bağlı olarak yaşam aktivitelerini yerine getirmekte kendilerini yetersiz hissederler. KOAH'a sahip hastalar musküler disfonksiyon ve azalmış egzersiz kapasitesine bağlı dispne yaşarlar. Artan dispne fiziksel kısıtlanmaya neden olur ve hastalar yaşam aktivitelerini yerine getirmekten kaçınmaya başlarlar bunun sonucunda bağımlılık durumları artar. Hastalar aktiviteleri gerçekleştirirken dispne oluşmasının önüne geçmek için günlük yaşam aktivitelerini yapma düzeyini azaltabilirler (Çil Akıncı ve Pınar, 2011; Özoğlu Aytaç, 2015).

KOAH'lı hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken zorlanmakta, aktivitelerde kısıtlılık yaşamakta, iletişim sorunları olmakta, aile hayatları bozulmakta, sosyal izolasyona maruz kalmakta, bağımlılık düzeyleri artmakta ve yaşam kaliteleri azalmaktadır (Tel Aydın ve ark., 2012).

KOAH şiddetlendikçe yaşanan dispne sıklığı ve derinliği artmakta ve bu durum yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesini zorlaştırmakta ve kısıtlamaktadır. KOAH hastaları sağlıklı bireylerin günlük gerçekleştirdiği basit aktiviteleri (giyinmek, yemek yemek, diş fırçalama vb.) gerçekleştirirken bile dispne ve yorgunluk hissederler. Hastalar yaşanan dispneyi azaltmak ya da yaşamamak için aktivite düzeylerini azaltmaktadırlar (Çil Akıncı ve Pınar, 2011; Karakurt ve Ünsal, 2013; Çalık Kütükcü ve ark., 2015).

Yaklaşık 500 KOAH hastası üzerinde yapılan ulusal, çok merkezli, kesitsel bir gözlem çalışmasında, hastaların en çok yaşadıkları durumun dispne (%83) olduğu gösterilmiştir. Hastaların %20,9'u dispnenin yaşamlarını çok az etkilediğini, %42,3'si orta derece ve %29,6'sı çok etkilediğini belirtmiştir. Çalışmada en çok zorlandıkları aktivitelerin; merdiven çıkmak, yürümek ve günlük iş yapmak olduğu bulunmuştur (Polatlı ve ark., 2012). Lahaije ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise KOAH'lı hastalarda en çok dispneye neden olan günlük yaşam aktivitelerinin elektrikli süpürge ile temizlik yapmak, yürüyüş sırasında ağırlık taşımak, duş almak, ayakkabı ve çorap giymek, çamaşır makinesine çamaşır atmak ve geri almak,

merdiven çıkmak, bulaşık yıkamak, çamaşır asmak olarak sıralandığı gösterilmiştir (Lahaije ve ark., 2010).

Hemşireler hastaların yaşam aktiviteleri düzeylerini arttırmaya yönelik olarak,

- ✓ Hastanın fonksiyonel statüsünü bilmeli,
- ✓ Aktivite sınırlılıklarını belirlemeli,
- ✓ Tedavi planı için rehber hazırlamalı,
- ✓ Rehabilitasyon sonuçlarını değerlendirmeli,
- ✓ Kanıta dayalı çalışmalar için bilgi sağlamalıdır (Çil Akıncı ve Pınar, 2011;

Met, 2009; Özoglu Aytaç, 2015).



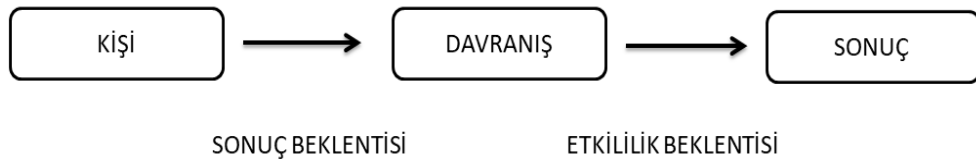
4.3. Öz-Etkililik (Self-Efficacy)

Öz-Etkililik ilk kez 1977 yılında Amerikalı psikolog Albert Bandura'nın 'Bilişsel Davranış Değişimi' kuramında ele aldığı bir kavramdır. Bandura'ya göre öz-etkililik; kişinin hedeflenen sonuca ulaşmak için üstlendiği görevleri yerine getirmek konusunda kendine olan inancıdır (Armitage ve Conner, 2000; Bandura, 1982). Bir başka deyişle bireylerin karşılaşacakları engellerin üstesinden gelme konusunda ne kadar başarılı olabileceğine ilişkin kendi yeteneklerine olan yargı ve inançlarını içerir (Gözüm ve Aksayan, 1999; Hacıhasanoğlu ve ark., 2012).

Bandura'nın kuramı belirleyicilik, sembolleştirme ve dolaylı öğrenme kapasitesi, öngörü aktivitesi, kendini düzenleme ve öz-etkililikten oluşmaktadır. Kuramda, insan davranışı belirli bir amaç doğrultusunda gerçekleşir. İnsanoğlu gelecekle ilgili plan yapar, değerlendirir, organize edip sonuçlarına göre davranışlarını yönlendirmektedir. Bireylerin nasıl hissedeceğini, düşüneceğini, davranışlarının hangi yönde olacağını belirleyen kavram öz-etkililiktir (Bandura, 1994).

Öz-etkililik kuramı davranışı etkileyen iki unsurun var olduğunu öne sürer. Bu iki unsur ise sonuç beklentisi ve etkililik beklentisidir. Sonuç beklentisi, davranışların belli sonuçlara ulaşacağı, etkililik beklentisi ise sonuca ulaşabilmek için gerçekleştirilen davranışı başarılı şekilde yapabilme inancıdır. Öz-etkililik kavramı belirli durumlarda belirli davranışları gerçekleştirme yeteneğine olan inançla ilgilidir (Tablo 4.9) (Bal Özkaptan, 2013; Bandura, 1982; Kara ve Mirici, 2002).

Örneğin; KOAH hastasının koşma eylemini gerçekleştirememesi kişinin bu eylemi gerçekleştirme inancının düşük olduğunu gösterirken, faaliyet sonrasında nefes darlığı çekeceğini tahmin etmesi ise sonuç beklentisini gösterir. Bireylerin öz-etkililik düzeyleri davranışı yapıp yapmama konusunda seçimlerini etkilemektedir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; Kara ve Mirici, 2002).



Şekil 4.9. Bandura'nın Öz-Etkililik Paradigması (Bandura, 1982)

Bandura'nın kuramında kişisel öz-etkililiğin gelişmesinde;

- Bireyin geçmişteki olumlu-olumsuz deneyimlerin (gerçek performans),
- Kişi ile ortak özelliklere sahip kişilerin deneyimleri (dolaylı yaşantılar),
- Sözel ikna (çevreden gelen geri bildirimler),
- Fiziksel durumuna ilişkin algısı ve duygu durumunun etkisi olduğu

vurgulanmaktadır (Bandura, 1994; Kara, 2002).

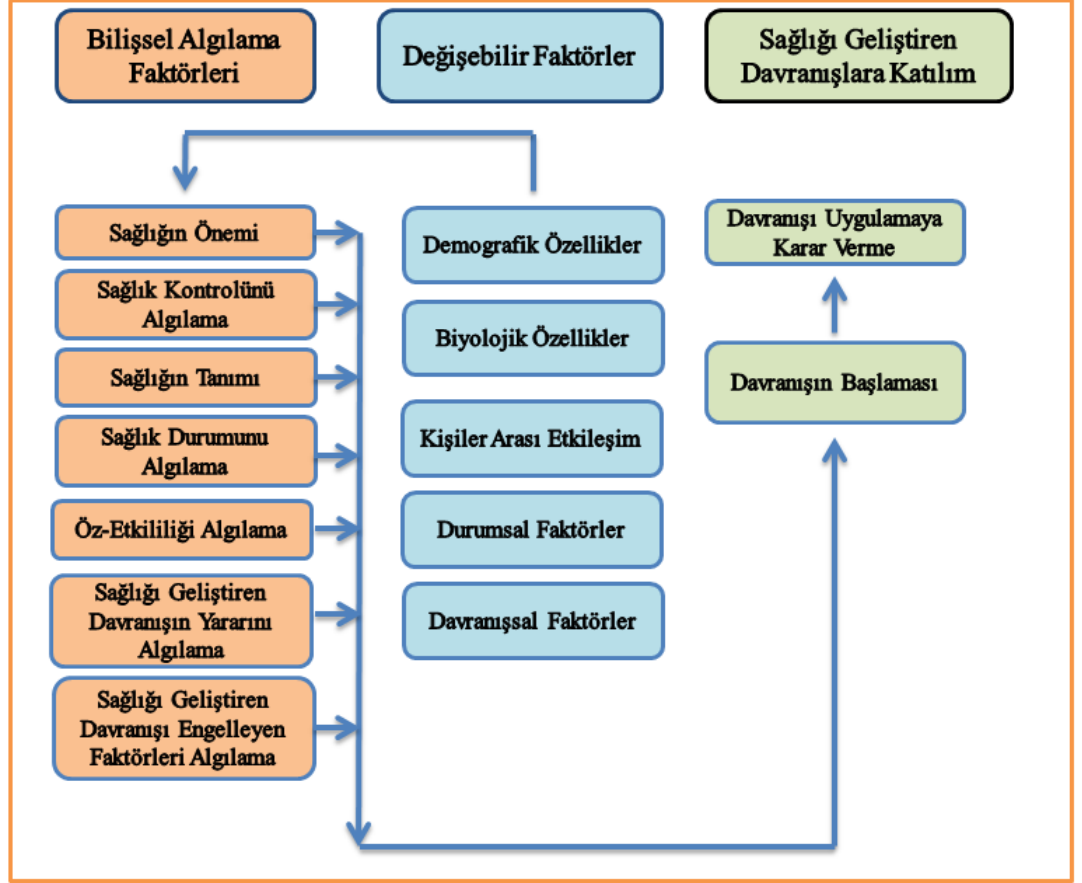
Öz-etkililik sağlıkla ilgili davranışların göstergesi olarak sıklıkla kullanılmaktadır. Bireyin davranışsal sorunlarıyla başa çıkabilmesi, kişisel denetimi sağlayabilmesi ve uygun adımları atabilmesi açısından öz-etkililik düzeyi önemlidir (Bayrakçı, 2007; Kılınç ve Tezel, 2011).

Öz-etkililik kişinin karşılaştığı engellerle harcadığı eforu, gösterdiği sabrı, kendine duyacağı güven ve kaygı duygusunu ortaya koymakta ve kişilerin yapacağı ve sakınacağı aktivitelerin belirlenmesinde rol almaktadır. Bireyin kendi kaynaklarına güvenmesidir. Öz-etkililiği yüksek olanlar, karşılaştıkları zorlukları aşmak için daha fazla çaba harcarlar, riskli görevleri seçerler, hedeflerini yüksek tutarlar. Bu kişiler yeni deneyimlerde bulunmakta korkmamakta, dış tehditlerle kolay başa çıkabilmektedirler. Yüksek öz-etkililik, bireyin iyilik halini ve başarıma gücünü artırır (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; Bandura, 1994; Karadağ ve ark., 2011).

Öz-etkililiği düşük olan bireyler, yetenekleri ve yapacakları konusunda kötümserdir ve düşündüklerini hayata geçirmekte zorluk yaşarlar. Bir problemle karşılaştıklarında yetersizlik hissetmekte, çaresizlik, mutsuzluk, umutsuzluk duygularını yaşamaktadırlar. Başarısızlıkla sonuçlanan girişimler nedeniyle tekrar denemelerden kaçınırlar ve çabalarının sonucu değiştirmeyeceği inancına sahiplerdir. Öz-güven eksikliği yaşayan bu kişiler, kendilerini depresyon, anksiyete ve çaresizlik içinde hissederler (Bandura, 1994; Kızılıcı ve ark., 2015; Muz Ucakan ve ark., 2015).

Öz-etkililik insan sağlığına olumlu katkıları olan önemli bilişsel süreçtir. Sağlığı geliştirme davranışının önemine dikkat çeken Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nde, Bandura'nın 'Sosyal Öğrenme Kuramı' temel alınmaktadır. Pender'in modelinde bilişsel algılama faktörlerinin, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinde temel taşları oluşturduğu gösterilmektedir. Bu yedi faktörden biri öz-etkililiktir. Kronik hastalıkları daha iyi yönetmek için olumlu davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli olduğu kabul edilmektedir. Özellikle diyabet, KOAH ve

astım gibi kronik hastalıklarda sağlığı geliştirme davranışlarının oluşturulmasında sıklıkla kullanılmaktadır (Şekil 4.10) (Bahar ve Açıl, 2014; Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; Kara ve Mirici, 2002).



Şekil 4.10. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (Bahar ve Açıl, 2014)

Hastalık yönetiminde olumlu sağlık davranışlarının benimsenmesinde ve tedaviye uyumun sağlanmasında öz-etkililik algısı önemlidir (Hacıhasanoğlu ve ark., 2012; Kara ve Mirici, 2002).

4.3.1. KOAH öz-etkililik

Kronik hastalığa bağlı semptomlar, bireylerin motivasyonunun kırılmasına ve öz-etkililik algısının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Ceyhan ve Ünsal, 2018). Kronik olan, uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren KOAH'ta başta dispne

olmak üzere bütün semptomlar, bireyin hayatını kısıtlamasına, öz-bakım ve öz-etkililiğinin etkilenmesine neden olmaktadır (Abedi ve ark, 2012; Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; Bentsen ve ark., 2010).

KOAH'ta tedavi sürecinin başarılı olabilmesi ve bireylerin yaşamlarını sağlıklı sürdürebilmeleri için fiziksel ve psikososyal sonuçların yönetilmesi yaşam tarzı ve davranış değişikliği yapabilme gücüne sahip olunması gerekmektedir. Bu süreçte KOAH'lı bireylerin yaşam boyu tıbbi tedavi ve bakıma uyum sağlayabilmeleri için kendi öz bakımlarını yapabileceklerine, yaşayacakları semptomlarla başa çıkabileceklerine gerekli inanç bilgi ve beceriye sahip olmaları gereklidir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; Lee ve ark, 2014; Song ve Nam, 2017).

KOAH'lı hastaların deneyimlediği en önemli semptomlardan biri dispnedir. KOAH'lı hastaların çoğu dispnenin oluşumunu engellemek, yönetmek ve solunum güçlüğü yaşandıktan sonraki süreçten sakınmak için ne kadar az çaba gerektirirse gerektirsin fiziksel olarak yeterli olsalar bile bazı aktiviteleri gerçekleştirmekten sakınır ve kendi yeteneklerine ilişkin güven eksikliği duyarlar. Oluşan güven eksikliği düşük öz-etkililik olarak değerlendirilir. KOAH'lı hastalarda düşük öz-etkililik aktivite sınırlamasına yol açabilmektedir (Bal Özkaptan, 2013; Bentsen ve ark., 2010; Kara ve Mirici, 2002; Wigal ve ark., 1991). Düşük öz-etkililiğin sonucu olarak dispne yönetimi daha da zorlaşır ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015; Garrod ve ark., 2008).

KOAH yönetiminde hastaların öz-bakım ihtiyaçlarının karşılanması ve öz-etkililik düzeylerinin yükseltilmesi, hastanın aile ve çevresiyle bir bütün olarak ele alınması ve bakımın sürekliliğinde önemlidir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015). KOAH hastalarının belirli durumlarda öz-etkililiğini arttıracak tedavi ve bakım girişimlerinin oluşturulması ile hastaların aktivite düzeyleri artacaktır (Kara ve Mirici, 2002). Kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik algılarının değerlendirilmesi doğru ve kaliteli hemşirelik bakımının sağlanmasına, hastalık sürecine ve bu durumu bireyin nasıl yöneteceğine yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma, acile başvuran KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerine bağlı dispne durumlarını ve öz-etkililiklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 01 Haziran 2018-28 Eylül 2018 tarihleri arasında İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisine başvuran KOAH tanısına sahip hastalar ile yapıldı.

İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul'un Anadolu yakasında bulunan, dâhili ve cerrahi birçok branşa hizmet veren, yaklaşık 700 yataklı bir hastanedir. Özellikle yaklaşık 80 yataklı göğüs hastalıkları kliniği ile Anadolu yakasında solunum sistemi hastalığına sahip çoğu hastanın takip ve tedavisinin yapıldığı birimdir.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 01.06.2018-28.09.2018 tarihleri arasında araştırmanın yürütüldüğü hastanenin acil servisine başvuran KOAH tanısına sahip hastaları oluşturdu. Belirtilen tarihler arasında acil servise başvuran KOAH hastaları ile görüşülerek araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan hastalar örnekleme dâhil edildi. Örnekleme alınacak birey sayısı; %15 KOAH görülme sıklığı (www.toraks.org.tr/halk/Page.aspx?d=10, Erişim Tarihi: 01.03.2018) ile, % 95 güven aralığında, 0,05'lik yanılma payı ile evreni bilinen örneklem formülüne göre hesaplandı ($n=Nt^2pq/ d^2 (N-1) +t^2pq$).

İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisine 01.06.2017-01.10.2017 tarihleri arasında 1028 KOAH tanısına sahip hasta başvurmuştur.

Bu formül ile hesaplama yapılırken aşağıdaki değerler kullanıldı.

n = Örnekleme alınacak birey sayısı

N =1028

t =1,96 (α =0,05 anlamlılık düzeyinde)

p =0,15 (KOAH hastalığının toplumda görülme sıklığı)

q =0,85 (1- p)

d = 0,05 (p değeri için öngörülen yanılma payı)

Formülde değerler yerine konduğunda, örnekleme 142 hasta alınması gerektiği hesaplandı. Araştırmanın örnekleme 177 KOAH hastası alındı.

5.3.1. Araştırmaya alınma ölçütleri

- Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisine başvurmak,
- 18 yaş üzeri yaşa sahip olmak,
- İletişim engeli ve sorunu olmamak,
- Herhangi bir psikolojik problemi olmamak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

5.3.2. Araştırmadan çıkartılma ölçütleri

- Araştırma sırasında araştırmaya katılmaktan vazgeçme,
- İletişim engeli ve sorunu olmak,
- 18 yaş altında yaşa sahip olmak,
- Herhangi bir psikolojik problemi olmak.

5.4. Araştırma Soruları

S1.KOAH hastalarına ait tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı nasıldır?

S2.KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerine bağlı dispne durumu nasıldır?

S3.KOAH hastalarının tanımlayıcı özellikleri günlük yaşam aktivitelerine bağlı dispne durumlarını etkiler mi?

S4.KOAH hastalarının öz-etkililik düzeyleri nasıldır?

S5.KOAH hastalarının tanımlayıcı özellikleri öz-etkililik düzeylerini etkiler mi?

S6.KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerine bağlı dispne ile öz-etkililik düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

5.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini hastaların tanımlayıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, yaşanan yer, meslek, çalışma durumu, ekonomik durumu, sosyal güvencesi, ısınma şekli, sağlık durumu, eşlik eden hastalık varlığı, sigara-ilaç kullanımı, spor yapma durumu, kullanılan alet varlığı, aile bireyleri ve bakımından sorumlu birey, tanı süresi, KOAH'ın evresi, nefes darlığı sıklığı, en son ne zaman geçirdiği ve süresi, yatarak tedavi görme süresi ve sıklığı, acil servise başvurma durumu ve sıklığı, derin nefes ve öksürük egzersizi bilme durumu, kullanılan cihazın varlığı, nefes darlığını arttıran durumlar, atak sırasında yaşanan/hissedilenler ve atak sırasında yapılan uygulamalar), bağımlı değişkenlerini ise hastaların aktiviteye bağlı dispne durumları ve öz-etkililikleri oluşturmaktadır.

5.6. Veri Toplama Araçları

Veriler, Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek-1), London Chest Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Ek-2) ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (Ek-3) ile toplandı.

5.6.1. Tanımlayıcı bilgi formu (Ek-1)

Tanımlayıcı bilgi formu, KOAH hastalarının bazı sosyo-demografik özellikleri ve hastalıkları ile ilgili bilgi toplamak amacıyla literatür incelenerek (Akman, 2008; Kaya, 2012, Kapısız ve Eker, 2018; Okut, 2011) araştırmacı tarafından hazırlandı.

Formda; KOAH'lı hastaların yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, yaşanılan yer, meslek, çalışma durumu, ekonomik durumu, sosyal güvencesi ısınma şekli, sağlık durumu, eşlik eden hastalık varlığı, ilaç kullanma durumu, sigara kullanma durumu, spor yapma durumu, sürekli kullandığı alet varlığı, bakımından sorumlu kişi varlığı, tanı süresi, kaçınıcı evre KOAH'a sahip olduğu (GOLD sınıflandırması; hasta kayıtlarından), nefes darlığı sıklığı, en son nefes darlığı geçirme zamanı, nefes darlığının ortalama süresi, yatarak tedavi görme durumu, acil servise başvurma durumu, derin nefes ve öksürük egzersizini bilme durumu, kullanılan cihazın varlığı, nefes darlığını arttıran durumlar, atak sırasında yaşanılan ve hissedilenler, akut atak sırasında solunum düzenlemeye yönelik yaptığı uygulamaları içeren toplam 30 madde yer almaktadır.

5.6.2. London Chest Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (LCGYA)

(London Chest Activity of Daily Living Scale, LCADL) (Ek-2)

LCGYA ölçeği KOAH'lı hastalarda günlük yaşam aktiviteleri ile oluşan dispneyi değerlendirmek amacıyla 2000 yılında Garrod ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, uygulanması ve puanlaması basit olan, kısa zamanda uygulanabilen bir ölçektir. Türkçe'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2009 yılında Met tarafından yapılan ölçek, obstrüktif akciğer hastalarının günlük yaşam aktivitelerinde dispnenin değerlendirilmesini amaçlayan, kişisel bakım (4 madde), ev işleri (6 madde), fiziksel (2 madde) ve boş vakit (3 madde) olmak üzere 15 maddeden ve 4 alt boyuttan oluşur. Ölçeğin toplam skoru en fazla 75'dir. Her maddeye 0 ile 5 arasında değişen 6'lı likert tipi ölçek üzerinden verilen yanıtlara göre değerlendirilmektedir. Her alt boyut puanları ayrı ayrı hesaplandıktan sonra tüm alt boyut puanlarının toplanması ile toplam puan elde edilir. Puan yükseldikçe günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yetersizlik artmaktadır. Ölçeğin en sonunda dispne algısının günlük

yaşamı ne kadar etkilediğini belirleyen tek soru bulunmaktadır. Bu soruda ‘hiç/biraz/çok’ seçeneklerinden birinin seçilmesi istenmektedir (Carpes ve ark., 2008; Garrod ve ark., 2002; Met, 2009; Singh, 2014). Ölçeğe ilişkin güvenilirlik katsayıları Tablo 5.1’de verildi.

Tablo 5.1. LCGYA Ölçeği Güvenirlik Katsayıları (Garrod ve ark., 2002; Met, 2009)

	Kişisel Bakım Aktiviteleri Cronbach’s Alpha	Ev İşleri Aktiviteleri Cronbach’s Alpha	Fiziksel Aktiviteler Cronbach’s Alpha	Boş Vakit Aktiviteleri Cronbach’s Alpha	Ölçeğin Toplam Cronbach’s Alpha
Garrod ve ark. (2002)	0,78	0,88	0,89	0,78	0,96
Met (2009)	0,91	0,99	0,92	0,89	0,98
Bu çalışmada (2019)	0,96	0,97	0,89	0,87	0,96

Bir ölçeğin Cronbach’s Alpha değerinin 0,60 ile 0,80 arasında olması ölçeğin oldukça güvenilir ve 0,80 ile 1,00 arasında olması yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir (Karagöz, 2014). Bu çalışmada LCGYA ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği değerlendirildiğinde ölçek için Cronbach’s Alpha değeri 0,96, alt boyutlarının ise 0,87 ile 0,97 arasında değiştiği bulundu. Yapılan birçok çalışmada elde edilen Cronbach’s Alpha değerleri ile elde ettiğimiz değerlerin oldukça benzer olduğu görülmektedir (Agusti ve ark., 2012; Carpes ve ark., 2008; Garrod ve ark., 2002; Met, 2009; Pitta ve ark., 2008; Reilly ve ark., 2017). Çalışmalardan elde edilen bu değerler LCGYA ölçeğinin KOAH hastalarının günlük yaşam aktiviteleri sırasında yaşadığı dispnenin değerlendirilmesinde güvenilirliğinin ve iç tutarlılığının oldukça yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (Karagöz, 2014).

5.6.3. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği (The COPD Self Efficacy Scale) (Ek-3)

Wigal ve arkadaşları tarafından 1991 yılında geliştirilen, Türkçe’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kara ve Mirici tarafından 2002 yılında yapılan KOAH Öz-Etkililik ölçeği KOAH’lı hastaların bazı aktiviteler sırasında solunum güçlüğüne (dispne) yönetme veya sakınmaya ilişkin güven derecesini belirleyen toplam 34

maddeden ve 5 alt boyuttan (olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba, hava/çevre etkisi ve davranışsal risk faktörleri) oluşan bir ölçektir. Ölçeğin alt boyutları;

Olumsuz etki; çaresizlik, yetersizlik ve yoksunluk gibi stresli durumlarda solunum güçlüğünü yönetme veya bu durumdan sakınmaya ilişkin güvenini,

Duygusal durum; kızgınlık, korku ve yaşama ilişkin distres durumlarında solunum güçlüğünü yönetme veya bu durumdan sakınmaya ilişkin güvenini,

Fiziksel çaba; çok hızlı ve acele merdiven çıkma, egzersiz yapma, ağır bir şey kaldırma, havasız bir odada hareket etme gibi solunum güçlüğüne sebep olabilecek durumlarda solunum sıkıntısını yönetmeye ilişkin bireyin kendine güvenini,

Hava/çevre etkisi; nem ve soğuk gibi olumsuz hava koşullarında solunum güçlüğünü yönetme veya bu durumdan sakınmaya ilişkin bireyin kendine güvenini,

Davranışsal risk faktörleri; diyet ve tedaviye uymama, aşırı yemek yeme ve düzensiz solunum gibi davranışlarda solunum güçlüğünü yönetme veya bu durumdan sakınmaya ilişkin bireyin kendine olan güvenini ölçer.

Ölçeği oluşturan maddeler ‘Şu durumda nefes darlığını yönetme veya sakınmaya ilişkin ne kadar güvenlisiniz/yeterlisiniz’ şeklinde başlatılır. Çok güvenli/yeterli=5’ten, hiç güvenli/yeterli değil=1’e doğru sıralanan ölçek, 5’li likert tipi puanlanmıştır. Her bir alt boyuta ait puanların toplanması ve alt boyut madde sayısına bölünmesi ile alt boyut skoru, tüm alt boyutlara ait puanların toplanması ile ölçeğin genel puanı, genel puanın tüm madde sayısına bölünmesi ile genel skor puanı elde edilir. Ölçeğin toplam puanı 1 (yetersiz güven derecesi) ile 5 (yüksek güven derecesi) arasında değişmektedir. Puanın ve skurun yükselmesi solunum güçlüğünü yönetme veya sakınmaya ilişkin güven/yeterlilik derecesinin arttığını göstermektedir (Kara ve Mirici, 2002; Wigal ve ark., 1991). Ölçeğe ilişkin güvenilirlik katsayıları Tablo 5.2’de verildi.

Tablo 5.2. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Güvenirlik Katsayıları (Kara ve Mirici, 2002; Wigal ve ark., 1991)

	Olumsuz Etki Cronbach's Alpha	Duygusal Durum Cronbach's Alpha	Fiziksel Çaba Cronbach's Alpha	Hava/Çevre Etkisi Cronbach's Alpha	Davranışsal	Ölçeğin Toplam Cronbach's Alpha
					Risk Faktörleri Cronbach's Alpha	
Wigal ve ark. (1991)	0,95	0,90	0,89	0,87	0,74	0,95
Kara ve Mirici (2002)	0,89	0,80	0,73	0,75	0,61	0,95
Bu çalışmada (2019)	0,85	0,85	0,74	0,85	0,72	0,93

Bu çalışmada KOAH Öz-Etkililik ölçeğinin ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği değerlendirildiğinde ölçek için Cronbach's Alpha değeri 0,93 olarak bulundu. Ölçeğin alt boyutlarının ise 0,72 ile 0,85 arasında değiştiği tespit edildi. Kara ve Mirici'nin ülkemizde yaptıkları ölçeğin geçerlilik çalışmasında ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,89 olarak belirlenmiş; alt gruplar için 0,61 ile 0,80 arasında değiştiği bulunmuştur. Wigal ve arkadaşlarının çalışmasında Cronbach's Alpha değeri, ölçek için 0,95 olarak belirlenmiş ve alt gruplarda 0,74 ile 0,95 (Kara ve Mirici, 2002; Wigal ve ark., 1991). Çalışmalarda kullanılan ölçeğin güvenirliğinin ve iç tutarlılığının oldukça yüksek olduğu tespit edildi (Karagöz, 2014). KOAH Öz-etkililik ölçeğinin hastaların bazı durumlar karşısında hissettikleri öz-güven ve öz-etkililiği ölçmede uygun bir araç olduğu düşünülebilir.

5.7. Veri Toplam Yöntemi ve Süreci

Etik kurul (Ek-6) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izinler (Ek-7) alındıktan sonra İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi Acil servisine başvuran 18 yaş üstündeki KOAH'lı hastalardan araştırmaya katılmaya gönüllü olup, katılmaya alınma ölçütlerine uyan hastalardan yazılı ve sözlü izinler (Ek-5) alındı. Veriler hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak 15-30 dakikada toplandı.

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında, istatistiksel paket programı NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 kullanılarak yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntem olarak sayı, yüzde, minimum ve maksimum, medyan, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi, Box-Plot testi, histogram grafikleri, çalışmadaki vaka sayısı, dağılım ölçütlerinden ortalama ve standart sapma değeri ile sınıandı (Demir ve ark., 2016). Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Üç ve üzerindeki grupların karşılaştırmalarında normal dağılım gösterenlerde Oneway Anova testi, normal dağılım göstermeyenlerde Kruskal Wallis testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Pearson Korelasyon analizi kullanıldı (Tablo 5.3). Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Tablo 5.3. Veri Analiz Testlerinin Dağılımı

Araştırma Soruları	Uygulanan İstatistiksel Yöntemler
1. KOAH hastalarının tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı nasıldır?	<ul style="list-style-type: none">• Sayı, yüzde, minimum-maksimum, ortanca, ortalama, standart sapma
2. KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerine bağlı dispne durumu nasıldır?	<ul style="list-style-type: none">• Minimum-maksimum, ortalama, standart sapma,
3. KOAH hastalarının tanımlayıcı özellikleri günlük yaşam aktivitelerine bağlı dispne durumlarını etkiler mi?	<ul style="list-style-type: none">• Sayı, yüzde, minimum-maksimum, ortanca, ortalama, standart sapma• İki grup karşılaştırılmasında;<ul style="list-style-type: none">➢ Parametrik değişkenlerde Student T testi,➢ Non-Parametrik değişkenlerde Mann-Whitney U Testi• Üç ve üzeri grup karşılaştırılmasında;<ul style="list-style-type: none">➢ Parametrik değişkenlerde Oneway Anova➢ Non-Parametrik değişkenlerde Kruskall Wallis testi
4. KOAH hastalarının öz-etkililik düzeyleri nasıldır?	<ul style="list-style-type: none">• Minimum-maksimum, ortalama, standart sapma,
5. KOAH hastalarının tanımlayıcı özellikleri öz-etkililik düzeylerini etkiler mi?	<ul style="list-style-type: none">• Sayı, yüzde, minimum-maksimum, ortanca, ortalama, standart sapma• İki grup karşılaştırılmasında;<ul style="list-style-type: none">➢ Parametrik değişkenlerde Student T testi,➢ Non-Parametrik değişkenlerde Mann-Whitney U Testi• Üç ve üzeri grup karşılaştırılmasında;<ul style="list-style-type: none">➢ Parametrik değişkenlerde Oneway Anova➢ Non-Parametrik değişkenlerde Kruskall Wallis testi
6. KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerine bağlı dispne durumu ile öz-etkililik düzeyleri arasında ilişki var mıdır?	<ul style="list-style-type: none">• Parametrik değişkenlerde Pearson Korelasyon Analizi

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın bulguları örneklem grubu ve öz bildirimleri ile sınırlıdır.

5.10. Araştırmanın Etik Yönu

Çalışmanın yapılabilmesi için;

- Araştırma öncesinde Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan onay alındı (Ek-6).
- İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ve İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesinden yazılı izinler alındı (Ek-7).
- Gönüllülük ilkesi gereği çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dâhil edildi. Hastalara araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verildi (Ek-4).
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı onam alındı (Ek-5). Gizlilik ilkesine bağlı kalınarak araştırmaya katılan hastaların kimlik bilgileri kullanılmadı.
- LCGYA Ölçeği'nin (Ek-8) ve KOAH Öz-Etkililik Ölçeği'nin (Ek-9) Türkçe geçerlilik güvenirlilik çalışması yapan araştırmacılardan ölçeklerin kullanılabilmesi için e-posta aracılığı ile izin alındı.

6. BULGULAR

Çalışmamız 01 Haziran-28 Eylül 2018 tarihleri arasında, İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisine başvuran, bilinen KOAH tanısına sahip 177 hasta ile gerçekleştirildi.

Acil servise başvuran KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmeye bağlı dispne durumlarını ve öz-etkililik düzeylerini belirlemek, günlük yaşam aktivitelerine bağlı dispne ile öz-etkililik durumu arasında ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında verildi.

6.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

6.2. LCGYA Ölçeğine İlişkin Bulgular

6.3. KOAH Öz-Etkililik Ölçeğine İlişkin Bulgular

6.4. LCGYA Ölçeği ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının İlişkisine Ait Bulgular

6.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların tanımlayıcı özellikleri; hastaların bireysel özellikleri, sağlık ve hastalık özellikleri ve KOAH'a ilişkin özelliklerden oluştu.

Çalışmaya katılan hastaların bireysel özelliklerinin dağılımı Tablo 6.1.1'de verildi.

Tablo 6.1.1. Hastaların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

Bireysel Özellikler	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (yıl)	38-100 (72) 70,38±11,53		
Cinsiyet	Kadın Erkek	61 116	34,6 65,5
Öğrenim Düzeyi	Okuryazar değil Okuryazar İlkokul mezunu Ortaokul mezunu Lise mezunu Üniversite mezunu	31 26 60 20 23 17	17,5 14,7 33,9 11,3 13,0 9,6
Medeni Durum	Bekâr Evli	64 113	36,2 63,8
Çocuk Sayısı (n=165)	1-10 (3) 3,37±1,64		
	1-2 Çocuk 3-4 Çocuk ≥5 Çocuk	53 79 33	32,1 47,9 20,0
Meslek	Ev hanımı İşçi Esnaf-Tüccar Memur Serbest meslek Emekli	46 31 31 28 24 17	26,0 17,5 17,5 15,8 13,6 9,6
Çalışma Durumu	Çalışıyor Çalışmıyor	16 161	9,0 91,0
Ekonomik Durum	Gelir giderden az Gelir gidere denk/fazla	100 77	56,5 43,5
Sosyal Güvence	SSK Emekli sandığı Bağ-Kur Diğer güvenceler Sağlık güvencesi yok	111 30 20 10 6	62,8 16,9 11,3 5,6 3,4
Şu An Yaşanılan Yer	Kırsal Kentsel	9 168	5,1 94,9
Isınma Şekli	Soba Kalorifer	24 153	13,6 86,4
Evde Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişi	Yok Var	98 79	55,4 44,6
Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler *	Eş Çocuk-Torun Anne-Baba	66 27 6	69,6 34,2 7,6

* Birden çok seçim yapılmıştır.

Çalışmaya katılan hastalarının yaş ortalamasının 70,38±11,53 yıl, %65,5'inin erkek, %66,1'inin öğrenim düzeyinin ilkokul mezunu ve altında, %63,8'nin evli,

%26'sının ev hanımı, %56,5'inin gelirinin giderinden az, %62,8'inin sosyal güvencesinin SSK, %86,4'ünün kalorifer ile ısındığı ve %44,6'sının ise bir yakınına bakma sorumluluğu olduğu belirlendi (Tablo 6.1.1).

Çalışmaya katılan hastaların sağlık ve hastalık özelliklerinin dağılımı Tablo 6.1.2'de verildi.

Tablo 6.1.2. Hastaların Sağlık ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı

Sağlık ve Hastalık Özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Sağlık Durumunu Algılama	İyi	21	11,9
	Orta	101	57,0
	Kötü	55	31,1
KOAİ dışı tam konulan hastalık varlığı	Yok	40	22,6
	Var	137	77,4
Tam Konulan Hastalıklar *	Hipertansiyon	82	46,3
	Kalp hastalığı	81	45,8
	Diyabet	51	28,8
	Böbrek hastalığı	27	15,3
	Kanser	17	15,3
	Anemi	10	5,6
İlaç Kullanma Durumu	Düzenli	170	96,0
	Düzensiz	7	4,0
Sigara Kullanma Durumu	Hiç kullanmamış	31	17,5
	Bırakmış	116	65,5
	Kullanıyor	30	17,0
Sigarayı Bırakma Süresi (Yıl önce) (n=116)	0-1 yıl	27	23,3
	2-20 yıl	70	60,4
	21-50 yıl	19	16,3
Sigara Kullanma Süresi (Sigara Kullanmaya Devam Edenler) (n=30)	0-20 yıl	3	10,0
	21-40 yıl	13	43,3
	41 yıl ve üstü	14	46,7
Düzenli Spor Yapma Durumu	Evet	42	23,7
	Hayır	135	76,3
Sürekli Olarak Alet Kullanma Durumu	Yok	35	19,8
	Var	142	80,2
Kullanılan Aletler * (n=142)	Gözlük	104	73,2
	Takma diş	95	66,9
	Baston-yürüteç	43	30,3
	İşitme cihazı	12	8,5
	Tekerlekli sandalye	5	3,5

* Birden çok seçim yapılmıştır

Çalışmaya katılan hastaların %57'si sağlık durumunu orta düzeyde algıladığı, %77,4'ünün KOAİ dışında ek kronik hastalığı olduğu (%46,3 hipertansiyon, 45,8 kalp hastalığı), %96'sının ilaçlarını düzenli kullandığı, %65,5'inin daha önce sigara kullandığı ve bıraktığı, %23,3'ünün bırakma süresinin 0-1 yıl içinde olduğunu, halen sigara kullanan hastaların %46,7'sinin 41 yıl ve üstünde tüketim yaptığı, %76,3'ünün düzenli spor yapmadığı, %80,2'sinin sürekli kullandığı alet olduğunu ve kullanılan aletlerin sıklık sırasıyla gözlük, takma diş, baston-yürüteç, işitme cihazı ve tekerlekli sandalye olduğu saptandı (Tablo 6.1.2).

Çalışmaya katılan hastaların KOAH'a ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 6.1.3'te verildi.

Tablo 6.1.3. Hastaların KOAH'a İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

KOAH'a İlişkin Özellikler	Min-Mak (Medyan) Ort±Ss	Sayı (n)	Yüzde (%)
KOAH Süresi (yıl)	1-55 (10) 10,57±9,38		
KOAH Evresi	Hafif Evre	5	2,8
	Orta Evre	73	41,3
	Ağır Evre	69	39,0
	Çok Ağır Evre	30	16,9
Bir Önceki Atak Zamanı (Gün önce)	1-360 (15) 51,36±91,95		
KOAH Nedeniyle Yatarak Tedavi Olma	Evet Hayır	100 77	56,5 43,5
Hastaneye Yatma Sayısı (Son 1 yılda) (n=100)	1-10 (2) 2,40±1,84		
En Son Hastaneye Yatma Zamanı (Ay önce) (n=100)	1-12 (2) 3,18±2,99		
Hastanede Yatış Zamanı (Gün olarak) (n=100)	1-30 (7) 8,44±5,64		
KOAH Nedeniyle Daha Önce Acil Servise Başvurma Durumu	Evet Hayır	147 30	83,1 16,9
Acil Servise Son 1 Yılda Başvurma Sayısı (n=147)	1-30 (4) 5,93±5,24		
Acil Servise En Son Başvurma Zamanı (Gün önce) (n=147)	1-360 (21) 41,46±53,12		
Derin Nefes Egzersizini Bilme Durumu	Evet Hayır	38 139	21,5 78,5
Derin Nefes Egzersizini Bilenlerin Yapabilme Durumu (n=38)	Yapabiliyor Yapamıyor	33 5	86,8 13,2
Öksürük Egzersizini Bilme Durumu	Evet Hayır	22 155	12,4 87,6
Öksürük Egzersizini Bilenlerin Yapabilme Durumu (n=22)	Yapabiliyor Yapamıyor	19 3	86,4 13,6
KOAH için Cihaz Kullanma Durumu	Evet Hayır	144 33	81,4 18,6
Kullanılan Cihazlar * (n=144)	Nebülizatör	134	93,1
	Oksijen Tüpü	60	41,7
	Oksijen Konsantratörü	42	29,2
	CPAP-BPAP	27	18,8
Nefes Darlığı Arttıran Durumlar *	Aktivite	142	80,2
	Sigara Dumanı	135	76,3
	Kirli Hava	123	69,5
	Soğuk Hava	96	54,2
	Stres	54	30,5
	Allerjenler	49	27,7
Nefes Darlığını Yaşama Hissi *	Boğulma Hissi	132	74,6
	Aniden Panik Duygusu	84	47,5
	Göğüste Yanma	70	39,5
	Göğüs Kafesinde Sıkıştıran Şerit Hissi	62	35,0
	Huzursuzluk	62	35,0
	Ölüm Korkusu	49	27,7
	Umutsuzluk	37	20,9
	Diğer	11	6,2
Atak Sırasında Yapılan Uygulamalar *	Nefes Açıcı İlaçtan İlave Doz Almak	130	73,4
	Hemen 112'yi Aramak	87	49,2
	Oksijen Kullanmak	70	39,5
	Solunumu Kontrol Altında Almak	53	29,9
	Burundan Nefes Alıp, Dudakları Büzerek Vermek	35	19,8

* Birden çok seçim yapılmıştır

Çalışmaya katılan hastaların, ortalama KOAH süresinin 10,57±9,38 yıl, %41,3'ünün orta evrede ve %83,1'inin son bir yıl içinde KOAH nedeniyle daha önce

acil servise başvurduğu bulundu. Hastaların %78,5'inin derin nefes egzersizlerini, %87,6'sının öksürük egzersizlerini bilmediği, %81,4'ünün KOAH tedavisine yönelik cihaz kullandığı ve cihaz kullananların %93,1'inin nebulizatör kullandığı saptandı. Nefes darlığının en çok aktivite (%80,2) ve sigara dumanı (%76,3) nedeniyle arttığı görüldü. Nefes darlığını yaşama hastalarda boğulma (%74,6) ve ani panik duygusuna kapılma hissi (%47,5) yarattığı görüldü. Nefes darlığı yaşayan hastaların %73,4'ünün nefes açıcı ilaçlardan ilave doz olarak atağı yönetmeye çalıştıkları saptandı (Tablo 6.1.3).



6.2. LCGYA Ölçeğine İlişkin Bulgular

Hastaların LCGYA ölçeği maddelerine verdikleri cevapların dağılımı ve ölçek maddelerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 6.2.1’de verildi.

Tablo 6.2.1. Hastaların LCGYA Ölçeği Maddelerine Verdikleri Cevapların Dağılımı ve Ölçek Maddelerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

	Hiç yapmadım		Nefes darlığına neden olmaz		Biraz nefes darlığı çekiyorum		Çok nefes darlığı çekiyorum		Bunu hiçbir şekilde yapamıyorum		Bunu yapmak için birine ihtiyaç duyuyorum		Ort±Ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
KİŞİSEL BAKIM AKTİVİTELERİ													
Kurulanmak	0	0,0	33	18,6	65	36,7	35	19,8	18	10,2	26	14,7	2,66±1,30
Üst bedeni giyinmek	0	0,0	30	16,9	64	36,2	34	19,2	22	12,4	27	15,3	2,73±1,31
Ayakkabı/çorap giymek	0	0,0	25	14,1	58	32,8	41	23,2	23	13,0	30	16,9	2,86±1,30
Saç yıkamak	0	0,0	22	12,4	56	31,6	36	20,3	22	12,4	41	23,2	3,02±1,37
EV İŞLERİ AKTİVİTELERİ													
Yatak yapmak	3	1,7	17	9,6	29	16,4	41	23,2	37	20,9	50	28,2	3,37±1,38
Çarşaf değiştirmek	3	1,7	12	6,8	40	22,6	34	19,2	40	22,6	48	27,1	3,36±1,36
Pencere/perde yıkamak	20	11,3	12	6,8	24	13,6	38	21,5	31	17,5	52	29,4	3,15±1,66
Temizlemek/toz almak	6	3,4	17	9,6	33	18,6	43	24,3	34	19,2	44	24,9	3,21±1,42
Bulaşık yıkamak	8	4,5	20	11,3	33	18,6	41	23,2	28	15,8	47	26,6	3,14±1,50
Süpürmek	7	4,0	13	7,3	27	15,3	47	26,6	30	16,9	53	29,9	3,35±1,43
FİZİKSEL AKTİVİTELERİ													
Merdiven çıkmak	0	0,0	4	2,3	18	10,2	35	19,8	62	35,0	58	32,8	3,86±1,06
Eğilmek	0	0,0	9	5,1	23	13,0	57	32,2	54	30,5	34	19,2	3,46±1,10
BOŞ VAKİT AKTİVİTELERİ													
Ev içinde yürümek	3	1,7	16	9,0	39	22,0	59	33,3	42	23,7	18	10,2	2,99±1,18
Sosyal olarak dışarı çıkmak	2	1,1	12	6,8	45	25,4	58	32,8	41	23,2	19	10,7	3,02±1,14
Konuşmak	3	1,7	30	16,9	52	29,4	55	31,1	30	16,9	7	4,0	2,56±1,13

Çalışmaya katılan hastaların LCGYA ölçeğine göre hastaların kişisel bakım aktivitelerinden kurulanmak (%36,7), üst bedeni giyinmek (%36,2), ayakkabı veya çorap giymek (%32,8) ve saç yıkamak (%31,6) sırasında biraz nefes darlığı çektiği saptandı. Ev işleri aktivitelerinden yatak yapmak (%28,2), çarşaf değiştirmek (%27,1), pencere/perde yıkmak (29,4), temizlik yapmak/toz almak (%24,9), bulaşık yıkamak (%26,6) ve süpürmek (%29,9) sırasında başka bir kişiye ihtiyaç duydukları belirlendi. Fiziksel aktivitelerden merdiven çıkma (%32,8) aktivitesi sırasında başka

birine ihtiyaç duydukları, eğilirken (%32,2) çok nefes darlığı çektikleri tespit edildi. Boş vakit aktivitelerinden ev içinde yürüme (%33,3), sosyal olarak dışarı çıkma (%32,8) ve konuşma (%31,1) sırasında çok nefes darlığı çektikleri saptandı (Tablo 6.2.1).

Çalışmaya katılan hastaların yaşadığı nefes darlığının günlük yaşam aktivitelerini etkileme düzeyi Tablo 6.2.2’te verildi.

Tablo 6.2.2. Hastaların Nefes Darlığının Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileme Düzeyine Verdikleri Cevapların Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Düzeyi	Çok	91	51,4
	Biraz	77	43,5
	Hiç	9	5,1

Hastaların %51,4’ü yaşadıkları nefes darlığının günlük yaşam aktivitelerini çok etkilediğini ifade ettiler (Tablo 6.2.2).

Çalışmaya katılan hastaların LCGYA ölçeği alt boyut, toplam ve madde puan ortalamaları Tablo 6.2.3’da verildi.

Tablo 6.2.3. Hastaların LCGYA Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan ve Madde Ortalamaları

	Madde Sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	Madde Puan Ortalaması
Kişisel Bakım	4	4-20 (10)	11,27±4,97	2,82±1,24
Ev İşleri	6	0-30 (19)	19,58±8,14	3,26±1,36
Fiziksel	2	2-10 (8)	7,32±2,05	3,65±1,03
Boş Vakit	3	0-15 (9)	8,58±3,01	2,86±1,00
Toplam	15	11-75 (48)	46,73±16,08	3,12±1,07

Çalışmaya katılan hastaların LCGYA ölçeği madde puan ortalamalarına göre en çok fiziksel aktiviteleri gerçekleştirirken (3,65±1,03) ve ev işlerini yaparken (3,26±1,36) dispne yaşadığı tespit edildi (Tablo 6.2.3).

Çalışmaya katılan hastaların bireysel özelliklerine göre LCGYA ölçeğinin toplam puan ortalamalarının değerlendirilmesi Tablo 6.2.4’de verildi.

Tablo 6.2.4. Hastaların Bireysel Özelliklere göre LCGYA Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		LCGYA Ölçeği Toplam Puanı				
		Sayı (n)	Ort±Ss	Test Değeri	p Değeri	Fark
Yaş (yıl)		177		r: 0,215	0,004**	
Cinsiyet	Kadın	61	49,79±16,63	t=1,844	0,067	
	Erkek	116	45,13±15,61			
Öğrenim düzeyi	Okuryazar değil	31	50,55±16,42	F=1,337	0,251	
	Okuryazar	26	51,12±14,57			
	İlkokul	60	45,72±17,11			
	Ortaokul	20	46,45±14,64			
	Lise	23	42,09±15,73			
	Üniversite	17	43,29±14,97			
Medeni durum	Bekâr	64	49,42±16,76	t=1,682	0,094	
	Evli	113	45,21±15,54			
Meslek	Ev Hanımı (I)	46	52,98±16,14	F=4,560	0,001**	I>II V>II
	Emekli (II)	17	34,29±15,91			
	Esnaf-Tüccar (III)	31	43,65±14,62			
	Memur (IV)	28	43,61±14,10			
	İşçi (V)	31	50,13±14,92			
	Serbest Meslek (VI)	24	46,83±16,02			
Çalışma durumu	Çalışıyor	16	35,44±15,81	t=-3,014	0,003**	
	Çalışmıyor	161	47,86±15,71			
Ekonomik durum	Gelir gidere denk/fazla	77	46,49±16,37	t=0,432	0,667	
	Gelir giderinden az	100	46,92±15,93			
Sosyal güvencesi	Emekli Sandığı	30	43,30±16,59	KW=4,903	0,297	
	BAĞ-KUR	20	43,00±15,46			
	SSK	111	47,53±16,35			
	Diğer	10	53,80±14,05			
	Yok	6	49,83±10,25			
Isınma şekli	Soba	24	45,88±16,71	t=-0,281	0,779	
	Kalorifer	153	46,87±16,03			
Evde bakımından sorumlu kişi durumu	Yok	98	47,92±16,85	t=1,092	0,276	
	Var	79	45,27±15,03			
Eşten sorumlu olma (n=79)	Yok	24	44,04±16,69	t=-0,476	0,636	
	Var	55	45,80±14,38			
Anne-babadan sorumlu olma (n=79)	Yok	73	46,18±14,49	MW=-1,676	0,094	
	Var	6	34,17±18,43			
Çocuk-torundan sorumlu olma (n=79)	Yok	52	45,21±15,05	t=-0,044	0,965	
	Var	27	45,37±15,29			

KW: Kruskal Wallis

r: Pearson Korelasyon Katsayısı F: Oneway ANOVA Testi Testi t: Student t Testi MW: Mann Whitney U Testi

**p<0,01

Çalışmaya katılan hastaların yaşları ile LCGYA ölçeği toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönlü (yaş arttıkça puanın arttığı), %21,5 düzeyinde çok zayıf istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (r:0,215; p<0,01). Cinsiyete göre

LCGYA ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($p>0,05$) kadınların erkeklere göre puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Öğrenim düzeyi, ekonomik durum, sosyal güvence, ısınma şekli ve medeni duruma göre LCGYA ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Meslek gruplarına göre LCGYA ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda ev hanımlarının ve işçilerin puan ortalamaları, emekli hastalardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Çalışan hastaların LCGYA ölçeği toplam puan ortalamaları çalışmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,01$). Evde bakmakla sorumlu olunan kişi varlığı ve bakım verilen kişilere göre LCGYA ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmezken ($p>0,05$), anne-baba bakımından sorumlu olan hastaların LCGYA ölçeği puan ortalamaları daha düşük bulundu (Tablo 6.2.4).

Bireysel özelliklerden yaş, meslek ve çalışma durumlarına göre LCGYA’da alınan ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 6.2.4). Tespit edilen anlamlılığın hangi alt boyuttan kaynaklandığını saptamak için bu değişkenlere göre LCGYA ölçeği alt boyut puan ortalamalarının değerlendirilmesi Tablo 6.2.5’de verildi.

Tablo 6.2.5. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre LCGYA Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	LCGYA Ölçeği Alt Boyutları				
		Kişisel bakım	Ev işleri	Fiziksel	Boş vakit	
		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	
Yaş (yıl)	177	0,166	0,202	0,263	0,149	
		0,027*	0,007**	0,001**	0,048*	
Meslek	Ev hanımı	46	13,04±5,51 (13)	22,57±7,38 (24)	7,83±2,00 (8)	9,54±2,66 (9,5)
	Emekli	17	8,59±4,46 (8)	12,76±8,76 (12)	6,18±2,07 (6)	6,76±2,97 (7)
	Esnaf-Tüccar	31	10,00±3,93 (9)	17,61±7,81 (18)	7,48±1,98 (8)	8,55±3,20 (8)
	Memur	28	10,29±4,44 (9)	18,64±7,04 (18)	6,75±1,96 (7)	7,93±2,93 (8)
	İşçi	31	12,19±4,97 (12)	21,61±7,86 (24)	7,68±1,81 (8)	8,65±2,65 (9)
	Serbest Meslek	24	11,33±4,89 (9)	19,67±8,04 (19)	7,13±2,27 (7)	8,71±3,46 (8)
			<i>Test değeri</i>	F=3,191	F=4,944	F=2,428
		<i>p</i>	0,001**	0,001**	0,037*	0,029*
Çalışma durumu	Çalışıyor	16	8,25±3,70 (8)	14,13±7,46 (12)	5,88±2,60 (5,5)	7,19±3,66 (6)
	Çalışmıyor	161	11,57±4,99 (11)	20,12±8,02 (20)	7,46±1,93 (8)	8,71±2,92 (9)
			<i>Test değeri</i>	t=-2,587	t=-2,866	t=-3,023
		<i>p</i>	0,010*	0,005**	0,003**	0,124

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

t: Student t Testi

F: Oneway ANOVA Test

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Yaşa göre değerlendirme:

Yaşa göre LCGYA ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında kişisel bakım aktiviteleri ($r:0,166$; $p<0,05$), ev işleri aktiviteleri ($r:0,202$; $p<0,01$) ve boş vakit aktiviteleri ($r:0,149$; $p<0,05$) açısından pozitif yönlü, çok zayıf istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. Yaşa göre fiziksel aktivite puan ortalamaları arasında pozitif yönlü, zayıf istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($r:0,263$; $p<0,01$) (Tablo 6.2.5). Yaş arttıkça günlük yaşam aktiviteleri sırasında yaşanan dispne artmaktadır.

Mesleğe göre değerlendirme:

Mesleğe göre LCGYA ölçeği kişisel bakım aktivite puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda ev hanımlarının puanları emekli hastalardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Mesleğe göre LCGYA ölçeği ev işleri aktivite puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda ev hanımlarının ve işçilerin puan ortalamaları emekli hastalardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$). Mesleğe göre LCGYA ölçeği fiziksel aktivite puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu, ev hanımlarının puan ortalamaları emekli olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Mesleğe göre LCGYA ölçeği boş vakit aktivite puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu, ev hanımlarının puan ortalamaları emekli hastalardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.2.5).

Çalışma durumuna göre değerlendirme:

Çalışan hastaların LCGYA ölçeği puan ortalamaları kişisel bakım, ev işleri ve fiziksel aktivite puanları çalışmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.2.5).

Çalışmaya katılan hastaların sağlık ve hastalık özellikleri göre LCGYA ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırılması Tablo 6.2.6'da verildi.

Tablo 6.2.6. Hastaların Sağlık ve Hastalık Özelliklere göre LCGYA Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		LCGYA Ölçeği Toplam Puanı					
		n	Ort±Ss	Test değeri	p değeri	Fark	
Sağlık durumunu algılama	İyi (I)	21	31,57±15,99	F=14,809	0,001**	II>I III>I	
	Orta (II)	101	46,78±14,07				
	Kötü (III)	55	52,44±16,09				
KOAHA dışı tanı konulan hastalık varlığı	Yok	40	39,93±16,70	t=-3,120	0,002**		
	Var	137	48,72±15,39				
Tanı konulan hastalıklar *	Kalp hastalığı	Yok	96	44,38±16,76	t=-2,147	0,033*	
		Var	81	49,53±14,85			
	Hipertansiyon	Yok	95	43,88±15,86	t=-2,579	0,011*	
		Var	82	50,04±15,78			
	Diyabet	Yok	126	46,30±16,76	t=-0,562	0,575	
		Var	51	47,80±14,36			
	Böbrek hastalığı	Yok	150	46,18±16,36	t=-1,082	0,281	
		Var	27	49,81±14,27			
	Anemi	Yok	167	46,39±16,05	t=-1,169	0,244	
		Var	10	52,50±16,20			
	Kanser	Yok	160	46,37±16,30	t=-0,928	0,355	
		Var	17	50,18±13,79			
	Düzenli ilaç kullanma durumu	Düzenli	170	47,26±15,88	MW=-2,298	0,043*	
		Düzensiz	7	34,00±16,75			
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor (I)	31	51,65±17,20	F=6,890	0,001**	I>III II>III	
	Bırakmış (II)	116	47,77±14,96				
	Kullanıyor (III)	30	37,67±16,12				
Düzenli spor yapma durumu	Evet	42	36,19±14,18	t=-5,217	0,001**		
	Hayır	135	50,01±15,24				
Sürekli olarak alet kullanma durumu	Yok	35	43,69±19,23	t=-1,089	0,282		
	Var	142	47,49±15,18				
Kullanılan aletler (n=142) *							
Gözlük	Yok	38	54,89±13,97	t=3,666	0,001**		
	Var	104	44,78±14,76				
İşitme cihazı	Yok	130	47,18±15,47	t=-0,797	0,427		
	Var	12	50,83±11,72				
Takma diş	Yok	47	46,79±14,35	t=-0,384	0,701		
	Var	95	47,83±15,65				
Baston-yürüteç	Yok	99	44,69±15,11	t=-3,460	0,001**		
	Var	43	53,93±13,42				
Tekerekli sandalye	Yok	137	46,89±14,80	MW=-2,298	0,022*		
	Var	5	63,80±18,35				

* Birden çok seçim yapılmıştır.

t: Student t Testi

F: Oneway ANOVA Test

MW: Mann Whitney U Testi

*p<0,05

**p<0,01

Sağlık durumu algısına göre LCGYA ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (p<0,01). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu, sağlık durumunu orta ve kötü algılayan hastaların puan ortalamaları, sağlık durumunu iyi algılayanlardan

yüksek bulundu ($p<0,01$). Sağlık durumunu orta ve kötü algılayan hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.2.6).

KOAH'a ek kronik hastalığı olan hastaların olmayanlara göre LCGYA ölçeği toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$). KOAH'ın yanında kalp hastalığı olan ve hipertansiyonu olan hastaların LCGYA ölçeği toplam puan ortalamaları, kalp hastalığı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.2.6).

İlaçları düzenli kullanma durumuna göre LCGYA ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). İlaçlarını düzenli kullanan hastaların LCGYA ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları kullanmayanlara göre daha yüksekti (Tablo 6.2.6).

Sigara kullanma durumuna göre LCGYA ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda sigara kullanmayan ve kullanıp bırakan hastaların puan ortalamaları aktif kullananlardan yüksek bulundu ($p<0,01$) (Tablo 6.2.6).

Düzenli spor yapan hastaların LCGYA ölçeği toplam puan ortalamaları, yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,01$) (Tablo 6.2.6).

Gözlük kullanan hastaların LCGYA ölçeği toplam puan ortalamaları,, kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,01$). Baston-yürüteç, tekerlekli sandalye kullanan hastaların LCGYA ölçeği toplam puan ortalamaları, kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.2.6).

LCGYA ölçeği toplam puanı ile hastaların sağlık ve hastalık özelliklerinden sağlık durumunu algılama, tanı konulan hastalıklar (kalp hastalığı, hipertansiyon), düzenli ilaç kullanma durumu, sigara kullanma durumu, düzenli spor yapma durumu ve kullanılan alet durumu (gözlük, baston-yürüteç, tekerlekli sandalye) arasında anlamlı ilişki saptandı (Tablo 6.2.6)

Tespit edilen anlamlılığın hangi alt boyuttan kaynaklandığını saptamak için bu değişkenlere göre LCGYA ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 6.2.7’de verildi.

Tablo 6.2.7. Hastaların Sağlık ve Hastalık Özelliklerine göre LCGYA Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		n	LCGYA Ölçeği Alt Boyutları			
			Kişisel bakım	Ev işleri	Fiziksel	Boş vakit
			Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)
Sağlık durumu	İyi	21	7,33±4,62 (6)	13,05±7,96 (11)	5,43±2,36 (5)	5,76±2,90 (6)
	Orta	101	10,91±4,40 (10)	19,94±7,43 (19)	7,31±1,70 (7)	8,62±2,58 (9)
	Kötü	55	13,42±5,06 (12)	21,40±8,36 (24)	8,05±2,08 (9)	9,56±3,17 (10)
	<i>Test değeri</i> <i>p</i>		F=12,680 0,001**	F=8,987 0,001**	F=10,037 0,001**	F=13,931 0,001**
Tam konulan diğer hastalıklar *	Yok	40	9,83±4,76 (8)	15,80±8,59 (14)	6,70±2,05 (7)	7,60±3,39 (7)
	Var	137	11,69±4,96 (11)	20,68±7,69 (22)	7,50±2,02 (8)	8,86±2,84 (9)
	<i>Test değeri</i> <i>p</i>		t=-2,105 0,037*	t=-3,437 0,001**	t=-2,190 0,030*	t=-2,361 0,019*
	Kalp hastalığı	Yok	96	10,64±4,99 (9)	18,53±8,51 (18)	7,06±2,15 (7)
Var		81	12,01±4,86 (11)	20,81±7,55 (19)	7,62±1,88 (8)	9,09±2,69 (9)
<i>Test değeri</i> <i>p</i>			t=-1,850 0,066	t=-1,892 0,060	t=-1,809 0,072	t=-2,091 0,038*
Hipertansiyon		Yok	95	10,53±4,71 (9)	18,21±8,04 (18)	6,92±2,05 (7)
	Var	82	12,12±5,14 (11,5)	21,16±8,01 (22)	7,78±1,96 (8)	8,98±2,70 (9)
	<i>Test değeri</i> <i>p</i>		t=-2,153 0,033*	t=-2,437 0,016*	t=-2,861 0,005**	t=-1,647 0,101
	Düzenli ve doğru ilaç kullanma durumu	Düzenli	170	11,41±4,95 (10,5)	19,89±8,02 (19,5)	7,35±2,03 (8)
Düzensiz		7	7,86±4,26 (8)	12,00±7,85 (11)	6,43±2,30 (6)	7,71±3,64 (8)
<i>Test değeri</i> <i>p</i>			MW=-1,919 0,055	MW=-2,463 0,014*	MW=-1,162 0,245	MW=-0,825 0,409
Sigara kullanma durumu		Kullanmıyor	31	12,52±5,56 (12)	22,29±8,26 (24)	7,39±1,89 (8)
	Bırakmış	116	11,47±4,76 (11)	19,95±7,97 (19,5)	7,59±1,86 (8)	8,76±2,73 (9)
	Kullanıyor	30	9,20±4,66 (8)	15,33±7,25 (12)	6,17±2,52 (6)	6,97±3,60 (6,5)
	<i>Test değeri</i> <i>p</i>		F=3,786 0,025*	F=6,277 0,002**	F=6,176 0,003**	F=6,151 0,003**
Düzenli spor yapma durumu	Evet	42	7,83±4,12 (8)	15,05±7,02 (13)	6,07±2,15 (6)	7,24±2,69 (7)
	Hayır	135	12,33±4,73 (12)	20,99±7,97 (23)	7,70±1,86 (8)	8,99±2,99 (9)
	<i>Test değeri</i> <i>p</i>		t=-5,961 0,001**	t=-4,333 0,001**	t=-4,790 0,001**	t=-3,396 0,001**
	<i>Kullanılan aletler (n=142)*</i>					
Gözlük	Yok	38	13,29±4,78 (12,5)	24,34±6,94 (27,5)	7,95±1,83 (8)	9,32±2,31 (9)
	Var	104	10,65±4,82 (9)	18,49±7,29 (18)	7,19±2,03 (7)	8,44±2,72 (8)
	<i>Test değeri</i> <i>p</i>		t=2,892 0,004**	t=4,286 0,001**	t=2,010 0,046*	t=1,758 0,081
	Baston-yürüteç	Yok	99	10,70±4,86 (9)	18,86±7,48 (18)	6,96±2,05 (7)
Var		43	12,88±4,81 (12)	22,81±7,34 (24)	8,40±1,48 (9)	9,84±2,38 (10)
<i>Test değeri</i> <i>p</i>			t=-2,472 0,015*	t=-2,911 0,004**	t=-4,694 0,001**	t=-3,597 0,001**
Tekerlekli sandalye		Yok	137	11,13±4,78 (10)	19,87±7,48 (18)	7,33±2,00 (7)
	Var	5	17,60±5,37 (20)	25,20±10,73 (30)	9,20±0,84 (9)	11,80±1,64 (12)
	<i>Test değeri</i> <i>p</i>		MW=-2,414 0,016*	MW=-1,805 0,070	MW=-2,243 0,025*	MW=-2,703 0,007**

* Birden çok seçim yapılmıştır

t: Student t Testi

F: Oneway ANOVA Testi

MW: Mann Whitney U Testi

*p<0,05

**p<0,01

Sağlık durumuna göre değerlendirme:

Hastaların sağlık durumu algısına göre LCGYA ölçeği kişisel bakım, ev işleri, fiziksel, boş vakit aktiviteleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda sağlık durumunu orta ve kötü algılayan hastaların puan ortalamaları, sağlık durumunu iyi algılayanlardan yüksek bulundu ($p<0,01$) (Tablo 6.2.7).

Ek hastalık durumuna göre değerlendirme:

KOAH dışında ek hastalığı olan hastaların LCGYA ölçeği kişisel bakım, ev işleri, fiziksel ve boş vakit aktiviteleri puan ortalamaları ek hastalığı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Kalp hastalığı olan hastaların boş vakit aktiviteleri puan ortalamaları kalp hastalığı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Hipertansiyonu olan hastaların kişisel bakım, ev işleri ve fiziksel aktivite puanları hipertansiyonu olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.2.7).

Düzenli ve doğru ilaç kullanma durumuna göre değerlendirme:

Düzenli ve doğru ilaç kullandığını belirten hastaların LCGYA ölçeği ev işleri aktivite puan ortalamaları, düzenli ve doğru ilaç kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.2.7).

Sigara kullanma durumuna göre değerlendirme:

Sigara kullanma durumuna göre LCGYA ölçeği kişisel bakım, ev işleri ve boş vakit aktiviteleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda sigara kullanmayan hastaların puan ortalamaları, hala sigara kullanan ve sigara kullanıp bırakan hastalardan yüksek bulundu ($p<0,05$). Sigara kullanma durumuna göre LCGYA ölçeği fiziksel aktivite puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda sigarayı bırakan ve kullanmayan hastaların puan ortalamaları sigara kullananlardan yüksek bulundu ($p<0,01$) (Tablo 6.2.7).

Düzenli spor yapma durumuna göre değerlendirme:

Düzenli spor yapan hastaların LCGYA ölçeği kişisel bakım, ev işleri, fiziksel ve boş vakit aktivite puan ortalamaları, düzenli spor yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,01$) (Tablo 6.2.7).

Kullanılan aletlere göre değerlendirme:

Gözlük kullanan hastaların LCGYA ölçeği kişisel bakım, ev işleri ve fiziksel aktivite puan ortalamaları, kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,05$). Baston-yürüteç kullanan hastaların LCGYA ölçeği kişisel bakım, ev işleri, fiziksel ve boş vakit aktivite puan ortalamaları, kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Tekerlekli sandalye kullanan hastaların LCGYA ölçeği kişisel bakım, fiziksel ve boş vakit aktivite puan ortalamaları, kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.2.7).

Çalışmaya katılan hastaların KOAH'a ilişkin tanımlayıcı özelliklerine göre LCGYA ölçeğinin toplam puanlarının değerlendirilmesi Tablo 6.2.8'de verildi.

Tablo 6.2.8. Hastaların KOAH'a İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerine göre LCGYA Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		LCGYA Ölçeği Toplam Puanı				
		Sayı (n)	Ort±Ss	Test değeri	p değeri	Fark
KOAH Süresi (Yıl)				r: 0,058	0,443	
KOAH Evresi	Hafif Evre (I)	5	36,80±15,42	KW=33,348	0,001**	IV>I IV>II III>II
	Orta Evre (II)	73	39,15±15,88			
	Ağır Evre (III)	69	51,06±13,37			
	Çok Ağır Evre (IV)	30	56,90±13,30			
KOAH nedeniyle daha önce acil servise başvurma	Hayır	30	37,60±17,81	t=-3,524	0,001**	
	Evet	147	48,60±15,10			
Derin nefes egzersizini bilme durumu	Hayır	139	48,34±15,84	t=2,529	0,011*	
	Evet	38	40,87±15,78			
Derin nefes egzersizini biliyorsa yapabile durumu (n=38)	Yapamıyor	5	39,20±12,58	MW=-0,108	0,933	
	Yapabiliyor	33	41,12±16,36			
Öksürük egzersizini bilme durumu	Hayır	155	48,35±15,71	t=3,684	0,001**	
	Evet	22	35,32±14,19			
Öksürük egzersizini biliyorsa yapabile durumu (n=22)	Yapamıyor	3	33,67±17,47	‡	‡	
	Yapabiliyor	19	35,58±14,16			
Hastalık için cihaz kullanma durumu	Yok	33	35,09±14,67	t=-4,906	0,001**	
	Var	144	49,40±15,21			

•Birden çok seçim yapılmıştır.

t: Student t Testi

KW: Kruskal Wallis Testi

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı

MW: Mann Whitney U Testi

* $p<0,05$

** $p<0,01$

‡ Gruptaki kişi sayısı yetersiz olduğundan istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

Hastaların KOAH süresi ile LCGYA ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken ($p>0,05$), KOAH evresine göre LCGYA ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,01$) (Tablo 6.2.8). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda çok ağır evredeki hastaların puanları, hafif, orta ve ağır evredeki hastalardan yüksek bulundu ($p<0,05$). KOAH nedeniyle acil servise başvuran hastaların LCGYA ölçeği toplam puanları başvurusu olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$). Derin nefes egzersizini ve öksürük egzersizini yapabilen hastaların LCGYA ölçeği toplam puan ortalamaları, egzersizleri bilmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,05$). Hastalık için cihaz kullanan hastaların LCGYA ölçeği toplam puanları, cihaz kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$) (Tablo 6.2.8).

Hastaların KOAH'a ilişkin tanımlayıcı özelliklerinden KOAH evresi, KOAH nedeni acil servise başvurma durumu, derin nefes ve öksürük egzersizini bilme, cihaz kullanma durumlarına göre LCGYA ölçeği toplam puan ortalamaları ile arasında anlamlı fark saptandı. Tespit edilen farkın hangi alt boyuttan kaynaklandığını saptamak için bu değişkenlere göre LCGYA ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6.2.9'de verildi.

Tablo 6.2.9. KOAH'a İlişkin Tanımlayıcı Özelliklere göre LCGYA Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	LCGYA Ölçeği Alt Boyutları				
		Kişisel bakım Ort±Ss (Medyan)	Ev işleri Ort±Ss (Medyan)	Fiziksel Ort±Ss (Medyan)	Boş vakit Ort±Ss (Medyan)	
KOAH evresi	Hafif evre	5	8,40±3,58 (8)	15,60±7,64 (11)	6,40±2,88 (5)	6,40±3,21 (5)
	Orta evre	73	9,01±4,49 (8)	16,33±8,31 (16)	6,53±2,24 (7)	7,27±3,10 (7)
	Ağır evre	69	12,20±4,26 (12)	21,70±7,00 (24)	7,74±1,65 (8)	9,42±2,42 (10)
	Çok ağır evre	30	15,07±4,92 (15)	23,27±7,32 (25)	8,40±1,45 (8,5)	10,17±2,57 (10)
	<i>Test değeri</i> <i>p</i>		KW=37,032 0,001**	KW=23,327 0,001**	KW=20,026 0,001**	KW=28,502 0,001**
KOAH nedeniyle acil servise başvurma	Hayır	30	8,70±4,68 (8)	15,43±8,85 (13)	6,13±2,58 (6)	7,33±3,41 (7)
	Evet	147	11,79±4,88 (11)	20,42±7,75 (21)	7,56±1,84 (8)	8,83±2,87 (9)
	<i>Test değeri</i> <i>p</i>		t=-3,184 0,002**	t=-3,135 0,002**	t=-2,876 0,007**	t=-2,519 0,013*
Derin nefes egzersizi bilme durumu	Hayır	139	11,87±5,06(11)	20,15±8,10(20)	7,49±1,98(8)	8,83±2,76(9)
	Evet	38	9,05±3,93(9)	17,47±8,04(18)	6,68±2,19(6,5)	7,66±3,70(7)
	<i>Test Değeri</i> <i>p</i>		t=3,666 0,001**	t=1,809 0,072	t=2,173 0,031*	t=1,816 0,076
Öksürük egzersizi bilme durumu	Hayır	155	11,73±5,01 (11)	20,20±8,01 (21)	7,51±1,97 (8)	8,92±2,78 (9)
	Evet	22	8,00±3,18 (8,5)	15,18±7,83 (15)	5,95±2,10 (6)	6,18±3,54 (6)
	<i>Test Değeri</i> <i>p</i>		t=3,392 0,001**	t=2,757 0,006**	t=3,438 0,001**	t=4,168 0,001**
Hastalık için cihaz kullanma durumu	Yok	33	7,70±3,17 (8)	14,21±7,46 (13)	6,06±2,42 (6)	7,12±3,03 (7)
	Var	144	12,08±4,95 (12)	20,81±7,80 (22)	7,60±1,84 (8)	8,91±2,92 (9)
	<i>Test Değeri</i> <i>p</i>		t=-6,370 0,001**	t=-4,413 0,001**	t=-3,439 0,001**	t=-3,156 0,002**

t: Student t Testi *KW: Kruskal Wallis Testi* ***p<0,01* **p<0,05*

KOAH evresine göre değerlendirme:

KOAH evresine göre LCGYA ölçeği kişisel bakım, ev işleri, fiziksel ve boş vakit aktiviteleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$) (Tablo 6.2.9). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda çok ağır evredeki hastaların puan ortalamaları hafif, orta ve ağır evredeki hastalardan yüksek bulundu ($p<0,05$).

KOAH nedeniyle acil servise başvurma durumuna göre değerlendirme:

KOAH nedeniyle acil servise başvuran hastaların LCGYA ölçeği kişisel bakım, ev işleri, fiziksel ve boş vakit aktivite puan ortalamaları acil servise başvurmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.2.9).

Derin nefes ve öksürük egzersizi bilme durumuna göre değerlendirme:

Derin nefes egzersizini bilen hastaların LCGYA ölçeği kişisel bakım ve fiziksel bakım aktivite puan ortalamaları, egzersizi bilmeyenlerden istatistiksel olarak

anlamli düzeyde dűűk bulundu ($p<0,05$). Őksűrűk egzersizini bilen hastaların LCGYA Őlęęi kiűisel bakımda, ev iűleri, fiziksel ve boű vakit aktivite puan ortalamaları, egzersizi bilmeyenlerden istatistiksel olarak anlamli düzeyde dűűk bulundu ($p<0,01$) (Tablo 6.2.9).

Hastalıęı için cihaz kullanma durumuna gűre deęerlendirme:

Hastalıęı için cihaz kullanan hastaların LCGYA Őlęęi kiűisel bakımda, ev iűleri, fiziksel ve boű vakit aktivite puan ortalamaları, cihaz kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamli düzeyde yűksek bulundu ($p<0,01$) (Tablo 6.2.9).



6.3. KOAH Öz-Etkililik Ölçeğine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların KOAH Öz-Etkililik ölçeğine maddelerine verdikleri cevapların dağılımı ve ölçek maddelerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 6.3.1’de verildi.

Tablo 6.3.1. Hastaların KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Maddelerine Verdikleri Cevapların Dağılımı ve Ölçek Maddelerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

	Yetersizim		Çok az yeterliyim		Biraz yeterliyim		Oldukça yeterliyim		Çok yeterliyim		Ort±Ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1. Çok yorgun olduğumda	48	27,1	77	43,5	39	22,0	11	6,2	2	1,1	2,11±0,91
2. Hava nemli olduğumda	50	28,2	73	41,2	36	20,3	16	9,0	2	1,1	2,14±0,97
3. Ilık bir ortamdan soğuk bir ortama çıktığımda	34	19,2	77	43,5	52	29,4	13	7,3	1	0,6	2,27±0,87
4. Üzüldüğümde	20	11,3	40	22,6	70	39,5	41	23,2	6	3,4	2,85±1,01
5. Merdivenleri çok hızlı çıktığımda	10	5,6	51	28,8	17	9,6	7	4,0	0	0,0	1,60±0,82
6. Nefes darlığımı inkar ettiğimde	37	20,9	73	41,2	40	22,6	22	12,4	5	2,8	2,35±1,03
7. Sigara içilen ortamlarda bulunduğumda	10	5,6	53	29,9	14	7,9	8	4,5	1	0,6	1,62±0,86
8. Kızdığımda	22	12,4	58	32,8	71	40,1	23	13,0	3	1,7	2,59±0,93
9. Egzersiz yaptığımda ya da bedenen kendimi zorladığımda	62	35,0	74	41,8	33	18,6	7	4,0	1	0,6	1,93±0,86
10. Yaşamım konusunda endişelendiğimde	21	11,9	56	31,6	60	33,9	35	19,8	5	2,8	2,70±1,01
11. Cinsel iktidarsızlık hissettiğimde	7	4,0	18	10,2	13	7,3	77	43,5	62	35,0	3,95±1,09
12. Hayal kırıklığına uğradığımda	13	7,3	24	13,6	48	27,1	79	44,6	13	7,3	3,31±1,04
13. Ağır bir şey kaldırdığımda	76	42,9	68	38,4	25	14,1	7	4,0	1	0,6	1,81±0,86
14. Biri benden uzaklaştığımda	17	9,6	50	28,2	62	35,0	40	22,6	8	4,5	2,84±1,03
15. Bağırduğumda ya da çılglık attığımda	32	18,1	72	40,7	52	29,4	18	10,2	3	1,7	2,37±0,95
16. Yatağa yattığımda	47	26,6	69	39,0	39	22,0	18	10,2	4	2,3	2,23±1,03
17. Çok sıcak ya da çok soğuk bir ortamda bulunduğumda	58	32,8	68	38,4	38	21,5	12	6,8	1	0,6	2,04±0,93
18. Çok fazla güldüğümde	10	5,6	31	17,5	53	29,9	68	38,4	15	8,5	3,27±1,03
19. Perhize uymadığımda	16	9,0	45	25,4	59	33,3	43	24,3	14	7,9	2,97±1,09
20. Çaresiz olduğumda	10	5,6	22	12,4	40	22,6	80	45,2	25	14,1	3,50±1,06
21. Alkol almadığımda	7	4,0	9	5,1	15	8,5	44	24,9	102	57,6	4,27±1,07
22. Enfeksiyon/bulaşıcı hastalığım olduğunda	90	50,8	65	36,7	19	10,7	3	1,7	0	0,0	1,63±0,74
23. Herkesten ve her şeyden uzaklaştığımda	15	8,5	48	27,1	63	35,6	43	24,3	8	4,5	2,89±1,01
24. Endişeli olduğumda	35	19,8	57	32,2	43	24,3	38	21,5	4	2,3	2,54±1,10
25. Kirli havalarda	82	46,3	64	36,2	27	15,3	4	2,3	0	0,0	1,73±0,80
26. Fazla yemek yediğimde	16	9,0	47	26,6	57	32,2	46	26,0	11	6,2	2,94±1,07
27. Bitkin düştüğümde ya da bunaldığımda	37	20,9	72	40,7	48	27,1	19	10,7	1	0,6	2,29±0,94
28. Normal nefes alıp veremediğimde	90	50,8	62	35,0	21	11,9	3	1,7	1	0,6	1,66±0,80
29. Havasız bir odada hareket yaptığımda	66	37,3	80	45,2	29	16,4	2	1,1	0	0,0	1,81±0,74
30. Korktuğumda	12	6,8	59	33,3	72	40,7	32	18,1	2	1,1	2,73±0,87
31. Değerli bir eşyayı ya da sevdiğim birini kaybettiğimde	26	14,7	71	40,1	49	27,7	25	14,1	6	3,4	2,51±1,02
32. Evde bir sorun olduğunda	11	6,2	56	31,6	67	37,9	37	20,9	6	3,4	2,84±0,94
33. Yetersizlik hissettiğimde	19	10,7	59	33,3	70	39,5	22	12,4	7	4,0	2,66±0,97
34. Acele ettiğimde ya da telaşlandığımda	92	52,0	55	31,1	20	11,3	7	4,0	3	1,7	1,72±0,93

Hastaların cevaplarına göre KOAH Öz-Etkililik ölçeğini oluşturan maddelerden aldıkları en yüksek puan ortalaması ‘cinsel iktidarsızlık hissettiğimde’ maddesine aitken en düşük puan ortalaması ‘sigara içilen ortamlarda bulunduğumda’ maddesine aittir (Tablo 6.3.1).

Çalışmaya katılan hastaların KOAH Öz-Etkililik ölçeği alt boyut ve toplam madde puan ortalamaları Tablo 6.3.2’de verildi.

Tablo 6.3.2. Hastaların KOAH Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Madde Puan Ortalamaları

	Madde Sayısı	Min-Mak (Medyan)	Madde Puan Ort±Ss
Olumsuz Etki	12	1-4,9 (3)	2,95±0,64
Duygusal Durum	8	1-4,9 (2,8)	2,68±0,67
Fiziksel Çaba	5	1-3,6 (1,6)	1,78±0,59
Hava/Çevre Etkisi	6	1-4,7 (1,8)	1,90±0,66
Davranışsal Risk Faktörleri	3	1-4,3 (2,3)	2,52±0,79
Toplam	34	1,1-4,5 (2,5)	2,49±0,53

Çalışmaya katılan hastaların KOAH Öz-Etkililik ölçeği alt boyutlarının madde puan ortalaması en yüksek olan alt boyut olumsuz etki (2,95±0,64), en düşük olan alt boyut ise fiziksel çabadır (1,78±0,59)’dir (Tablo 6.3.2).

Çalışmaya katılan hastaların bireysel özelliklerine göre KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 6.3.3’de verildi.

Tablo 6.3.3. Hastaların Bireysel Özelliklerine göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Toplam Puanı			
		Sayı (n)	Ort±Ss	Test değeri	p değeri
Yaş (yıl)		177		r: -0,117	0,121
Cinsiyet	Kadın	61	2,48±0,53	t=-0,142	0,887
	Erkek	116	2,49±0,54		
Öğrenim düzeyi	Okuryazar değil	31	2,43±0,42	F=1,739	0,128
	Okuryazar	26	2,29±0,40		
	İlkokul	60	2,56±0,60		
	Ortaokul	20	2,42±0,40		
	Lise	23	2,51±0,56		
	Üniversite	17	2,71±0,64		
Medeni durum	Bekâr	64	2,43±0,55	t=-1,120	0,264
	Evli	113	2,52±0,52		
Meslek	Ev hanımı	46	2,44±0,47	F=1,230	0,297
	Emekli	17	2,60±0,46		
	Esnaf-tüccar	31	2,48±0,53		
	Memur	28	2,64±0,61		
	İşçi	31	2,34±0,59		
	Serbest meslek	24	2,53±0,49		
Çalışma durumu	Çalışıyor	16	2,78±0,89	t=2,326	0,021*
	Çalışmıyor	161	2,46±0,48		
Ekonomik durum	Gelir gidere denk/fazla	77	2,45±0,55	t=-0,361	0,719
	Gelir giderinden az	100	2,52±0,52		
Sosyal güvencesi	Emekli sandığı	30	2,56±0,43	KW=6,296	0,178
	BAĞ-KUR	20	2,40±0,62		
	SSK	111	2,54±0,53		
	Diğer	10	2,14±0,56		
	Yok	6	2,13±0,45		
Isınma şekli	Soba	24	2,45±0,66	t=-0,362	0,718
	Kalorifer	153	2,50±0,51		
Evde bakımından sorumlu olunan kişi durumu	Yok	98	2,44±0,53	t=-1,340	0,182
	Var	79	2,55±0,53		
Eşten sorumlu olma durumu (n=79)	Yok	24	2,52±0,65	t=-0,345	0,731
	Var	55	2,56±0,47		
Anne-babadan sorumlu olma durumu (n=79)	Yok	73	2,55±0,50	MW=-0,056	0,956
	Var	6	2,50±0,83		
Çocuk-torundan sorumlu olma durumu (n=79)	Yok	52	2,53±0,52	t=-0,416	0,679
	Var	27	2,58±0,55		

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

t: Student t Testi

KW: Kruskal Wallis Testi

*p<0,05

Hastaların bireysel özelliklerinden yaş ile KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05). Cinsiyet, öğrenim düzeyi, ekonomik ve medeni durum, meslek grupları, sosyal güvence, ısınma şekli ve evde bakım sorumluluğu bulunma durumuna göre KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken (p>0,05) çalışan hastaların KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam

puan ortalaması çalışmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.3.3).

Tespit edilen anlamlılığın hangi alt boyuttan kaynaklandığını saptamak için yapılan karşılaştırma Tablo 6.3.4’de verildi.

Tablo 6.3.4. Hastaların Çalışma Durumlarına göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		KOAH Öz-Etkililik Ölçeği					
		n	Olumsuz etki	Duygusal durum	Fiziksel çaba	Hava/Çevre etkisi	Davranışsal risk faktörleri
			Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)
Çalışma durumu	Çalışıyor	16	3,11±1,00 (3,1)	3,07±1,00 (3,2)	2,09±0,92 (1,9)	2,34±1,03 (2,2)	2,71±0,64 (2,8)
	Çalışmıyor	161	2,93±0,60 (2,9)	2,64±0,62 (2,6)	1,74±0,54 (1,6)	1,86±0,59 (1,8)	2,50±0,81 (2,3)
	<i>Test değeri</i>		t=0,733	t=1,683	t=1,467	t=1,844	t=0,987
	<i>p</i>		0,474	0,112	0,162	0,084	0,325

t: Student t Testi

Hastaların çalışma durumuna göre KOAH Öz-Etkililik ölçeği olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba, hava/çevre etkisi ve davranışsal risk faktörleri alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.3.4).

Çalışmaya katılan hastaların sağlık ve hastalık özelliklerine göre KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6.3.5’de verildi.

Tablo 6.3.5. Hastaların Sağlık ve Hastalık Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Toplam Puanı				
		n	Ort±Ss	Test değeri	p değeri	Fark
Sağlık durumunu algılama	İyi (I)	21	2,87±0,64	F=17,303	0,001**	II<I III<I
	Orta (II)	101	2,57±0,42			
	Kötü (III)	55	2,20±0,54			
KOAH dışı tanı konulan hastalık varlığı	Yok	40	2,61±0,58	t=1,593	0,113	
	Var	137	2,46±0,51			
Tanı konulan hastalıklar*	Kalp Hastalığı	Yok	96	2,51±0,58	t=0,504	0,615
		Var	81	2,47±0,47		
	Hipertansiyon	Yok	95	2,51±0,59	t=0,576	0,565
		Var	82	2,47±0,46		
	Diyabet	Yok	126	2,47±0,55	t=-0,810	0,419
		Var	51	2,54±0,47		
	Böbrek Hastalığı	Yok	150	2,49±0,55	t=0,044	0,965
		Var	27	2,49±0,44		
	Anemi	Yok	167	2,50±0,53	t=1,002	0,318
		Var	10	2,33±0,50		
	Kanser	Yok	160	2,50±0,53	t=0,623	0,534
		Var	17	2,41±0,53		
Düzenli ve doğru ilaç kullanma durumu	Düzenli	170	2,48±0,52	MW=-1,265	0,2068	
	Düzensiz	7	2,72±0,79			
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor	31	2,52±0,48	F=1,426	0,250	
	Bırakmış	116	2,44±0,48			
	Kullanıyor	30	2,66±0,74			
Düzenli spor yapma durumu	Evet	42	2,69±0,60	t=2,792	0,006**	
	Hayır	135	2,43±0,49			
Sürekli olarak alet kullanma durumu	Yok	35	2,53±0,66	t=0,464	0,645	
	Var	142	2,48±0,50			
Kullanılan aletler (n=142)*						
Gözlük	Yok	38	2,41±0,59	t=-0,942	0,348	
	Var	104	2,50±0,46			
İşitme cihazı	Yok	130	2,48±0,51	t=0,186	0,852	
	Var	12	2,45±0,32			
Takma diş	Yok	47	2,52±0,47	t=0,637	0,525	
	Var	95	2,46±0,51			
Baston-yürüteç	Yok	99	2,53±0,51	t=2,072	0,041*	
	Var	43	2,36±0,44			
Tekerlekli sandalye	Yok	137	2,50±0,49	MW=-1,927	0,048*	
	Var	5	1,96±0,58			

* Birden çok seçim yapılmıştır .

t: Student t Testi F: Oneway ANOVA Testi MW: Mann Whitney U Testi **p<0,01 *p<0,05

Hastaların sağlık ve hastalık özelliklerinden sağlık durumunu algılamasına göre KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,01) (Tablo 6.3.5). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda sağlık durumunu orta ve kötü algılayan hastaların puan ortalamaları, iyi algılayanlardan düşük bulundu (p<0,05).

KOAH dışında ek kronik hastalığı bulunma durumu, doğru ve düzenli ilaç kullanımı, sürekli alet kullanım durumu ve sigara kullanımına göre KOAH Öz-Etkililik toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmazken ($p>0,05$), düzenli spor yapan hastaların KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalaması, düzenli spor yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$). Baston-yürüteç kullanan hastaların KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalaması, kullanmayanlardan; tekerlekli sandalye kullanan hastaların KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalaması, kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.3.5).

Hastaların hastalık ve sağlık özelliklerinden sağlık durumunu algılama, düzenli spor yapma durumu, baston-yürüteç kullanma ve tekerlekli sandalye kullanma durumlarına göre KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalamaları arasında tespit edilen anlamlılığın hangi alt boyuttan kaynaklandığını saptamak için bu değişkenler ile KOAH Öz-Etkililik ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 6.3.6'de verildi.

Tablo 6.3.6. Hastalık ve Sağlık Özelliklerine göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	KOAH Öz-Etkililik Ölçeği					
		Olumsuz etki	Duygusal durum	Fiziksel çaba	Hava/Çevre etkisi	Davranışsal risk faktörleri	
		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	
Sağlık durumu algılama	İyi	21	3,38±0,73 (3,3)	3,27±0,68 (3,1)	2,05±0,76 (1,8)	2,27±0,91 (2,2)	2,38±0,71 (2,3)
	Orta	101	3,04±0,50 (3)	2,80±0,53 (2,8)	1,78±0,54 (1,8)	1,94±0,57 (1,8)	2,61±0,77 (2,7)
	Kötü	55	2,61±0,69 (2,5)	2,24±0,65 (2,4)	1,66±0,59 (1,6)	1,69±0,63 (1,5)	2,41±0,85 (2,3)
	<i>Test değeri</i>		F=11,822	F=28,650	F=3,318	F=4,832	F=1,446
	<i>p</i>		0,001**	0,001**	0,039*	0,012*	0,227
Düzenli spor yapma durumu	Evet	42	3,18±0,72 (3,2)	3,03±0,73 (3,1)	1,87±0,58 (1,8)	2,13±0,67 (2,2)	2,25±0,71 (2,3)
	Hayır	135	2,87±0,60 (2,9)	2,57±0,62 (2,6)	1,75±0,60 (1,6)	1,83±0,64 (1,7)	2,61±0,80 (2,7)
	<i>Test değeri</i>		t=2,827	t=3,968	t=1,208	t=2,658	t=-2,620
	<i>p</i>		0,005**	0,001**	0,229	0,009**	0,010*
<i>Kullanılan aletler (n=142)*</i>							
Baston yürüteç	Yok	99	3,01±0,61 (3)	2,79±0,67 (2,8)	1,77±0,53 (1,8)	1,93±0,65 (1,8)	2,41±0,76 (2,3)
	Var	43	2,82±0,54 (2,9)	2,47±0,58 (2,5)	1,61±0,48 (1,4)	1,74±0,55 (1,7)	2,67±0,85 (2,7)
	<i>Test değeri</i>		t=1,764	t=2,732	t=1,629	t=1,676	t=-1,759
	<i>p</i>		0,080	0,007**	0,106	0,096	0,081
Tekerlekli sandalye	Yok	137	2,98±0,58 (3)	2,72±0,64 (2,8)	1,74±0,52 (1,6)	1,89±0,62 (1,8)	2,49±0,80 (2,3)
	Var	5	2,38±0,73 (2,4)	2,00±0,72 (2,3)	1,32±0,41 (1,2)	1,40±0,48 (1,3)	2,40±0,60 (2,3)
	<i>Test değeri</i>		MW=-1,835	MW=-2,103	MW=-1,908	MW=-1,845	MW=-0,318
	<i>p</i>		0,028*	0,016*	0,056	0,065	0,750

* Birden çok seçim yapılmıştır

t: Student t Testi

F: Oneway ANOVA Testi

MW: Mann Whitney U Testi

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Sağlık durumuna göre değerlendirme:

Sağlık durumunu algılama durumuna göre KOAH Öz-Etkililik ölçeği olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba ve hava/çevre etkisi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda sağlık durumunu kötü algılayan hastaların puan ortalaması, sağlık durumunu iyi ve orta algılayanlardan düşük bulundu. Sağlık durumunu orta algılayan hastaların puan ortalaması, sağlık durumu iyi algılayanlardan düşük bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.3.6).

Düzenli spor yapma durumuna göre değerlendirme:

Düzenli spor yapanların KOAH Öz-Etkililik ölçeği olumsuz etki, duygusal durum ve hava/çevre etkisi alt boyut puan ortalamaları, düzenli spor yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$). Düzenli spor yapanların davranışsal risk faktörleri alt boyut puan ortalaması, düzenli spor yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.3.6).

Kullanılan aletlere göre değerlendirme:

Baston-yürüteç kullanan hastaların KOAH Öz-Etkililik ölçeği duygusal durum alt boyut puan ortalamaları, baston-yürüteç kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,01$). Tekerlekli sandalye kullanan hastaların KOAH Öz-Etkililik ölçeği olumsuz etki ve duygusal durum alt boyut puan ortalaması, tekerlekli sandalye kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.3.6).

Çalışmaya katılan hastaların KOAH'a ilişkin tanımlayıcı özelliklerine göre KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6.3.7'de verildi.

Tablo 6.3.7. Hastaların KOAH'a İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Toplam Puanı				
		n	Ort±Ss	Test değeri	p değeri	Fark
KOAH süresi (Yıl)				r= -0,138	0,066	
KOAH evresi	Hafif evre (I)	5	2,88±0,71	KW=36,624	0,001**	IV<I
	Orta evre (II)	73	2,72±0,54			IV<II
	Ağır evre (III)	69	2,37±0,42			III<II
	Çok ağır evre (IV)	30	2,15±0,44			
KOAH nedeniyle daha önce acil servise başvurma	Hayır	30	2,81±0,64	t=3,809	0,001**	
	Evet	147	2,42±0,48			
Derin nefes egzersizini bilme durumu	Hayır	139	2,47±0,50	t=-0,818	0,414	
	Evet	38	2,55±0,63			
Derin nefes egzersizini biliyorsa yapabilme durumu (n=38)	Yapamıyor	5	2,88±0,76	MW=-0,930	0,353	
	Yapabiliyor	33	2,50±0,61			
Öksürük egzersizini bilme durumu	Hayır	155	2,47±0,50	t=-0,826	0,417	
	Evet	22	2,60±0,71			
Öksürük egzersizini biliyorsa yapabilme durumu (n=22)	Yapamıyor	3	2,96±0,57	-	-	
	Yapabiliyor	19	2,55±0,72			
Hastalık için cihaz kullanma durumu	Yok	33	2,84±0,59	t=3,877	0,001**	
	Var	144	2,41±0,48			

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı t: Student t Testi KW: Kruskal Wallis Testi MW: Mann Whitney U Testi **p<0,01
 † Gruptaki kişi sayısı yetersiz olduğundan istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

KOAH süresi ile KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p>0,05$). KOAH evresine göre KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,01$) (Tablo 6.3.7). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda çok ağır evredeki hastaların puan ortalaması, hafif, orta ve ağır evredeki ($p=0,001$) hastalardan düşük bulundu ($p<0,05$).

KOAH nedeniyle acil servise başvuran hastaların KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalaması, acil servise başvurmamayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,01$). Derin nefes ve öksürük egzersizlerini bilme ve yapabilme durumlarına göre KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Hastalık için cihaz kullanan hastaların KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalamaları, cihaz

kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,01$) (Tablo 6.3.7).

Hastaların KOAH'a ilişkin tanımlayıcı özelliklerinden KOAH evresi, KOAH nedeniyle acil servise başvurma durumu, cihaz kullanma durumuna göre KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 6.3.7). Tespit edilen anlamlılığın hangi alt boyuttan kaynaklandığını saptamak için bu değişkenlere göre KOAH Öz-Etkililik ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6.3.8'de verildi.

Tablo 6.3.8. KOAH'a İlişkin Tanımlayıcı Özelliklere Göre KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		KOAH Öz-Etkililik Ölçeği					
		n	Olumsuz etki	Duygusal durum	Fiziksel çaba	Hava/Çevre etkisi	Davranışsal risk faktörleri
			Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)
KOAH Evresi	Hafif evre	5	3,03±0,93 (2,8)	2,90±0,98 (2,8)	2,36±0,83 (2,6)	2,90±0,35 (2,8)	3,07±0,43 (3)
	Orta evre	73	3,18±0,66 (3,3)	2,97±0,64 (2,9)	2,00±0,61 (2)	2,11±0,68 (2,2)	2,59±0,78 (2,7)
	Ağır evre	69	2,82±0,56 (2,9)	2,55±0,58 (2,6)	1,67±0,51 (1,6)	1,77±0,50 (1,7)	2,48±0,89 (2,3)
	Çok ağır evre	30	2,65±0,52 (2,8)	2,27±0,60 (2,3)	1,37±0,37 (1,2)	1,54±0,64 (1,3)	2,36±0,58 (2,3)
	<i>Test değeri</i>		KW=21,766	KW=29,898	KW=32,810	KW=32,743	KW=5,378
	<i>p</i>		0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,146
KOAH nedeniyle acil servise başvurma	Hayır	30	3,38±0,70 (3,4)	3,09±0,78 (3,1)	2,02±0,73 (2)	2,18±0,84 (2,2)	2,43±0,76 (2,5)
	Evet	147	2,86±0,59 (2,9)	2,60±0,62 (2,6)	1,73±0,55 (1,6)	1,85±0,60 (1,7)	2,54±0,80 (2,3)
	<i>Test değeri</i>		t=4,252	t=3,763	t=2,103	t=2,054	t=-0,668
	<i>p</i>		0,001**	0,001**	0,043*	0,047*	0,505
Hastalık için cihaz kullanma durumu	Yok	33	3,32±0,69 (3)	3,19±0,72 (3,1)	2,06±0,69 (1,8)	2,20±0,77 (2,2)	2,60±0,69 (2,7)
	Var	144	2,86±0,60 (2,9)	2,57±0,61 (2,6)	1,71±0,55 (1,6)	1,84±0,61 (1,8)	2,50±0,82 (2,3)
	<i>Test değeri</i>		t=3,824	t=5,105	t=3,147	t=2,958	t=0,595
	<i>p</i>		0,001**	0,001**	0,002**	0,004**	0,552

t: Student t Testi

KW: Kruskal Wallis Testi

* $p<0,05$

** $p<0,01$

KOAH evresine göre değerlendirme:

KOAH evresine göre KOAH Öz-Etkililik ölçeği olumsuz etki ve duygusal durum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,01$) (Tablo 6.3.8). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda çok ağır ve ağır evredeki hastaların puan ortalamaları, orta evredekinden düşük bulundu ($p<0,01$).

KOAH evresine göre KOAH Öz-Etkililik ölçeği fiziksel çaba, hava/çevre etkisi ve davranışsal risk faktörleri alt grup puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$) (Tablo 6.3.8). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda çok ağır ve ağır evredeki hastaların puan ortalamaları, hafif ve orta evredekilerden düşük bulundu ($p<0,05$). Çok ağır ve ağır evredeki hastaların puan ortalamaları, orta evredekilerden düşük bulundu ($p<0,01$).

KOAH nedeniyle acile başvurma durumuna göre değerlendirme:

KOAH nedeniyle acil servise başvuran hastaların KOAH Öz-Etkililik ölçeği olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba ve hava/çevre etkisi alt boyut puan ortalamaları, acil servis başvurusu olmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.3.8).

Hastalık için cihaz kullanan hastaların KOAH Öz-Etkililik ölçeği olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba ve hava/çevre etkisi alt boyut puan ortalamaları, cihaz kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,01$) (Tablo 6.3.7).

6.4. LCGYA ile KOAH Öz-Etkililik Ölçekleri Puan Ortalamalarının İlişkisi

Çalışmaya katılan hastaların LCGYA Ölçeği ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 6.4’de verildi.

Tablo 6.4. LCGYA Ölçeği ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

		LCGYA Ölçeği				Toplam
		Kişisel bakım	Ev işleri	Fiziksel	Boş vakit	
KOAH Öz-Etkililik Ölçeği						
Olumsuz etki	<i>r</i>	-0,461	-0,444	-0,489	-0,495	-0,522
	<i>p</i>	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
Duygusal durum	<i>r</i>	-0,579	-0,500	-0,568	-0,584	-0,614
	<i>p</i>	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
Fiziksel çaba	<i>r</i>	-0,489	-0,417	-0,524	-0,539	-0,530
	<i>p</i>	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
Hava/Çevre etkisi	<i>r</i>	-0,543	-0,527	-0,540	-0,604	-0,616
	<i>p</i>	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
Davranışsal risk faktörleri	<i>r</i>	-0,035	-0,039	-0,057	-0,115	-0,060
	<i>p</i>	0,641	0,605	0,453	0,126	0,431
Toplam	<i>r</i>	-0,571	-0,526	-0,588	-0,619	-0,633
	<i>p</i>	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**

r:Pearson Korelasyon Katsayısı

***p*<0,01

LCGYA ölçeği kişisel bakım aktivite puan ortalaması ile KOAH Öz-Etkililik ölçeği olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba ve hava/çevre etkisi alt boyut puan ortalaması arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,01$) (Tablo 6.4).

LCGYA ölçeği kişisel bakım aktivite puan ortalaması ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği toplam puan ortalaması arasında negatif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r:-0,571$, $p<0,01$) (Tablo 6.4).

LCGYA ölçeği ev işleri aktivite puan ortalaması ile KOAH Öz-Etkililik ölçeği olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba ve hava/çevre etkisi alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,01$) (Tablo 6.4).

LCGYA ölçeği ev işleri aktivite puan ortalaması ile KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalaması arasında negatif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r:-0,526$; $p<0,01$) (Tablo 6.4).

LCGYA ölçeği fiziksel aktivite puan ortalaması ile KOAH Öz-Etkililik ölçeği olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba ve hava/çevre etkisi alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,01$) (Tablo 6.4).

LCGYA ölçeği fiziksel aktivite puan ortalaması ile KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalaması arasında negatif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r:-0,588$, $p<0,01$) (Tablo 6.4).

LCGYA ölçeği boş vakit aktivite puan ortalaması ile KOAH Öz-Etkililik ölçeği olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba ve hava/çevre etkisi alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,01$) (Tablo 6.4).

LCGYA ölçeği boş vakit aktivite puan ortalaması ile KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalaması arasında negatif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r:-0,619$; $p<0,01$) (Tablo 6.4).

LCGYA ölçeği toplam puan ortalaması ile KOAH Öz-Etkililik ölçeği olumsuz etki, duygusal durum, fiziksel çaba ve hava/çevre etkisi alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,01$) (Tablo 6.4).

LCGYA ölçeği toplam puan ortalaması ile KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalaması arasında negatif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r:-0,633$; $p<0,01$) (Tablo 6.4).

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Dünya nüfusu her geçen gün hızla yaşlanmaktadır. Yaşlanma ile meydana gelen değişiklikler kronik hastalıkların prevalansında artışa neden olmaktadır. Kronik hastalıklar içerisinde karşımıza sık çıkan en önemli solunum yolu hastalığı KOAH'tır (Choudhury ve ark., 2014; GOLD, 2019). KOAH ciddi fiziksel, sosyal ve ruhsal sonuçları olan, prevalansı gittikçe artan hastane ve evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyulan kronik bir hastalıktır (Aras ve Tel, 2009).

Obstrüktif akciğer hastalıklarında ortaya çıkan fizyopatolojik değişimler, hastaların özellikle solunum aktivitesini gerçekleştirme düzeyini etkileyen, diğer günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorluk çekmesine neden olan ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir unsurdur (Tel Aydın ve ark., 2012).

Acil servise başvuran KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken yaşadıkları dispne durumlarını ve öz-etkililik düzeylerini belirlemek ve aralarındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında toplanarak literatür ışığında tartışıldı.

7.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.2. LCGYA Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.3. KOAH Öz-Etkililik Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.4. LCGYA Ölçeği ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının İlişkinin Tartışılması

7.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

KOAH, literatürde geriatrik popülasyonda sık görülen kronik hastalıklardan biri olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmaya katılan KOAH hastalarının yaş ortalaması $70,38 \pm 11,53$ yıl, %65,5'inin erkek ve %63,6'sının evli olduğu bulundu (Tablo 6.1.1). KOAH ile ilgili çalışmalarda hastaların çoğunluğunun erkek, yaş ortalamasının 65 yaş ve üzerinde ve büyük kısmının evli olduğu tespit edilmiştir (Agusti ve ark., 2012; Bentsen ve ark., 2010; Choi ve ark., 2018; Çil Akıncı ve Pınar, 2011; Emme ve ark., 2012; Gökçek ve ark., 2019; Kütmeç Yılmaz ve ark., 2017; Polatlı ve ark., 2012; Reilly ve ark., 2017; Song ve Nam, 2017; Tel Aydın ve ark., 2012). Bu çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması, cinsiyet dağılımı ve medeni durumları literatür ile paralellik göstermektedir. Yaşam süresinin uzaması, kişinin daha fazla risk faktörüne maruz kalmasına neden olduğundan KOAH'ın ileri yaş dönemlerinde karşımıza çıktığı düşünülebilir. Özellikle gelişmiş ülkelerde kadın ve erkek KOAH prevalansları arasındaki farkın birbirine giderek azaldığı bildirilmektedir. Bu durum geleneksel yaşam stiline değişimi, kadının çalışma hayatına atılması ve toplumdaki statüsünün artmasına bağlı olarak sigara tüketiminin artmasıyla açıklanabilmektedir (GOLD, 2019). Özellikle ülkemizde olduğu gibi gelişmekte olan ülkelerde, sigara içme alışkanlığına ve mesleki maruziyete bağlı olarak KOAH prevalansının erkeklerde daha fazla olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmaya katılan KOAH hastalarının %33,9'unun ilkökul mezunu, %56,5'inin gelirinin giderinden az olduğu, %91'inin aktif olarak çalışmadığı, kadın hastaların çoğunun ev hanımı (%26), erkek hastaların ise çoğunun işçilik (%17,5), esnafılık-tüccarlık (%17,5) mesleğiyle uğraştığı bulundu (Tablo 6.1.1). GOLD'un son raporunda KOAH gelişme riski ile sosyo-ekonomik statü arasında ters ilişki bulunduğu gösterilmektedir (GOLD, 2019). Düşük sosyal statüye sahip olmanın kişinin ekonomik durumunu olumsuz etkilediği ve tüm bunların sonucunda sigara tüketme, kötü beslenme, iç ve dış ortam kirliliği, kalabalık ev ortamı vb. faktörlere maruziyeti arttırdığı saptanmıştır (Kanervisto, 2011; Rabe ve ark., 2007; Salvi ve Barnes, 2009). Literatürde KOAH ile ilgili çalışmalarda ortak olarak çoğu hastanın öğrenim düzeyinin ilkökul mezunu ve altında, gelir durumunun düşük veya orta düzeyde olduğu, çoğunluğunun çalışmadığı, hastaların sıklıkla işçilik, esnafılık vb. meslek grupları ile uğraştığı tespit edilmiştir (Agusti ve ark., 2012; Tel Aydın ve

ark., 2012; Bal Özkaptan, 2013; Günay ve ark., 2013; Karakurt ve Ünsal, 2013; Kütmeç Yılmaz ve ark., 2017; Song ve Nam, 2017; Özoğlu Aytaç, 2015; Taşdemir, 2011). Literatürdeki araştırmaların bulguları ile bu çalışmanın bulguları arasında benzerlik olduğu görüldü.

Çalışmamıza katılan hastaların çoğunluğunun (%94,9) yaşamının büyük kısmını kentsel yerleşim alanında geçirdiği, ısınma kaynağı olarak %86,6'sının kalorifer, %5,1'inin soba kullandığı belirlendi (Tablo 6.1.1). Literatürde KOAH hastalarının çoğunun apartman dairesinde oturduğu, ısınırken en çok kalorifer kullandıkları belirlenmiştir (Bal Özkaptan, 2013). Ankara'da yapılan bir çalışmada KOAH hastalarının yaşamlarının büyük bir kısmında ısınırken bacalı soba kullandıkları ve yakıt olarak tezek yaktıkları tespit edilmiştir (Günay ve ark., 2013). Isınma şekli olarak organik atıkların kullanılması ve rutubetli ortamda yaşamın enfeksiyonların oluşmasını kolaylaştırarak KOAH ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle KOAH hastaları için fiziki koşulların iyileştirilmesi önemlidir. KOAH risk faktörlerinden iç ve dış hava kirliliğinin rolü dikkate alınmalıdır. Hem kırsal kesimde yaşayanların biomass maruziyeti, hem de kentsel kesimde hızlı nüfus artışına ek olarak gelişen hızlı kentleşme, endüstrileşme sonucu oluşan dış hava kirliliğinin etkisinin KOAH oluşumunda ve ilerleyişinde rol aldığı düşünülmektedir.

Bu çalışmaya katılan KOAH hastaların %44,9'unun evde kendisi dışında en az bir kişinin bakımını üstlendiği (bakım yükümlülüğü) tespit edildi. Bakımı üstlenilen kişilerin ise yarıdan fazlasının (%69,6) eş olduğu görüldü (Tablo 6.1.1). Literatürde KOAH'lı hastaların ev ortamında birlikte yaşadığı kişilere bağımlı olduklarını (bakım bağımlılığı) gösteren çalışmalar mevcuttur (Ceyhan ve Ünsal, 2018; Güçlü, 2018; Özbek Yazıcı ve Kalaycı, 2015; Selen ve Kav, 2014; Tel Aydın ve ark., 2012; Türk ve Üstün, 2018). Ancak literatürde KOAH hastalarının ev ortamında bakım yükümlülüğü ile ilgili veriye rastlanılmadı. Bu çalışmada KOAH hastalarının kendi bakım aktivitelerini gerçekleştirebilmelerinin yanı sıra primer olarak bakmak zorunda oldukları yakınlarının da olduğu görüldü.

Sağlıklı olmak kişinin fiziksel, mental ve sosyal yönden iyi olma hali olarak tanımlanır. KOAH'lı hastaların sağlık durumunun ana belirleyicilerinden biri dispnenin varlığı ve sıklığıdır. Sağlık algısı, fonksiyonel durumu etkileyen baş faktörlerden biridir. Bu çalışmaya katılan hastaların çoğunun (%57) sağlık durumunu

orta düzeyde algıladığı bulundu (Tablo 6.1.2). Ülkemizde yapılan Özbek Yazıcı ve Kalaycı'nın yaşlı hastaların günlük yaşam aktiviteleri üzerinde yaptığı çalışmasında, hastaların %45'inin kendi sağlıklarını iyi olarak (Özbek Yazıcı ve Kalaycı, 2015), Ekenler'in çalışmasında kronik hastalığı olan bireylerin %61'inin sağlık durumunu orta düzeyde (Ekenler, 2017), Ceyhan ve Ünsal'ın çalışmasında KOAH hastalarının %45,7'sinin (Ceyhan ve Ünsal, 2018), Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında da %40,8'inin sağlık durumunu orta düzeyde algıladığı (Kaya ve ark., 2018) tespit edilmiştir. KOAH'ın bireyin sağlık durumunu ve günlük aktivite düzeyini etkilediği bilinmektedir (Dignani ve ark., 2015). Yapılan bir çalışmada KOAH evresinin ilerlemesi ile hastaların kendi sağlık durumlarını daha kötü hissettikleri gösterilmiştir (Rodriguez Gonzalez-Moro ve ark., 2009). Bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyinin azalması, bağımlılık durumu, emosyonel olarak kötü hissetmesi sağlık algısını olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmada hastaların çoğunun KOAH evresinin ileri düzeyde olması nedeniyle kendi sağlık durumlarını orta düzeyde değerlendirdikleri düşünülebilir.

KOAH'a eşlik eden komorbid hastalıklar, hastalığın şiddetini ve prognozunu olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitesinin düşüren bir faktör olarak değerlendirilir. Bu çalışmaya katılan KOAH hastalarının, tanı konulan ek hastalık varlığı sorgulandığında %77,4'ünün KOAH dışında en az bir kronik hastalığı olduğu; bu hastalıkların başında hipertansiyon (%46,3), kalp hastalığı (%45,8) ve diyabetin (%28,8) geldiği görüldü (Tablo 6.1.2). Arkan Erdoğan'ın çalışmasında KOAH hastalarında en sık karşılaşılan ek hastalıkların hipertansiyon (%49,3), kalp hastalığı (%38,7) ve diyabet (%28) olduğu saptanmıştır (Arkan Erdoğan, 2015). Literatürde de KOAH'lı hastalar üzerinde ülkemizde ve dünyada yapılan birçok çalışmada hastaların KOAH dışı ek hastalıklarının bu çalışmada elde edilen ek hastalıklarla benzerlik gösterdiği görülmektedir (Agusti ve ark., 2012; Ceyhan ve Ünsal, 2018; Güçlü, 2018; Hernandez ve ark., 2009; Klijn ve ark., 2015; Kütmeç Yılmaz ve ark., 2017; Taşdemir, 2011). Kalp hastalıkları ve hipertansiyonunun yüksek oranda görülme sebebi, hastaların ileri yaşa sahip olması, sigara kullanımı ve KOAH'ın sistemik etkileri ile ilgili olabilir.

KOAH'la birlikte birçok hastalığa neden olan, en önemli risk faktörü sigara kullanma alışkanlığıdır (GOLD, 2019). KOAH hastaları içerisinde aktif sigara

kullanan ve/veya daha önce sigara kullanımı olan, 40 yaş üstü ve özellikle erkek hastalarda prevalansın daha yüksek olduğu görülmektedir (Çalık Kütükcü, 2014; GOLD, 2019). Bu çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasının $70,38 \pm 11,53$ yıl, %65,5'inin erkek, %82,5'inin sigara kullanım öyküsünün bulunduğu ve KOAH süresi ortalamasının $10,57 \pm 9,38$ yıl olduğu görüldü (Tablo 6.1.1) (Tablo 6.1.2) (Tablo 6.1.3). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastaların yaş ortalamasının $58,38 \pm 9,32$ yıl, %76,2'sinin erkek, %76,2'sinin sigara tüketim öyküsü olduğu ve KOAH süresi ortalamasının 8 yıl olduğu belirlenmiştir (Çalık Kütükcü, 2014). Başka bir çalışmada da KOAH hastalarının %45,9'unun sigara kullanmayı bıraktığı, %38,8'inin ise aktif kullandığı bildirilmiştir (Özoğlu Aytaç, 2015). Son yıllarda yapılan çalışmalarda KOAH risk faktörleri incelendiğinde hastaların çoğunun öyküsünde sigara kullanımı olduğu bildirilmektedir (Albayrak, 2018; Chi ve ark., 2017; Güçlü, 2018; Kütmeç Yılmaz ve ark. 2017; Özsoy, 2014; Song ve Nam, 2017). Farklı ülkeler ve değişik popülasyonlar arasında yapılan çalışmalar, yaşla birlikte ve özellikle sigara kullanımının da etkisi ile KOAH prevalansının arttığını göstermektedir. Sigara kullanmanın KOAH'ın ilerleyişinde etkin rol aldığı ve hastaların yaşayacakları semptomların şiddetini arttıracakları düşünülmektedir (Çalık Kütükcü, 2014; Kütmeç Yılmaz ve ark., 2017; Özoğlu Aytaç, 2015). Literatürde ele alınan KOAH hastalarının yaş ortalaması, sigaraya maruziyet durumu ve cinsiyet özellikleri ile bu çalışmanın bulguları benzerdir. Bu çalışmaya katılan hastaların %17,5'inin hiç sigara kullanmamasına rağmen KOAH'a sahip olduğu görüldü (Tablo 6.1.2). Yapılan bir çalışmada, hastaların %77,8'inin yaşam boyu sigara dumanına maruz kaldığı görülmüştür (Günay ve ark., 2013). Pasif sigara içiciliği, olumsuz çevre koşullarında yaşama, mesleki maruziyet gibi birçok faktör KOAH için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Akgün, 2013). Bu çalışmadaki KOAH hastalarının da benzer riskler altında olduğu düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan hastaların %76,3'ünün düzenli olarak spor veya egzersiz yapma alışkanlığının olmadığı görüldü (Tablo 6.1.2). Literatür incelendiğinde obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışmada hastaların %82,8'inin, başka bir çalışmada da %78,3'ünün düzenli egzersiz alışkanlığına sahip olmadığı bulunmuştur (Ekenler, 2017; Met, 2009). Yapılan birçok çalışmada KOAH hastalarının düzenli egzersiz alışkanlığı olmadığı tespit edilmiştir (Ceyhan ve Ünsal,

2018; Chi ve ark., 2017; Özsoy, 2014; Taşdemir, 2011). Hastaların düzenli egzersiz yapma alışkanlığı düzeyinin düşük olması, dispnenin aktiviteyi sınırlaması nedeniyle giderek kondüsyonun azalmasına bağlı olabilir.

KOAH'ta düzenli ilaç kullanımı hastalık semptomlarının kontrolünü arttırmaktadır. Bu çalışmaya katılan hastaların %96'sının ilaçlarını düzenli kullandığı bulundu (Tablo 6.1.2). Literatür incelendiğinde, Kar'ın çalışmasında hastaların %65,4'ü, Özoğlu Aytaç'ın çalışmasında %94,1'i, Okut'un çalışmasında %52'si ve Ekenler'in çalışmasında da %77,1'i ilaçlarını düzenli kullanmaktadır (Ekenler, 2017; Kar, 2018; Okut, 2011; Özoğlu Aytaç, 2015). Ülkemizde yapılan birçok çalışmada bu çalışmaya benzer olarak KOAH hastalarının çoğunun ilaçlarını düzenli olarak kullandıkları tespit edildi. KOAH hastalarının ilaçlarını düzenli kullanmalarının özellikle hayati tehlike olarak gördükleri akut atakların önüne geçmek için olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada KOAH hastalarının %80,2'sinin sürekli alet kullanmak zorunda oldukları, en çok gözlük (%73,2) ve takma diş (%66,9) kullandıkları belirlendi (Tablo 6.1.2). Ülkemizde yapılan bir çalışmada yaşlı hastaların %51,1'inin gözlük, %31,5'inin baston kullandığı saptanmıştır (Kankaya ve Karadakovan, 2017). Literatürde KOAH hastalarının sürekli alet kullanma durumlarına ilişkin veriye ulaşılamadı.

Bu çalışmaya katılan hastaların %41,3'ünün KOAH evresinin orta evrede ve KOAH süresi ortalamasının 10,57±9,38 yıl olduğu bulundu (Tablo 6.1.3). Çalık Kütükcü'nün çalışmasında, hem eğitim (%52,4), hem de kontrol (%57,1) grubundaki KOAH hastalarının çoğunluğunun orta KOAH evresinde olduğu bulunmuştur (Çalık Kütükcü, 2014). Kütmeç Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %67,2'sinin, Kar'ın çalışmasında da hastaların %71,5'inin KOAH süresi ortalamasının 10 yıl ve altında olduğu saptanmıştır (Kar, 2018; Kütmeç Yılmaz ve ark., 2017). Yerli ve yabancı literatür ile bu çalışmanın verilerinin KOAH evresi ve süresi açısından benzer olduğu görülmektedir (Agusti ve ark., 2012; Ceyhan ve Ünsal, 2018; Chi ve ark., 2017; Choi ve ark., 2018; Güçlü, 2018; Özoğlu Aytaç, 2015; Song ve Nam, 2017; Üstün, 2015).

Alevlenmeler, KOAH'ta hastalığın şiddetini ve sıklığını etkileyen en önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir. KOAH'ta morbidite ölçümleri sıklıkla

hastane başvuruları, hastaneye yatış ve acil servise başvuru sayısı ile belirlenmektedir. Bu çalışmada KOAH hastalarının %56,5'i hastalık nedeniyle daha önce hastanede yatarak tedavi olduğunu, %83,1'i daha önce hastalık nedeniyle acil servise başvurduğunu bildirdi (Tablo 6.1.3). İngiltere'deki hastanelerin acil servis başvuruları incelendiğinde solunum yolu hastalıklarının %20'sinin KOAH nedeniyle olduğu bildirilmektedir (Garrod ve ark., 2008). Özoğlu Aytaç'ın çalışmasında hastaların %32,9'unun, Kar'ın çalışmasında %74,7'sinin, Yıldırım'ın çalışmasında %93'ünün, Miravitles ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %44,2'sinin daha önce KOAH nedeniyle hastanede yatarak tedavi oldukları tespit edilmiştir (Kar, 2018; Miravitles ve ark., 2014; Özoğlu Aytaç, 2015; Yıldırım, 2011). Ülkemizde yapılan çalışmalarda hastaların çoğunun son bir yıl içerisinde KOAH nedeniyle acil servise başvurdukları ve yatarak tedavi oldukları gösterilmektedir (Yıldırım, 2011; Durutürk ve ark., 2016). Başka bir çalışmada hastaların nefes darlığı şikâyetiyle acil servise başvuru ortalamasının haftada $2,63 \pm 2,28$ gün olduğu bulunmuştur (Keçecioglu, 2017). ECLIPSE çalışmasında 2138 hasta alevlenme varlığı ve sıklığı açısından 3 yıl boyunca takip edilmiş, ilk bir yıl içinde çok ağır evre hastaların %47'sinin, ağır evredeki hastaların %33'ünün, orta evredeki hastaların %22'sinin KOAH alevlenmesi yaşadıkları ve KOAH evresi ilerledikçe daha fazla alevlenme yaşadıkları saptanmıştır (Hurst ve ark., 2010). Doksan altı KOAH hastası ile yapılan başka bir araştırmada da evre ilerledikçe alevlenme sıklığının arttığı gösterilmiştir (Varol ve ark., 2014). Aras ve Tel'in çalışmasında hastaların %65,2'sinin son bir yıl içinde KOAH atağı nedeniyle en az bir kez hastaneye yattığı belirlenmiştir (Aras ve Tel, 2009). Tekrarlanan hastane yatışlarının ve acil servise başvuru sıklığının artmasının, hastaların ileri yaş popülasyonunda olmasına, hastalığa eşlik eden ek hastalıklarının varlığına, yapılması gereken düzenli kontrollerin aksatılmasına, ilaç ve oksijen tedavisi için kullanılan cihazlarının düzenli ve bilinçli kullanılmamasına bağlı olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmaya katılan hastaların %21,5'inin derin nefes egzersizini bildiği; bilenlerin %86,8'inin nefes egzersizini doğru yapabildiği ve %13,2'sinin yapamadığı belirlendi. Katılımcıların %12,4'ünün öksürük egzersizini bildiği; bilenlerin %86,4'ünün öksürük egzersizini doğru yapabildiği ve %13,6'sının yapamadığı saptandı (Tablo 6.1.3). Okut'un çalışmasında KOAH hastalarının %32'sinin öksürük

egzersizini bildiği ancak bilenlerin %85,3'ünün egzersizi yapmadığı, hastaların %72'sinin derin nefes egzersizini bildiği ancak bilenlerin %73,8'inin derin nefes egzersizini yapmadığı tespit edilmiştir (Okut, 2011). Başka bir çalışmada da hastaların %21,9'unun derin solunum egzersizini, %13,6'sında öksürük egzersizini tam ve eksiksiz olarak uyguladığı bulunmuştur (Özpulat ve Yıldırım, 2014). Bu çalışmada KOAH hastalarının çoğunun bu egzersizleri bilmediği görüldü. Hastaların solunum ve öksürük egzersizlerini bilme ve uygulama düzeylerinin yükseltilmesinin, KOAH semptom yönetiminde etkili olabileceği düşünülmektedir.

KOAH'lı hastaların evde hastalığı yönetmede yaşadığı en önemli sorunlardan biri tedavide kullanılan cihazlardır. Bu çalışmada KOAH hastalarının %81,4'ünün ev ortamında hastalık nedeniyle cihaz kullandığı; en sık nebulizatör (%93,1), oksijen tüpü ve konsantratörü (%70,9) kullanıldığı saptandı (Tablo 6.1.3). Yıldırım'ın çalışmasında KOAH hastalarının %73'ünün evde cihaz kullandıkları ve en sık nebulizatör (%84,9) ve oksijen konsantratörü (%67,1) kullandıkları, %12,3'ünün cihaz kullanırken sorun yaşadığı saptanmıştır (Yıldırım, 2011). Başka bir çalışmada hastaların %83,9'unun hastalığın tedavisinde cihaz kullandığı; en sık USOT (uzun süreli oksijen tedavisi) (%73,1) ve BPAP (Bilevel Positive Airway Pressure, İki Seviyeli Pozitif Havayolu Basıncı) cihazı (%26,9) kullanıldığı belirlenmiştir (Keçecioğlu, 2017). Güçlü'nün çalışmasında hastaların %45,9'unun evde oksijen tedavisi, %45,3'ünün de nebul tedavisi aldığı görülmüştür (Güçlü, 2018). Yapılan birçok çalışmada benzer olarak KOAH hastalarının çoğunun ev ortamında oksijen desteğine ihtiyaç duydukları ve bu nedenle çeşitli cihazlar kullandıkları tespit edilmiştir (Çil Akıncı ve Pınar, 2011; Durutürk ve ark., 2016; Özoğlu Aytaç, 2015; Özpulat ve Yıldırım, 2014; Simon ve ark., 2011). Literatür ile bu çalışma verileri benzerlik göstermektedir.

KOAH'ta dispne, hastaların günlük hayatını ve fonksiyonlarını etkileyen en önemli semptomdur. Bu çalışmaya katılan hastalar, yaşadıkları dispneyi boğulma hissi (%74,6), aniden panik duygusu (%47,5) ve göğüste yanma (%39,5) olarak tanımladılar. Aynı zamanda hastaların %80,2'si aktivite, %76,3'ü sigara dumanı ve %69,5'i kirli hava nedeniyle dispne düzeylerinin arttığını ifade etti (Tablo 6.1.3). Tülüce ve arkadaşlarının çalışmasında KOAH hastalarının en çok soğuk ve sisli havalarda, merdiven çıkarken, sigara dumanı olan yerlerde ve düz yolda yürürken

nefes darlığının arttığı saptanmıştır (Tülüce ve ark., 2016). Literatürde KOAH hastalarının akut atak sırasında hissettiklerine ilişkin veriye ulaşılamadı.

KOAH'ta akut atak, hastanın günlük tedavisinde değişikliğe neden olan ve hastanın kendini kötü hissetmesi ile sonuçlanan dispnede artış halidir. Bu çalışmada akut atak sırasında hastaların en sık tercih ettiği uygulamaların nefes açıcı ilaçtan ilave doz almak (%73,4) ve hemen 112'yi aramak (%49,2) olduğu bulundu (Tablo 6.1.3). Ülkemizde yapılan bir çalışmada akut atak sırasında hastaların %93,3'ünün hemen 112'yi aradığı, %84'ünün solunum sıkıntısını nefes açıcı ilaçtan ilave doz kullanarak kontrol altına almaya çalıştığı gösterilmektedir (Okut, 2011). Özpulat ve Yıldırım'ın çalışmasında solunum sıkıntısı yaşayan hastaların %46,9'unun bronkodilatör kullanmayı, %15,8'inin oksijen tedavisini ve %15,3'ünün acil servise başvurmayı tercih ettiği saptanmıştır (Özpulat ve Yıldırım, 2014). Bu konudaki çalışma bulgularının birbiri ile tutarlı olduğu görülmektedir. Hastaların, akut atak durumunda yapmaları gerekeni bilseler dahi dispneye bağlı panik ve endişeye kapıldıkları düşünülmektedir.

7.2. LCGYA Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

KOAH'ın en belirgin semptomu olan dispne, hastaların çoğu tarafından tıbbi yardım arama sebeplerinden biridir. Hastalığın orta ve ileri (ağır) evrelerinde hava akımı kısıtlılığının artması nedeniyle hastalar sıklıkla dispne yaşarlar. Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken yaşanan dispne birçok faktöre bağlı olarak zamanla artmaktadır. Dispne düzeyi yaşam kalitesi üzerinde etkilidir. Günlük yaşam aktiviteleri sırasında yaşanan dispne nedeniyle hastalar sedanter yaşamı seçmekte ve bu durum azalmış fonksiyonel kapasite ve performansına sebep olmaktadır (Hernandes ve ark., 2009; Rabe ve ark., 2007). KOAH hastaları (n:719) ile yapılan bir çalışmada günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan en etkili faktörün dispne olduğu vurgulanmıştır (Katajisto ve ark., 2012).

LCGYA ölçeği, günlük yaşam aktiviteleri sırasında bireyin hissettiği dispneyle ilişkili fonksiyonel durumunu değerlendirmek için özel olarak oluşturulmuş bir ölçektir (Garrod ve ark., 2008). Garrod ve arkadaşları tarafından ileri evre KOAH hastası (n:60) ile yapılan çalışmada LCGYA ölçeğinin ileri evre KOAH'lı hastalarda dispneyi yansıtan ve geçerli bir anket olduğu gösterilmiştir. LCGYA ölçeğinden elde edilen toplam puan ortalamasının kesim noktası 37,5 puandır. Bu skor üzerinde elde edilen puan arttıkça (LCGYA toplam puan yüzdesi \geq %50) günlük yaşam aktivitelerinde sınırlılık ve dispnenin şiddeti de artmaktadır (Simon ve ark., 2011).

Bu çalışmada, KOAH hastalarının LCGYA ölçeği toplam puan ortalaması $46,73 \pm 16,08$ olarak bulundu. Literatür incelendiğinde Hollanda'da yapılan benzer bir çalışmada LCGYA ölçeği toplam puan ortalaması $31,6 \pm 10,6$, İspanya'da yapılan bir çalışmada 31,3, Brezilya'da yapılan bir çalışmada da 18 olarak elde edilen sonuçlar bu çalışmanın sonuçlarından daha düşük bulunmuştur (Agusti ve ark., 2012; Athayde ve ark., 2019; Klijn ve ark., 2015; Sant'Anna ve ark., 2017). Ülkemizde yapılan Çalık Kütükcü'nün çalışmasında eğitim grubundaki KOAH hastalarının LCGYA toplam puan ortalamaları $20,85 \pm 6,82$, Taşdemir'in çalışmasında kontrol grubundaki KOAH hastalarının LCGYA ölçeği toplam puan ortalaması $18,42 \pm 4,43$ olarak bulunmuştur (Çalık Kütükcü, 2014; Taşdemir, 2011). Londra'da yapılan bir çalışmada, KOAH hastalarının LCGYA ölçeği toplam puan ortalaması 46,5 olarak kanser ve interstisyel akciğer hastalığına sahip hastalardan daha yüksek bulunmuştur

(Reilly ve ark., 2017). Rozenberg ve arkadaşlarının çalışmasında LCGYA ölçeği toplam puan ortalaması 46 ± 15 , Alcazar ve arkadaşlarının çalışmasında da daha önce hastanede yatarak tedavi gören hastaların ölçek toplam puan ortalaması 44,1, Mazzarin ve arkadaşlarının çalışmasında LCGYA ölçeği toplam puan ortalaması 41, Higginson ve arkadaşlarının çalışmasında da LCGYA ölçeği toplam puan ortalaması 44,6 olarak bu çalışmanın verilerine yakın bulunmuştur (Alcazar ve ark., 2012; Higginson ve ark., 2014; Mazzarin ve ark., 2018; Rozenberg ve ark., 2018). KOAH hastaları üzerinde BODE indeksi kullanılarak yapılan bir çalışmada nefes darlığı şiddeti arttıkça LCGYA ölçeği toplam puan ortalamasının da arttığı tespit edilmiştir (Simon ve ark., 2011). Bu çalışmada LCGYA toplam puan ortalaması literatürde karşılaşılan çoğu benzer çalışmalardan elde edilen LCGYA toplam puan ortalamalarından yüksek bulundu. Bu, çalışmaya katılan hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken gelişen dispneyi daha fazla algıladıkları anlamına gelmektedir. Bu çalışmada hastaların dispneyi daha fazla algılaması; örneklem grubumuzun yaş ortalamasının daha yüksek olmasına ve çoğunluğunun ev işlerinde kültürel olarak bireysel sorumluluk almayan erkeklerden oluşmasına bağlı olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların LCGYA ölçeği alt boyutlarından en çok fiziksel aktivite ve ev işleri aktivitesini gerçekleştirirken dispne yaşadığı tespit edildi (Tablo 6.2.3). Farklı zamanlarda Hollanda, İspanya ve Brezilya'da yapılan farklı çalışmalarda KOAH hastalarının en fazla, ev işleri ve kişisel bakım aktiviteleri sırasında dispne yaşadıkları tespit edilmiştir (Carvalho ve ark., 2010; Klijn ve ark., 2015; Miravittles ve ark., 2009; Miravittles ve ark., 2011; Sant'Anna ve ark., 2017). Ülkemizde KOAH hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda kontrol grubundaki hastaların LCGYA ölçeği alt boyutlarından kişisel bakım ve boş vakit aktiviteleri sırasında daha fazla dispne yaşadıkları belirlenmiştir (Çalık Kütükcü, 2014; Taşdemir, 2011). Bu çalışma literatür ile kısmi benzerlik gösterse de hastaların özellikle fiziksel aktivite sırasında dispne yaşamalarının ileri yaşta ve ek hastalıklara sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Brezilya'da yapılan bir çalışmada KOAH hastalarının, sağlıklı yaşlı bireylere oranla fiziksel faaliyetlerde daha az aktif oldukları, hareket etmekten kaçındıkları ve sedanter yaşam şeklini benimsedikleri saptanmıştır (Hernandes ve ark., 2009). Başka bir çalışmada da KOAH hastalarına verilen kısa süreli egzersiz eğitimi ile özellikle LCGYA ölçeği fiziksel aktivite alt

boyutu üzerinde iyileştirme sağlandığı belirlenmiştir (Bisca ve ark., 2014). Literatürde KOAH hastalarına verilen rehabilitasyon ve eğitimin, tedavi sonrası günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesi sırasında oluşan dispne düzeyini tüm alt boyutlarda azalttığı saptanmıştır (Garrod ve ark., 2002; Klijn ve ark., 2015; Kovelis ve ark., 2011). Bu çalışmada da KOAH'lı hastaların literatür ile uyumlu olarak en fazla fiziksel aktiviteler ve ev işi faaliyetleri sırasında zorluk yaşadıkları görüldü. Özellikle ev işi aktivitelerini gerçekleştirirken üst ekstremitelerin kullanılması, ventilasyon sırasında daha fazla efor harcanmasına ve dispne algısının yükselmesine neden olmaktadır. Özellikle egzersiz kapasitesinin artırılarak aktif yaşam tarzının benimsenmesinin yaşam kalitesini arttıracığı ve böylece günlük yaşamda fiziksel aktivite gerektiren faaliyetler sırasında yaşanan dispne düzeyinin azalacağı düşünülebilir.

Bu çalışmada hastaların kişisel bakım aktivitelerinden en çok saç yıkama sırasında nefes darlığı çektikleri, ev işleri aktivitelerinden yatak yapmak, çarşaf değiştirmek sırasında, fiziksel aktivitelerinden merdiven çıkma esnasında yardıma ihtiyaç duydukları, boş vakit aktivitelerinden sosyal olarak dışarı çıkarken çok nefes darlığı çektikleri tespit edildi (Tablo 6.2.1). Reilly ve arkadaşlarının çalışmasına katılan hastaların kişisel bakım aktivitelerinden en çok kurulanma sırasında nefes darlığı çektikleri, ev işleri aktivitelerinden çarşaf değiştirmek, pencere/perde yıkama sırasında yardıma ihtiyaç duydukları, fiziksel aktivitelerden eğilme sırasında çok nefes darlığı çektikleri, boş vakit aktivitelerinden ev içinde yürürken çok nefes darlığı çektikleri bulunmuştur (Reilly ve ark., 2017). Hastaların fazla efor gerektiren aktiviteler sırasında nefes darlığı düzeylerinin arttığı, hatta yardıma ihtiyaç duydukları yapılan diğer çalışma ile benzerlik gösterdi. Günlük yaşam aktivitelerinden üst ekstremiteler ile gerçekleştirilen faaliyetler sırasında alt ekstremiteler ile yapılan aktivitelerden daha fazla zorluk çekmeye ve bu aktiviteler sırasında daha fazla dispne yaşamaya bağlı olarak ev işleri ve kişisel bakım aktivitelerinin daha fazla etkilendiği düşünülebilir.

Ulusal, çok merkezli, kesitsel bir gözlem çalışmasında KOAH hastalarını en fazla etkileyen ve en çok şikayet ettikleri semptomun dispne (%83) olduğu vurgulanmıştır (Polatlı ve ark., 2012). Bu çalışmada, KOAH hastalarının %51,4'ünün yaşadıkları nefes darlığının günlük yaşam aktivitelerini çok etkilediği

tespit edildi. Çalık ve Kütükcü'nün çalışmasında hastaların %65,9'unun nefes darlığının, günlük yaşam aktivitelerini biraz etkilediği bulunmuştur (Çalık Kütükcü ve ark., 2015). Ülkemizde ve dünyada yapılan birçok çalışmada KOAH semptomlarının hastaların günlük yaşam aktivitelerini çok fazla etkilediği, KOAH hastalarının günlük yaşam aktiviteleri sırasında zorlandıkları, yardıma ihtiyaç duydukları ve aktivitelerin bu durumdan etkilendiği saptanmıştır (Çil Akıncı ve Pınar, 2011; Çalık Kütükcü ve ark., 2015; Kato ve ark., 2012; Lahaije ve ark., 2010; Ünsal ve Yetkin, 2005). KOAH'lı hastaların yaşadıkları dispnenin dolayı aktivitelerin çoğunu gerçekleştiremedikleri, öz-bakım faaliyetlerini ve sosyal ilişkileri sürdürmekte zorlandıkları görülmektedir (Ceyhan ve Ünsal, 2018). KOAH'lı hastalarla yapılan fenomolojik bir çalışmada bireylerin yaşadığı dispne nedeniyle anksiyete ve korku yaşadıkları günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte zorlandıkları ifade edilmiştir (Tel Aydın ve ark., 2012). İspanya'da yapılan bir çalışmada orta evre KOAH hastalarının %36'sının, ağır ve çok ağır evredeki hastaların %62'sinin günlük yaşam aktivitelerininin çok etkilendiği gösterilmiştir (Rodriguez Gonzalez-Moro ve ark., 2009). Katz ve arkadaşlarının KOAH ve diğer solunumsal hastalığı olan hastalar arasında günlük yaşam aktivitelerindeki bozukluğu ele aldığı çalışmada KOAH'lı hastaların çoğunun (%94) en az bir aktivite sırasında dispne nedeniyle etkilendiği belirlenmiştir. Aynı çalışmada KOAH'ın şiddetlenmesi ile hastaların aktivitelerinin daha fazla etkilendiği gösterilmiştir (Katz ve ark., 2010). Literatürdeki araştırmaların nefes darlığının günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumuna ilişkin bulgular ile bu çalışmanın bulguları arasında benzerlik görülmektedir. KOAH şiddeti arttıkça ortaya çıkan semptomlardan dispne, efor ve yorgunluğun günlük yaşam aktivitelerini fazlasıyla etkilediği ve ilk olarak daha az efor harcayan bazı aktivitelere yönelmek zorunda kalındığı görülmektedir. Bu çalışmada hastaların çoğunun ileri KOAH evresinde olması nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinin daha çok etkilendiği düşünülebilir.

Bu çalışmada hastaların yaş ortalamaları arttıkça günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken yaşadıkları dispne durumunun arttığı ve aktivitelerin bu durumdan etkilendiği görüldü. Ülkemizde yapılan çalışmalarda benzer şekilde KOAH hastalarının yaş ortalamaları arttıkça günlük yaşam aktivitelerini yapma durumlarının

azaldığı ve dispne düzeyinin arttığı tespit edilmiştir (İnal İnce ve ark., 2005; Özsoy ve ark., 2019; Özoğlu Aytaç, 2015).

Çalışmamıza katılan KOAH hastalarının cinsiyetleri, medeni durumları, öğrenim düzeyi, ekonomik durumları, sosyal güvence, ısınma şekline göre LCGYA ölçeğinden alınan toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.2.4). Literatürde ülkemizde yapılan çalışmalarda cinsiyet, medeni durum ve öğrenim düzeyinin KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerini etkilemediği gösterilmiştir. (Kaya ve ark., 2018; Ünsal ve Yetkin., 2005). Özoğlu Aytaç'ın KOAH hastalarının günlük yaşam aktiviteleri üzerine yaptığı çalışmasında hastaların cinsiyetleri, medeni durumları, öğrenim düzeylerine göre günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları arasında fark tespit edilememiştir. Ancak ekonomik duruma göre günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Sosyo-ekonomik düzey, tedavi uyumunu arttıran, yaşam kalitesini yükselten ve risk faktörlerine maruziyetten kaçınma konusunda hastalığın kontrolünü destekleyen bir faktördür (Tertemiz ve ark., 2012). Yapılan bir çalışmada ekonomik durumu kötü olan KOAH hastalarının daha fazla dispne sorunu yaşadıkları, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken bağımlılık düzeylerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Özoğlu Aytaç, 2015). Ülkemizde yapılan bir çalışmada bireylerin çoğunun öğrenim düzeyinin ilkökul mezunu ve altında veya okur-yazar olmadığı belirlenmiştir (Aras ve Tel, 2009). Öğrenim düzeyinin düşük olması hastalığa ilişkin farkındalığı olumsuz etkileyebilmektedir. Bununla birlikte öğrenim düzeyinin yükselmesi ile bireyin olumlu sağlık davranışlarını benimsemesi ve sürdürmesinin her zaman mümkün olmadığı söylenebilir.

Bu çalışmada hastaların KOAH dışında kronik hastalığının bulunma durumuna göre LCGYA toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Ek olarak kalp hastalığı ve hipertansiyon hastalığı bulunan hastaların LCGYA toplam puanları arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 6.2.6). Özoğlu Aytaç'ın çalışmasında KOAH hastalarının ek hastalık durumuna göre günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Özoğlu Aytaç, 2015). Hastanın birden çok kronik hastalığa sahip olması, günlük yaşamda bazı aktiviteleri gerçekleştirirken fiziksel olarak daha

fazla çaba harcamasına ve solunumsal yönden daha fazla yüke maruz kalmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla bu durumun KOAH ile birlikte kronik ek bir hastalığa (özellikle kalp hastalığı ve hipertansiyona) sahip bireylerin yaşamlarını etkilediği ve dispne düzeyini arttırdığı düşünülebilir.

Bu çalışmada hastaların düzenli ilaç kullanma, derin nefes ve öksürük egzersizlerini bilme durumlarına göre LCGYA toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 6.2.6). Özoğlu Aytaç'ın çalışmasında günlük yaşam aktivitelerinden alınan puan ortalamalarının arasında, ilaçlarını düzenli kullanma durumlarına göre anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$) (Özoğlu Aytaç, 2015). Albayrak'ın çalışmasında KOAH hastalarına verilen eğitimin içinde bulunan ilaç alımının düzenli ve doğru kullanımının öğretilmesi ve düzenli solunum egzersizi yapmanın hastaların günlük yaşam aktivitelerine katılımını ve bağımsızlığını arttırmaya katkı sağladığı bulunmuştur (Albayrak, 2018). Bu çalışmanın verileri ile literatürdeki verilerin benzer olduğu görülmektedir. İlaçların düzenli kullanımının, solunum egzersizlerin öğretilmesinin ve uygulanmasının günlük yaşam sırasında yaşanan dispne düzeyini azaltacağı ve yaşam kalitesini arttıracacağı düşünülebilir. Özellikle obstrüktif akciğer hastalığına sahip hastaların daha önce deneyimledikleri dispnenin tekrarının önüne geçmek için ilaçlarını düzenli kullandıkları düşünülebilir.

Bu çalışmada sigara kullanma durumuna göre LCGYA toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edildi ($p<0,01$) (Tablo 6.2.6). Literatürde karşılaşılan birçok çalışmada hastaların büyük bir kısmının daha önce sigara kullandığı ve maruziyet sonucunda günlük yaşam aktivitelerinin dolaylı olarak etkilendiği görülmüştür. Dispne çok zorlamıyorsa sigara içmeye devam edildiği, zorladığında ise sigaranın bırakıldığı düşünülebilir. Bu çalışmanın aksine Özoğlu Aytaç'ın çalışmasında KOAH hastalarının günlük yaşam aktiviteleri ile sigara kullanma durumu arasında ilişki tespit edilememiştir (Özoğlu Aytaç, 2015). Sigara kullanma KOAH başta olmak üzere birçok solunumsal kronik hastalığın en önemli risk faktörüdür. Uzun yıllar sigara kullanımının sonucu olarak solunum sistemi rezervlerinin hızla tükenmesi ve sistemik birçok bozulma yaşanması nedeniyle özellikle yaşlı hastaların günlük yaşamda daha fazla dispne yaşamasına neden olduğu ve bu durumdan tüm aktivitelerin etkilendiği düşünülebilir.

Bu çalışmada hastaların KOAH süresine göre LCGYA toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilememesine rağmen KOAH evresine göre anlamlı fark tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 6.2.8). KOAH evresinin ilerlemesi ile LCGYA ölçeği toplam ortalaması ve tüm alt boyutların puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı biçimde arttığı görüldü. Yapılan bir çalışmada orta ve çok ağır evredeki hastaların LCGYA ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelenmiş ve evre ilerledikçe alt boyut toplam puanlarının artışı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ortaya konulmuştur (Rodriguez Gonzalez-Moro ve ark., 2009). Bu durumun hastalık şiddetinin artmasına bağlı olarak azalan akciğer kapasitesi nedeniyle hastaların aktiviteleri gerçekleştirirken daha fazla efor harcamak zorunda kalmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Literatürde KOAH süresi ile günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken yaşanan dispne düzeyi arasında anlamlı ilişki olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Hastalık evresinin günlük yaşam aktivitelerini negatif yönde etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Beaumont ve ark., 2018; Çil Akıncı ve Pınar, 2011; Özoğlu Aytaç, 2015). KOAH'ta hastalık evresi ilerledikçe hastaların yaşadıkları semptomlardan, özellikle dispne, bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinde azalmaya neden olmaktadır. Sedanter yaşamın etkisiyle hastalar temel günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede dahi zorlanmaktadır. KOAH hastalarının aktiviteleri gerçekleştirme sırasında metabolik ve solunumsal gereksinimleri (oksijen ihtiyacında artış) normal bireylerden daha fazladır. Bu durum sonucunda dispne algılamasında artış, fiziksel aktivitede azalma ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma gelişmektedir (İnal İnce ve ark., 2005).

Bu çalışmada hastaların KOAH nedeniyle cihaz kullanma durumlarına göre LCGYA toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 6.2.8). Özoğlu Aytaç'ın çalışmasında KOAH hastalarının evde oksijen kullanmaları ile günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Carpes ve arkadaşlarının çalışmasında da evde sürekli oksijen kullanan KOAH hastalarının dispne hissini daha az hissettiği ancak günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiği saptanmıştır (Carpes ve ark., 2008). Evde hastalığa bağlı cihaz kullanmak zorunda olmak, hastaların bağımlılık düzeylerini arttırmakta ve aktivite gerçekleştirme düzeyini olumsuz etkilemektedir. Bu durumun hastaların hissettikleri dispne düzeyini etkilediği düşünülebilir.

7.3. KOAH Öz-Etkililik Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Tüm dünyada ve ülkemizde KOAH prevalansının yükselmesine bağlı olarak artan ekonomik ve sosyal yükü azaltmak, KOAH hastalarının var olan yaşam kalitesini arttırmak ve pulmoner rehabilitasyonu sağlamak için bireylerin öz-etkililik düzeylerinin artırılması önemlidir (Bal Özkaptan ve Kapucu, 2015).

Öz-etkililik düzeyinin yüksek olması ile hastaların yaşadığı semptomları kontrol edebilme, hastalığa ilişkin sorumluluk alma durumunun, tedavi sürecine gösterdikleri önem ve uyumun daha da arttığı görülmüştür (Song ve Nam, 2017). Ülkemizde yapılan kronik hastalıklarda öz-etkililik düzeyi çalışmasında kronik hastalıklar içinde en düşük öz-etkililik puanının KOAH'lı hastalara ait olduğu bulunmuştur (Ceyhan ve Ünsal, 2018).

Bu çalışmada, KOAH hastalarının öz-etkililik toplam puan ortalaması $2,49 \pm 0,53$ olarak bulundu. Literatür incelendiğinde, ülkemizde yapılan Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında KOAH hastalarının öz-etkililik puan ortalaması $2,53 \pm 0,62$, Kara ve Mirici'nin çalışmasında $2,49 \pm 0,29$ olarak çalışmamıza benzer nitelikte, Taşdemir'in çalışmasında $2,98 \pm 0,59$ olarak bu çalışmaya göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.3.2) (Kara ve Mirici, 2002; Kaya ve ark., 2018; Taşdemir, 2011). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise KOAH hastalarının öz-etkililik toplam puan ortalaması $2,16 \pm 0,81$ olarak bu çalışma verilerinden daha düşük bulunmuştur (Güçlü, 2018). Elde ettiğimiz sonuçlar ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bentsen ve arkadaşlarının çalışmasında KOAH öz-etkililik toplam puan ortalaması $2,88 \pm 2,75$, Güney Kore'de Song ve Nam'ın yaptığı çalışmada $3,33 \pm 0,80$, Ng ve Smith'in çalışmasında da $3,14 \pm 0,79$ olarak ülkemizdeki benzerlerine nazaran daha yüksek bulunmuştur (Bentsen ve ark., 2010; Lee ve ark., 2014; Ng ve Smith, 2017). Bu durumun bireylerin öğrenim düzeyi, kültürel farklılık ve sağlık hizmetlerine ulaşabilme arasındaki farktan kaynaklandığı düşünülebilir

Bu çalışmada KOAH öz-etkililik alt boyutlarından en düşük puan ortalamasının fiziksel çabaya, en yüksek puan ortalamasının ise olumsuz etkiye ait olduğu bulundu (Tablo 6.3.2). Yapılan çalışmalarda KOAH öz-etkililik alt boyutları içinde en düşük puan ortalamasının fiziksel çaba, en yüksek puan ortalamasının ise duygusal durum alt boyutunda olduğu saptanmıştır (Güçlü, 2018; Jackson ve ark., 2014; Kaya ve ark., 2018; Ng ve Smith, 2017). Literatür incelendiğinde KOAH hastaları ile yapılan bir

çalışmada hastaların en düşük öz-etkililik puanının fiziksel çaba, en yüksek puanın olumsuz etki alt boyutuna ait olduğu başka bir çalışmada da kontrol grubundaki KOAH hastalarına ait en düşük öz-etkililik puanının fiziksel çabaya, en yüksek puanının olumsuz etki alt boyutuna ait olduğu belirlenmiştir (Bal Özkaptan, 2013; Bal Özkaptan ve Kapucu, 2016)

Hastaların yaşadıkları solunum sıkıntısının fiziksel çaba gerektiren faaliyetler sırasında arttığı ve bu durumun öz-etkililik düzeylerini azalttığı düşünülebilir. Literatürde KOAH'lı hastalara verilen eğitim programlarının bireylerin öz-etkililik algılarını olumlu yönde etkilediği ve öz-etkililik algılarını arttırdığı bildirilmiştir (Kara Kaşıkçı, 2011; Taşdemir, 2011). Özellikle KOAH'lı hastaların dispne semptom yönetimi yönünden desteklenmesinin öz-etkililik düzeyine olumlu yansıtacağı düşünülebilir.

Bu çalışmada yaş ve cinsiyet ile öz-etkililik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Ancak kadın ve erkek hastaların öz-etkililik toplam puanlarının birbirine çok yakın olduğu görüldü (Tablo 6.3.3). Benzer olarak Norveç'te ve Danimarka'da yapılan çalışmalarda KOAH'lı hastaların yaş ve cinsiyet ile öz-etkililik düzeyleri arasında anlamlılık tespit edilememiştir (Bentsen ve ark., 2010; Emme ve ark., 2012). Ülkemizde yapılan bir çalışmada KOAH hastalarının yaş ortalaması arttıkça, öz-etkililik düzeylerinin azaldığı, aralarında negatif yönlü ilişki olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada cinsiyet ile öz-etkililik düzeyi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmazken erkek hastaların öz-etkililik toplam puanları ($2,26\pm 0,82$) kadın hastalara ($1,81\pm 0,67$) göre daha yüksek bulunmuştur (Güçlü, 2018). Başka bir çalışmada da cinsiyet ile KOAH öz-etkililik düzeyi arasında ilişki saptanmazken, hastaların yaşları ile KOAH öz-etkililik düzeyi arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Kaya ve ark., 2018). İngiltere'de yapılan bir çalışmada KOAH hastalarının öz-etkililiklerinin yaş ortalamaları ve cinsiyete göre değişmediği gösterilmiştir (Garrod ve ark., 2008). Literatür incelendiğinde çoğu çalışmada cinsiyetin öz-etkililik düzeyine önemli bir etkisinin olmadığı ve bu çalışma bulgularının literatüre benzer olduğu görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda öz-etkililik düzeyi ve yaş arasında ilişki bulunması, yaş ortalaması arttıkça kronik hastalığın bireylerde yarattığı tükenmişliğin öz-etkililik algısını da etkilemesinden kaynaklanabilir.

Bu çalışmada öğrenim düzeyi ile öz-etkililik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.3.3). Ancak en yüksek öz-etkililik toplam puanının üniversite mezunlarına ait olduğu belirlendi. Literatürde de öğrenim düzeyi ile öz-etkililik düzeyinin birlikte arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Güçlü, 2018; Kaya ve ark., 2018). Bu çalışmaya benzer nitelikte Bentsen ve arkadaşlarının Norveç'te, Emme ve arkadaşlarının Danimarka'da yaptığı çalışmalarda KOAH hastalarının öğrenim düzeyi ile öz-etkililik düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Bentsen ve ark., 2010; Emme ve ark., 2012). Öğrenim düzeyinin yükselmesi, bireylerin bilgiye kolay ulaşmasına, elde edilen bilginin doğru şekilde uygulanmasına, ihtiyaç duyulan bilginin artıp farkındalığın gelişmesine, tedaviye uyumun ve sosyal desteklerin artmasına bağlı olarak öz-etkililiği de arttıracığı düşünülebilir.

Bu çalışmada medeni durum ile öz-etkililik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken evli KOAH hastalarının öz-etkililik puanlarının ($2,52\pm 0,52$) bekâr hastalara ($2,43\pm 0,55$) göre daha yüksek olduğu tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 6.3.3). Güçlü'nün çalışmasında bu çalışmaya benzer nitelikte evli KOAH hastalarının öz-etkililik puanı ($2,22\pm 0,85$) bekâr hastalara ($1,93\pm 0,58$) göre daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında medeni durum ile KOAH öz-etkililik düzeyi arasında ilişki tespit edilmiştir (Güçlü, 2018; Kaya ve ark., 2018). Evli olan bireylerin sosyal desteklerinin artmasına bağlı olarak öz güvenlerinin arttığı, bu durumun öz-etkililik düzeyini yükselttiği ve tedaviye uyumu arttırdığı düşünülebilir.

Bu çalışmada meslek grupları ile öz-etkililik düzeyi arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ancak aktif çalışan hastaların öz-etkililik toplam puanı ($2,78\pm 0,89$) çalışmayanlara ($2,46\pm 0,48$) göre istatistiksel olarak belirgin düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.3.3). Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında çalışan KOAH hastalarının öz-etkililik puanı ($2,72\pm 0,64$) çalışmayan hastalara ($2,36\pm 0,55$) göre daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı olduğu gösterilmiştir (Kaya ve ark., 2018). Literatür ile çalışma verileri arasında benzerlik olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada ekonomik durum, sosyal güvence ve ısınma şekli ile öz-etkililik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Ancak sosyal güvencesi olan hastaların

öz-etkililik puanlarının güvencesi olmayanlara göre yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 6.3.3). Güçlü'nün çalışmasında gelir durumu orta seviyede olan KOAH hastalarının öz-etkililik puanları daha yüksek bulunmuştur, ancak aralarında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Kaya ve arkadaşlarının KOAH hastaları ile yaptıkları çalışmada finansal problem yaşamayanların öz-etkililik puanı ($2,60\pm 0,60$) problem yaşayanlara ($2,41\pm 0,64$) göre daha yüksek bulunmuş ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gösterilmiştir ($p<0,05$) (Güçlü, 2018; Kaya ve ark., 2018).

Bu çalışmada hastaların evde bakmakla yükümlü olduğu kişilerin olma durumu ile öz-etkililik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.3.3). Literatür taraması yapıldığında KOAH'lı hastaların bakım yükümlülüğü ile öz-etkililik düzeyi arasında daha önce yapılmış çalışmaya rastlanmadı.

Bu çalışmada hastaların %57'sinin sağlık durumunu orta seviyede algıladığı tespit edildi. Sağlık durumu algısı ile KOAH öz-etkililik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($p<0,05$). Sağlık durumunu iyi algılayanların KOAH öz-etkililik düzeyinin, orta ve düşük algılayanlara göre daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 6.3.5). Emme ve arkadaşlarının çalışmasında kişisel sağlık algısı ile KOAH öz-etkililik düzeyi arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Emme ve ark., 2012). Ceyhan ve Ünsal'ın farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmasında KOAH hastalarının %42,5'i sağlık durumlarının iyi seviyede olduğunu belirtmişlerdir (Ceyhan ve Ünsal, 2018). Sağlık durumunu orta ve iyi düzeyde algılama durumunun bireylerin olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde etkili olduğu ve bu durumun öz-etkililik seviyesini arttırdığı düşünülebilir.

Bu çalışmada KOAH'ın yanında ek hastalığa sahip olan hastaların öz-etkililik düzeyinin olmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.3.5). Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında %48,8'sinin KOAH yanında ek kronik hastalığı olduğu, ek kronik hastalığı olmayanların KOAH öz-etkililik düzeyinin olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Kaya ve ark., 2018). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada hastalardan ek kronik hastalığı bulunanların öz-etkililik puan ortalamalarının bulunmayanlardan daha

düşük olduğu görülmüş, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Güçlü, 2018). Ek kronik hastalığa sahip olma bireylerin daha fazla semptom ve komplikasyonla uğraşmasına, hastalık yönetiminin kontrolünün azalmasına, bağımlılığın artmasına neden olmaktadır. Bu durumun, aktiviteleri gerçekleştirmeye ve olumlu sağlık davranışlarını geliştirmeye yönelik öz-etkililiği düşüreceği düşünülebilir.

Bu çalışmada düzenli ve doğru ilaç kullanımı ile KOAH öz-etkililik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$) (Tablo 6.3.5). Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %91,2'sinin KOAH nedeniyle ilaç kullandıkları ve %86,8'inin ilaçları doğru kullandıkları belirlenmiştir, ancak ilaçların zamanında kullanımı ile KOAH öz-etkililik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Kaya ve ark., 2018). Literatür ile bu çalışmanın bulguları arasında benzerlik olduğu görülmektedir.

Hastaların sigara kullanma durumu ile KOAH öz-etkililik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken aktif sigara kullanan hastaların KOAH öz-etkililik toplam puan ortalamasının, kullanmayan ve bırakanlara göre daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.3.5). Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında sigara kullanımı ile KOAH öz-etkililik düzeyi arasında ilişki tespit edilememiş, fakat çalışmamızın tersine sigara kullananların öz-etkililik toplam puanları kullanmayan ve bırakanlara göre daha düşük bulunmuştur (Kaya ve ark., 2018). Başka bir çalışmada KOAH hastalarının öz-etkililik düzeyleri ile kullanılan sigara miktarı arasında anlamlılık saptanmamıştır (Garrod ve ark., 2008). Evrenin ilerleyişi ile yaşanan dispne durumunun artması sonucunda evre ilerledikçe hastaların dispneye neden olan en önemli faktörün sigaranın bırakılmasının daha etkili olduğu ve aktif sigara kullanan hastaların daha genç popülasyonda olacağı düşünüldüğünden öz-etkililik düzeylerinin buna bağlı olarak daha yüksek olduğu öngörülmektedir.

Hastaların sürekli alet kullanma durumları ile KOAH öz-etkililik düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmazken, baston-yürüteç ve tekerlekli sandalye kullananların KOAH öz-etkililik toplam puan ortalamaları kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.3.5). Literatürde KOAH hastalarının alet kullanma durumları ile öz-etkililik düzeylerini ortaya koyan başka bir çalışmaya rastlanmadı. Ancak sürekli alet kullanma durumunun günlük yaşam

aktivitelerini gerçekleştirmede kısıtlama yarattığı ve bu durum bireylerin öz-etkililik düzeylerini olumsuz etkilediği düşünülebilir.

Bu çalışmada hastaların KOAH süreleri ile öz-etkililik düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.3.7). Benzer olarak Danimarka’da yapılan Emme ve arkadaşlarının çalışmasında da KOAH hastalarının KOAH süreleri ile öz-etkililik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Emme ve ark., 2012). Ancak Güçlü’nün çalışmasında KOAH hastalarının tanı süresi arttıkça öz-etkililik düzeyinin azaldığı, aralarında negatif yönlü ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Güçlü, 2018). Bu durum, tanı süresi uzunluğunun artmasına bağlı olarak bireylerin yaşadıkları semptomların sayısı ve şiddetinde artma yaşanmasından ve aktivitelerde gerçekleşen kısıtlılığa bağlı olarak öz-etkililiği olumsuz etkilemesinden kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmada KOAH evresi ilerledikçe öz-etkililiğin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.3.7). Çok ağır ve ağır evre KOAH hastalarının orta ve hafif evre hastalara göre belirgin olarak daha düşük öz-etkililiğe sahip olduğu görüldü. KOAH nedeniyle acil servise başvurusu sayısının artması ile öz-etkililik düzeylerinin azalması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.3.7). Literatür incelendiğinde bunun aksi yönünde hiçbir veriye rastlanmadı. Farklı evreleme sistemleri kullanılarak yapılan çalışmalarda elde edilen ortak sonuç, KOAH evresi ile öz-etkililik düzeyi arasındaki ters ilişkinin belirgin olarak ortaya konmasıdır (Bal Özkaptan, 2013; Emme ve ark., 2012; Güçlü, 2018; Lee ve ark., 2014). KOAH süresi ve evresi arttıkça hastalığa bağlı semptomların özellikle dispne şiddeti ve atak sayısında artma, yaşlanma ile artan fiziksel güçte meydana gelen azalma ve bağımlılık düzeylerinde artma nedeniyle bireylerin öz-etkililik düzeylerinin olumsuz yönde etkilendiği düşünülebilir.

KOAH hastalarının derin nefes ve öksürük egzersizlerini bilme ve yapabilme durumları ile öz-etkililik düzeyi arasında anlamlı istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p<0,05$) (Tablo 6.3.7). Literatürde egzersizler ile öz-etkililik düzeyi arasında daha önce yapılmış çalışmaya rastlanmadı.

KOAH nedeni ile cihaz kullanan hastaların, cihaz kullanmayanlara göre KOAH öz-etkililik düzeyleri daha düşük bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6.3.7). Cihaz kullanan

hastaların yaşadıkları bağımlılık duygusuna bağlı olarak hastalığa bağlı öz-etkililik düzeyinin olumsuz etkilendiği düşünülebilir.

7.4. LCGYA Ölçeği ile KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının İlişkinin Tartışılması

KOAH'ın en önemli semptomlarından olan dispne çoğunlukla kronik, ilerleyici tipte ve hastaların aktivite düzeylerinin azalmasına neden olan engellerden biridir. Hastalar aktivite gerçekleştirirken yaşayacakları dispne ile baş edememe korkusu nedeniyle kendine güven ve öz-etkililikte azalma yaşamakta ve bu durum aktiviteyi gerçekleştirmekten kaçınma ile sonuçlanmaktadır (Wigal ve ark., 1991). Garrod ve arkadaşlarının çalışmasında KOAH hastalarının yüksek öz-etkililiğe sahip olmaları ile daha az depresyon bulgularına sahip oldukları, sağlık durumlarını daha iyi algıladıkları, daha az nefes darlığı yaşadıkları ve egzersiz toleranslarının daha iyi olduğu saptanmıştır (Garrod ve ark., 2008).

Bu çalışmada LCGYA ölçeği ve KOAH Öz-etkililik ölçeği toplam puan ortalamaları arasında negatif yönlü, orta düzeyde (%63) bir ilişki olduğu tespit edildi. ($p < 0,05$) (Tablo 6.4). İngiltere'de yapılan bir çalışmada KOAH hastalarının öz-etkililik düzeyleri ile LGCYA ölçeği puan ortalamaları arasında çalışmamıza benzer olarak negatif yönlü bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (Garrod ve ark., 2008). Öz-etkililik, KOAH hastalarına aktiviteleri nasıl ve ne kadar gerçekleştireceklerini ve çeşitli durumlara karşı neyi yapıp yapamacağına dair fikir vermektedir. Öz-etkililik düzeyinin azalması KOAH'lı hastalarda semptom kontrolünün azalmasına, yaşam kalitesinin düşmesine ve anksiyete düzeyinin artmasına neden olur. Yapılan çalışmalarda özellikle egzersiz desteği ve öz-etkililik eğitimi başta olmak üzere yapılan birçok programın öz-etkililik düzeyi üzerinde olumlu etkilerinin olduğu gösterilmiştir (Bentsen ve ark., 2010; Cooke ve ark., 2009; Garrod ve ark., 2008; Güçlü, 2018; Kara Kaşıkçı, 2011; Stollefson ve ark., 2012; Taşdemir, 2011). Yapılan bir çalışmada KOAH'lı bireylere dispne ile başetme yöntemlerini öğreten eğitimin, öz-etkililik ölçeği skorlarını yükselttiği belirlenmiştir (Wang, 2013). Bu nedenle öz-etkililiği etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve düzeyini arttıracak girişimlerin planlanıp uygulanması ile bireylerin aktiviteye katılımının, aktiviteler sırasında

bağımsızlık düzeylerini arttıracacağı düşünülmektedir. Hemşirelik bakımı ile sağlanan bu sosyal destek artışının öz-etkililik değerlerini yükselteceği öngörülmektedir.

Bu çalışma acile başvuran KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerine bağlı dispne durumlarını ve öz-etkililik düzeylerini ortaya koymak amacıyla 1 Haziran-28 Eylül 2018 tarihleri arası İstanbul Sultan Abdülhamid Hastanesi Acil Servise başvuran 177 KOAH hastasının katılımı ile gerçekleştirildi. Bu araştırmadan elde edilen bulguların incelenmesi ile aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı. Bu sonuçlar;

- Bireylerin, yaş ortalamasının $70,38 \pm 11,53$ yıl, %65,5'ini erkek, çoğunluğunun (%65,1'inin) ilkokul mezunu ve altında öğrenim düzeyinde olduğu, %63,8'inin evli, %91'inin şu an aktif olarak çalışmadığı, kadınların çoğunluğunun ev hanımı, erkeklerin ise çoğunlukla işçilik, esnaf-tüccarlık meslekleriyle uğraştıkları, %56,5'inin gelirlerinin giderlerinde az olduğu, %96,6'sının sosyal bir güvenceye sahip olduğu, %94,9'unun kentsel yerleşim biriminde ikamet ettikleri, %86,4'ünün ısınırken kalorifer kullandıkları, %44,6'sının evde bakmakla yükümlü olduğu kişilerin olduğu, evde bakmakla yükümlü olan kişilerin %69,6'sının eşi olduğu saptandı.
- Bireylerin, %57'sinin sağlık durumunu orta düzeyde algıladığı, %77,4'ünün KOAH dışında ek hastalığı olduğu bunlardan en sık rastlanılanın hipertansiyon, kalp hastalığı ve diyabet olduğu, %96'sının ilaçlarını düzenli kullandığı, %82,5'inin sigara kullanım öyküsünün olduğu, %76,3'ünün düzenli spor yapmadığı, %80,2'sinin sürekli olarak alet kullandığı ve en sık gözlük, baston kullanmak zorunda olduğu tespit edildi.
- Bireylerin, KOAH süresi ortalamasının $10,57 \pm 9,38$ yıl, %55,9'unun ağır ve çok ağır evrede olduğu, %56,5'inin KOAH nedeniyle hastanede yatarak tedavi oldukları, %83,1'inin KOAH nedeniyle daha önce acil servise başvurduğu, %78,5'inin derin nefes egzersizlerini bilmediği, %87,6'sının öksürük egzersizlerini bilmediği, %81,4'ünün KOAH nedeniyle cihaz kullandıkları, cihaz kullananların en sık nebulizatör (%93,1), oksijen tüpü (%41,7) kullandıkları, en çok aktivitenin (%80,2) ve sigara dumanının (%76,3) nefes darlığını arttırdığı, nefes darlığı sırasında %74,6'sının boğulma hissi, %47,5'i aniden panik duygusu yaşadıkları, akut atak sırasında %73,4'ünün ilave ilaç kullandığı, %49,2'sinin hemen 112'yi aradığı görüldü.

- Bireylerin, %51,4'ünün yaşadıkları dispne nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinin çok etkilendiği tespit edildi.
- Bireylerin, LCGYA ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $46,73 \pm 16,08$ olarak, en düşük alt boyut puan ortalamasının kişisel bakım aktiviteleri sırasında en yüksek alt boyut puan ortalamasının fiziksel aktivitelere ait olduğu görüldü.
- Bireylerin tanımlayıcı özelliklerinden yaş, meslek, çalışma durumu, sağlık durumunu algılama, ek hastalık olma durumu ve kalp hastalığı, hipertansiyonu olma, düzenli ilaç kullanma durumu, düzenli spor yapma durumu, gözlük, baston-yürüteç, tekerlekli sandalye kullanmak zorunda olma, KOAH evresi, daha önce acil servis başvurusu bulunma, derin nefes ve öksürük egzersizlerini bilme, KOAH için cihaz kullanma durumuna göre LCGYA ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$).
- Bireylerin, KOAH Öz-Etkililik ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının $2,49 \pm 0,53$ olduğu, en düşük alt boyut puanının fiziksel çabaya, en yüksek alt boyut puanının olumsuz etkiye ait olduğu görüldü.
- Bireylerin, tanımlayıcı özelliklerden çalışma durumu, sağlık durumunu algılama, düzenli spor yapma, baston-yürüteç, tekerlekli sandalye kullanma durumu, KOAH evresi, daha önce acil servis başvurusu olma durumu ve KOAH nedeniyle cihaz kullanma durumuna göre KOAH Öz-Etkililik ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$).
- LCGYA ölçeği ve KOAH Öz-Etkililik ölçeği toplam puan ortalamaları arasında negatif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($p < 0,05$).

Çalışma, tek merkezde yürütülmesi ve örneklem sayısının sınırlı olmasına rağmen hastaların günlük yaşam aktiviteleri sırasında yaşadıkları dispne ve öz-etkililik düzeyleri hakkında önemli bulgular elde etmemizi sağladı.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler ortaya konulabilir;

- KOAH semptom yönetimine dair hastaların desteklenerek aktivite düzeyinin artırılması, dispne ile başatme yöntemlerinin geliştirilmesi, kişilerin öz-etkililiklerinin artırılacağı eğitim, plan ve programlarının geliştirilmesi, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesine olan inancın artırılması ve bu uygulamaların hemşirelik bakım hizmetlerine, evde bakım hizmetlerine ve hastalık yönetimine entegre edilmesi,
- KOAH'lı hastaların yaşadığı sorunların öz-etkililiğe etkisinin araştırılması,
- KOAH'lı hastalarda günlük yaşam aktiviteleri sırasında yaşanan dispne durumu ve öz-etkililik düzeylerini belirlediğimiz çalışmanın daha geniş bir örneklem grubu üzerinde yapılması ve araştırma sonuçlarının hasta bakımına yansıtılması önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

Abedi HA, Salimi S, Feizi A, Safari Vaghasloo S. Assessment of relationship between self-efficacy and self-care in COPD patients. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2012;10(1):68-74.

Abul Y, Özlü T. Kronik obstrüktif akciğer hastalığına karşı küresel girişim GOLD 2011: yeni rehberde neler değişti?. *Türkiye Klinikleri Arch Lung*. 2012;13:1-6.

Abul Y, Özlü T. Türkiye’de KOAH epidemiyolojisi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2013;1(1):7-12.

Adamek L, Jones P, Nadeau G, Banik N. GOLD 2011: combined COPD assessment of patients from the european health-related quality of life study. *European Respiratory Journal*. 2012;40:1644.

Adeloye D, Chua S, Lee C, Basquill C, Papan A, Theodoratou E, Nair H, Gasevic D, Sridhar D, Campbell H, Chan KY, Sheikh A, Rudan I, Global Health Epidemiology Reference Group (GHERG). Global and regional estimates of COPD prevalence: systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*. 2015;5(2):020415.

Agusti A, Soler JJ, Molina J, Munoz MJ, Garcia-Losa M, Roset M, Jones PW, Xavier Badia. Is the CAT Questionnaire Sensitive to change in Health status in patients with severe COPD exacerbations?. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2012;9:492-498.

Agusti A, Soriano JB. COPD as a systemic disease. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2008;5:133-138.

Akça Ay F. Kuram nedir? Mesleki kuramlar ve teorisyenler. İçinde: Akça Ay F, ed. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. 6. basım, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd.Şti.; 2015, s: 44-70.

Akgün D. Isparta il merkezinde KOAH öntanı prevelansı ve ilişkili faktörler. Türk Toraks Dergisi. 2013;14:43-47.

Akman A. Multipl Skleroz'lu Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirme Durumlarının Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Ankara (Danışman: Dr Öğr. Üyesi Sevinç Kutlutürkan).

Albayrak D. KOAH'lı Hastalara Yaşam Modeline Göre Verilen Hemşirelik Eğitiminin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Malatya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Funda Kavak).

Alcazar B, Garcia-Polo C, Herrejon A, Ruiz LA, de Miguel J, Ros JA, Garcia-Sidro P, Conde GT, Lopez-Campos JL, Martinez C, Costan J, Bonnin M, Mayoralas S, Miravittles M. Factors associated with hospital admission for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Archivos de Bronconeumologia. 2012; 48(3):70-76.

American Thoracic Society (ATS). Standards for The Diagnosis and Care of Patients with COPD. Am J Respir Crit Care Med 1995;152:77-121.

Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Türk Toraks Dergisi. 2009;10:63-68.

Arkan Erdoğan G. Fiziksel Aktivite ve Sağlık Durumunun Hastaneye Yatış Gerektiren KOAH Akut Alevlenmelerinin Seyri Üzerine Etkileri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2015, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Elif Şen).

Armitage CJ, Conner M. Social cognition models and health behaviour: a structured review. *Psychology and Health*. 2000;15(2):173-189.

Aryal S, Diaz-Guzman E, Mannino DM. Influence of sex on chronic obstructive pulmonary disease risk and treatment outcomes. *International Journal of COPD*. 2014;9:1145-1154.

Atam Taşdemir Z, Börekçi Ş, Demir T, Umut S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında solunum fizyoterapisi ve beslenmenin solunum fonksiyon testleri, efor kapasitesi ve yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*. 2009;40:129-35.

Athayde FTS, Mancuzo EV, Ferreira LCV, Vinhas LB, Correa RA. Association between contextual and clinical factors and disability in people with chronic obstructive pulmonary disease. *An International Journal of Physical Therapy*. 2019;10:1-8.

Aydın Demirağ SA. Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*. 2009;2:58-65.

Aydın G. Rehabilitasyon ve Bakım Merkezinde Bakım Alan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Basınç Yarası Risk Durumuna Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Kayseri (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Salime Mucuk).

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

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

Bal Özkaptan B, Kapucu S. KOAH'lı bireylerde öz-etkililiğin geliştirilmesinde evde bakımın önemi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2015;4(2):74-80.

Bal Özkaptan B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Öz-Bakım Modeline Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Öz-Etkililik Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Tezi, 2013, Ankara (Doç. Dr. Sevgisun Kapucu).

Bandura, A. Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist. 1982;37(2):122-147.

Bandura, A. Self-efficacy. İçinde: Ramachaudran VS, ed. Encyclopedia of Human Behavior, New York: Academic Press; 1994, s:71-81.

Başığit İ. KOAH patogenezi ve fizyopatolojisi. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni. 2010;1(1):114-118.

Bayrakçı, M. Sosyal öğrenme kuramı ve eğitimde uygulanması. SAÜ Eğitim Fakültesi Dergisi. 2007;14:198-210.

Beaumont M, Couturaud F, Jago F, Pichon R, Le Ber C, Peran L, Roge C, Renault D, Narayan S, Reyhler G. Validation of the French version of the london chest activity of Daily living scale and the dyspnea-12 questionnaire. International Journal of COPD. 2018;13:1399-1405.

Bentsen SB, Rokne B, Wentzel-Larsen T, Hendiksen AH, Wahl AK. The Norwegian version of the chronic obstructive pulmonary disease self-efficacy scale (CSES): a validation and Rreliability study. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2010;24(3):600-609.

Berry CE, Wise RA. Mortality in COPD: causes, risk factors and prevention. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2010;7:375-82.

Birol L. Hemşirelik Süreci. 10. basım. Berke Ofset Matbaacılık, İzmir; 2013, s:86-90.

Bisca GW, Proença M, Salomao A, Hernandes NA, Pitta F. Minimal detectable change of the london chest activity of daily living scale in patients with COPD. Journal of Cardiopulmoner Rehabilitation and Prevention. 2014;24(3):213-216.

Brashier BB, Kodgule R. Risk factors and pathophysiology of chronic obstructive disease (COPD). J Assoc Physicians India. 2012;60:17-21.

Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM, Gillespie S, Burney P, Mannino DM, Menezes AMB, Sullivan SD, Lee TA, Weiss KB, Jensen RL, Marks GB, Gulsvik A, Nizankowska-Mogilnicka E, on behalf of The BOLD Collaborative Research Group. International variation in the prevalence of COPD (The BOLD Study): a population-based prevalence study. 2007;370:741-750.

Buist AS, Volmer WM, Sullivan SD, Wiess KB, Lee TL, Menezes AMB, Crapo RO, Jensen RL, Burney PGJ. The burden of obstructive lung disease initiative (BOLD): rationale and design. Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2005;2:277-283.

Bülbül Y. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında uyku sorunları. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2013;1(1):80-85.

Büyükyılmaz F, Aştı T. Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009;12(2):84-93.

Carpes MF, Mayer AF, Simon KM, Jardim JR, Garrod R. The brazilian portuguese version of the london chest activity of daily living sclae for use in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Bras Pneumkol. 2008; 34:143-151.

Carvalho VO, Garrod R, Bocchi EA, Pitta F, Guimaraes GV. Validation of the london chest activity of Daily living scale in patients with heart failure. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2010;42:715-718.

Celli BR, Barnes PJ. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease *European Respiratory Journal* 2007;29:1224-1238.

Ceyhan YŞ, Ünsal A. Farklı hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2018;11(4),263-273.

Chi M, Gua S, Hwang S, Chou C, Lin C, Lin Y. Exposure to do indoor particulate matter worsens the symptoms and acute exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease patients of southwestern Taiwan: a piloy study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017; 14(4):1-11.

Choi JT, Seo JH, Ko MH, Park SH, Kim GW, Won YH. Validation of korean version of the london chest activity of daily living scale in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of Rehabilitation Medicine*. 2018;42(3):329-335.

Choudhury G, Rabinovich R, MacNee W. Comorbidities and systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Chest Med*. 2014;35(1):101-30.

Claire A, Catherine E, Graham F. Alignment between chronic disease policy and practice: case study at a primary care facility, *Plos One* 2014;105360:9-8.

Cooke, M., Moyle, W., Griffi, S., Shields, L. Outcomes of a home-based pulmonary maintenance program for individuals with COPD, a pilot study. *Contemporary Nurse*, 2009; 34(1):85-97.

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

Çalık Kütükcü E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Üst Ekstremitte Kas Kuvveti Eğitiminin Solunum ve Periferal Kas Kuvveti, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kardiyopulmoner ve Rehabilitasyon Programı, Doktora Tezi, 2014, Ankara (Danışmanı: Prof. Dr. Hülya Arıkan).

Çeçen D. Roper Logan ve Tierney'in Yaşam Aktiviteleri Bakım Modeli Doğrultusunda Ameliyat Öncesi Yaşlı Değerlendirme Formu'nun Geliştirilmesi ve Hemşirelik Bakımına Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İzmir (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Türkan Özbayır).

Çelik G, Kaya A, Çiledağ A. KOAH'da bronkodilatör tedavi ve destek tedavileri. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*. 2010;2(1):124-135.

Çevik Akyl R. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve Bakım. İçinde: Durna Z, ed. *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.; 2012, s:75-93.

Çil Akıncı A, Pınar R. Kronik obstrüktif akciğer hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yapma sırasında bağımlılık durumları ve etkileyen faktörler. *e-Journal of New World Sciences Academy*. 2011;6(1):9-18.

De Marco R, Accordini S, Marcon A, Cerveri I, Anto JM, Gislason T, Heinrich J, Janson C, Jarvis D, Kuenzli N, Leynaert B, Sunyer J, Svanes C, Wjst M, Burney P, for the european community respiratory health survey (ECRHS). Risk factors for

chronic obstructive pulmonary disease in a european cohort of young adults. *Am J Respir Crit Care Medicine*. 2011;183(7):891-897.

Decramer M, Janssens W, Miravitlles M. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2012;379:1341-1351.

Demir Akça, AS, Saraçlı Ö, Emre U, Atasoy N, Gdl S, Barut B.  Atasoy. Hastanede yatan yaşlılarda bilişsel işlevlerin günlük yaşam aktiviteleri, depresyon, anksiyete ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Nrpsikiyatri Arşivi*. 2014;51:267-274.

Demir E, Saatçioğlu , İmrol F. Uluslararası dergilerde yayımlanan eğitim araştırmaların normallik varsayımları açısından incelenmesi. *Curr. Res. Educ*. 2016;2(3):130-148.

Demir N. Preoperatif hazırlık-postoperatif bakım ve takip. İçinde: Sabuncu N, Akça Ay K, eds. *Klinik Beceriler: Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi*. 2. basım. İstanbul; Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. şti.; 2010, s:626-648.

Demir ř, zer Z. Kardiyovasküler hastalıklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *MN Kardiyoloji*. 2014;21:182-191.

Deveci F, Deveci SE, Trkoğlu S, Turgut T, Kirkil G, Rahman S, Aık Y, Muz MH. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Elazig, eastern Turkey. *Eur J Intern Med*. 2011;22(2):172-176.

Devine F. Chronic obstructive pulmonary disease: an overview. *American Health & Drug Benefits*. 2008;1:34-42.

Dignani L, Toccaceli A, Guarinoni MG, Petrucci C, Lancia L. Quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: an evolutionary concept analysis. *Nursing Forum*. 2015;50(3):201-213.

Dinç Horasan G. Kronik solunum yolu hastalıkları. İçinde: Ünal B, Ergör G, eds. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara: Anıl Matbaa Ltd. Şti.; 2013, s:234-249.

Drummond MB, Kirk GD. HIV-associated obstructive lung diseases: insights and implications for the clinician. *Lancet Respiratory Medicine*. 2014;2(7):583-592.

DunnGalvin A. Sex and gender differences in COPD: challenging. The Stereotypes. *Primary Care Respiratory Journal*. 2011;20(4):378-379.

Durutürk N, Arıkan H, Ulubay G, Tekindal MA. A comparison of calisthenic and cycle exercise training in chronic obstructive pulmonary disease patients: a randomized controlled trial. *Expert Review of Respiratory Medicine*. 2016;1(10):99-108.

Ekenler Ş. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Konya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Selda Arslan).

Emme C, Mortensen EL, Rydahl-Hansen S, Østergaard B, Phanareth K. Danish version of 'the COPD self-efficacy scale', translation and psychometric properties. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012;26:615-623.

Erdinç E, Polatlı M, Kocabaş A, Yıldırım N, Gürgün A, Saryal S, Köktürk N, Yarkın T, Kıyan E, Kunt Uzaslan E, Sevinç C, Çöplü L, Sayiner A, Günen H, Karakurt S, Erdinç M, Şen E, Umut S, Yılmaz V, Çımrın AH, Demir T. Türk toraks derneği kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanı ve tedavi uzlaşısı raporu. *Türk Toraks Dergisi*. 2010;11;5-64.

Fernández JL, Vázquez-Alarcón RL, Aguiar-Leiva V, Lobnig-Becerra M, LeivaFernández F, Barnestein-Fonseca P. Efficacy of an educational intervention in

primary health care in inhalation techniques: study protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. *Trials*. 2016;17:144-149.

Galban CJ, Han MK, Boes JL, Chungtai KA, Meyer CR, Johnson TD, Galban S, Rehemtulla A, Kazerooni EA, Martinez FJ, Ross BD. CT-based biomarker provides unique signature for diagnosis of COPD phenotypes and disease progression. *Nat. Medicine*. 2012;18(11):1711-1715.

Garrod R, Marshall J, Jones F. Self-efficacy measurement and goal attainment after pulmonary rehabilitation. *International Journal of COPD*. 2008;3(4):791-796.

Garrod R, Paul EA, Wedzicha JA. An evaluation of the reliability and sensitivity of the london chest activity of daily living scale (LCADL). *Respiratory Medicine*. 2002;96:725-730.

GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators. Global, regional and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990–2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *Lancet Respiratory Medicine*. 2017;5:691-706.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2019 report. 2019;1-139.

Gökçek Ö, Doğru Hüzmeli E, Katayıfçı N. Kronik obstruktif akciğer hastalarında dispnenin yaşam kalitesi ve depresyona etkisi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;10(1):84-88.

Gözüm S, Aksayan S. Öz-etkililik-yeterlilik ölçeği'nin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1999;2:21-32.

Guerra S, Stern DA, Zhou M, Sherrill DL, Wright AL, Morgan WJ, Martinez FD. Combined effects of parental and active smoking on early lung function deficits: a prospective study from birth to age 26 Years. *Thorax*. 2013;68:1021-1028.

Guertin KA, Gu F, Wacholder S, Freedman ND, Orestis AP, Reyes-Guzman C, Caporaso NE. Time to first morning cigarette and risk of chronic obstructive pulmonary disease: smokers in the PLCO cancer screening trial. *Plos One*, 2015;(5)18:1-11.

Güçlü H. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri. Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Yozgat (Danışman: Doç. Dr. Nazan Kılıç Akça).

Günay S, Günay E, Selçuk Sönmez Ö, Yılmaz Demirci N, Keyf Aİ, Şimşek C. KOAH tanılı hastalarda solunumsal maruziyetler ile hastalık arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2013;16(3):243-252.

Hacıhasanoğlu R, Gözüm S, Çapık C. Validity of the Turkish version of the medication adherence self-efficacy scale-short form in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2012;12:241-248.

Hanania NA, Mullerova H, Locantore NW, Vestbo J, Watkins ML, Wouters EFM, Rennard SI, Sharafkhaneh A, on behalf of the evaluation of COPD longitudinally to identify predictive surrogate endpoints (ECLIPSE) study investigators. Determinants of depression in the ECLIPSE chronic obstructive pulmonary disease cohort. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;183:604-611.

Hernandes NA, Teixeira Dde C, Probst VS, Brunetto AF, Ramos EM, Pitta F. Profile of the level of physical activity in the Daily lives of patients with COPD in Brazil. *Journal Brasileiro de Pneumologia*. 2009;35(10):949-956.

Higginson IJ, Bausewein C, Reilly CC, Gao W, Gysels M, Dzingina M, McCrone P, Booth S, Jolley CJ, Moxham J. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *Lancet Respiratory Medicine*. 2014;2:979-987.

Hoogendoorn M, Hoogenveen RT, Rutten-van Mólken M, Vestbo J, Feenstra TL. Case fatality of COPD exacerbations: a meta-analysis and statistical modelling approach. *Eur Respiratory Journal*. 2011;37(3):508-515.

Hoyert DL, Xu J. Deaths: preliminary data for 2011. *National Vital Statistics Reports*. 2012;61(6):1-51.

Hu G, Zhong N, Ran P. Air pollution and COPD in China. *Journal of Thoracic Disease* 2015;7(1):59-66.

Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, Locantore N, Müllerova H, Tal-Singer R, Miller B, Lomas DA, Agustí A, Manne W, Calverley P, Rennard D, Wouters EF, Wedzicha JA; evaluation of COPD longitudinally to identify predictive surrogate endpoints (ECLIPSE) investigators. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2010;363(12):1128-1138.

İnal İnce D, Savcı S, Çöplü L, Arıkan H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Toraks Dergisi*, 2005;6(1):31-36.

İstek N. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Öz-Bakım Gücüne Etkisi. *Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik, Yüksek Lisans Tezi*, 2016, Erzincan (Danışman: Doç.Dr. Papatya Karakurt).

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

Jimenez-Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Altet Gomez N, Lorza Blasco JJ, Signes-Costa Minana J, Solano Reina S, de Granda Orive JI, Ramos Pinedo A, Martinez Muniz MA, Barrueco Ferrero M. Treatment of smoking in smokers with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Bronconeumol*. 2013;49(8):354-363.

Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen W-H, Leidy NK. Development and first validation of the COPD assessment test. *Eur. Respiratory Journal*. 2009;34:648-654.

Kanervisto M, Vasankari T, Laitinen T, Heliövaara M, Jousilahti P, Saarelainen S. Low socioeconomic status is associated with chronic obstructive airway diseases. *Respiratory Medicine*. 2011;105:1140-1146.

Kankaya H, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;6(4):21-29.

Kapısız Ö, Eker F. Evaluation of the relationship between the levels and perceptions of dyspnea and the levels of anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2018;9(2):88-95.

Kar S. KOAH'lı Hastalarda Öz-Etkililiğin, Bakım Verenlerin Yükü ile İlişkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Neriman Zengin).

Kara D, Yıldız H. Dispne semptomunun değerlendirilmesinde dispne ölçeklerinin etkinlikleri ve kullanım sıklıkları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;2(1):137-149.

Kara Kaşıkçı M. Using self-efficacy theory to educate a patient with chronic obstructive pulmonary disease: a case study of 1- year follow-up. *International Journal Of Nursing Practice*. 2011;17:1-8.

Kara M, Aşti T. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının evde bakımı. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi. 2002;34:75-81.

Kara M, Mirici A. KOAH öz-etkililik türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi. 2002;34:61-66.

Kara M, Using the Roper, Logan and Tierney model in care of people with COPD. Journal of Clinical Nursing. 2007;16(7):223-233.

Kara M. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Bakım ve Eğitimin Öz-Etkililik Algısına Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik. Doktora Tezi, 2002, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Türkinaz Aşti).

Karadağ E, Derya Aksoy Y, Ucuzal M. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz-etkililik yeterlilik düzeyleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011;4(1);13-20.

Karagöz Y. SPSS 22 Uygulamalı Biyoistatistik. 1. basım. İstanbul; Nobel Akademik Yayıncılık. 2014, s:698.

Karakurt P, Ünsal A. Fatigue, anxiety and depression levels, activities of daily living of patients with chronic obstructive pulmonary disease. International Journal of Nursing Practice. 2013;19:221–231.

Karakurt P. Kayıp ve ölüm süreci. İçinde: Atabek Aşti T, Karadağ A, eds. Hemşirelik Esasları. Akademi Basın ve Yayıncılık. 1. basım. İstanbul; 2012, s:1155-1172.

Kartal L, Akkoyunlu ME. Klinikte KOAH: semptom ve fizik muayene. İçinde: Ulubay G, Yıldız Ö, eds. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Rota Tıp Kitabevi Ltd. Şti., Ankara; 2013, s:81-85.

Katajisto Milla M, Kupiainen H, Rantanen P, Lindqvist A, Kilpeläinen M, Tikkanen H, Laitinen T. Physical inactivity in COPD and increased patient perception of dyspnea. *International Journal of COPD*. 2012;7:743-755.

Kato DJ, Rodgers WM, Stickland MK, Haennel RG. Impact of peak oxygen uptake and muscular fitness on the performance of activities of daily living in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation Prevention*. 2012;32(6):400-404.

Katz PP, Gregorich S, Eisner M, Julian L, Chen H, Yelin E, Blanc PD. Disability in valued life activities among individuals with COPD and other respiratory conditions. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation Prevention*. 2010;30(2):126-136.

Katz S, Downs TD, Nakit IK, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970;10:20-30.

Katz, PP, Eisner MD, Yelin EH, Trupin Laura, Earnest G, Balmes J, Blanc PD. Functioning and psychological status among individuals with COPD. *Quality of Life Research*. 2005;14(8):1835-1843.

Kaya H, Özdemir Aydın G, Küçük L, Atabek Aşti T, Turan N, Pallos A, Dağtas Gülgün CP, Özdemir R. Self-efficacy level and patient satisfaction with healthcare in chronic obstructive pulmonary diseases. *International Journal of Medical Research and Health Sciences*. 2018;7(7):1-9.

Kaya N. Hemşirelik süreci hemşirelik tanılması. İçinde: Atabek Aşti T, Karadağ A. eds. *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı*. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul; 2012, s:140-147.

Keçecioglu A. KOAH Alevlenmeli Hastada CAT Skorlamasının Acil Servisten Yatış Kararına Etkisinin Değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi*, 2017, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Ayfer Keleş).

Kessler R, Partridge MR, Miravittles M, Cazzola M, Vogelmeier C, Leynaud D, Ostinelli J. Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-european crosssectional study. *Eur Respiratory Journal*. 2011;37:264-272.

Kılınç NÖ, Tezel A. An evaluation of self-efficacy and nicotine-addiction levels of smoker university students. *Health Medicine*. 2011;5(6):1613-1624.

Kızılcı S, Mert H, Küçükçüçlü Ö, Yardımcı T. Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin öz-etkililik düzeyinin cinsiyet açısından incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2015;8(2):95-100.

Klijn P, Legemaat M, Beelen A, Van Keimpema A, Garrod R, Bergsma M, Paterson B, Stuifzand A, Van Stel H. Validity, reliability and responsiveness of the Dutch version of the london chest activity of daily living scale in patients with severe COPD. *Medicine(Baltimore)*. 2015;94(49):1-7.

Kocabaş A, Atış S, Çöplü L, Erdinç E, Ergan B, Gürgün A, Köktürk N, Polatlı M, Şen E, Yıldırım N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) koruma, tanı ve tedavi raporu. *Türk Toraks Dergisi*. 2014:1-76.

Kocabaş A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*. 2010;1(2):105-113.

Kovelis D, Zabatiero J, Oldemberg N, Colange AL, Barzon D, Nascimento CHSC, Probst VS, Pitta F. Responsiveness of three instruments to assess self-reported functional status in patients with COPD. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2011;8:334-339.

Köktürk N, Gürgün A, Şen E, Kocabaş A, Polatlı M, Atış Naycı S, Çöplü L, Elmas F, Telliöglü E, Erdinç E. Türk toraks derneği'nin GOLD 2017 kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) raporuna bakışı. 2017;1-42.

Kömüs N, Albayrak S, Ellidokuz H, Çımırın AH. Mesleksel, çevresel maruziyetler ve akciğer sağlığı ilişkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2008;56(3):275-282.

Köşgeroğlu N, Mert Boğa S. Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli (YADHM)'ne göre zihinsel engelli bireylerin sorunları ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2011;4(1):148-154.

Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel B, Arasil T. Adaptation the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*. 2000;32(2):87-92.

Kütmeç Yılmaz C, Duru Aşiret G, Kapucu S. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında yorgunluğun günlük ve enstrümental yaşam aktiviteleri üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;20(2):114-121.

Lahaije AJ, Van Helvoort HA, Dekhuijzen PN, Heijdra YF. Physiologic limitations during daily life activities in COPD patients. *Respiratory Medicine*. 2010;104(8):1152-1159.

Laloo UG, Pillay S, Mingqibisa R, Abdool-Gaffar S, Ambaram A. HIV and COPD: a conspiracy of risk factors. *Asian Pacific Society of Respirology*. 2016;21:1166-1172.

Lange P, Celli B, Agustí A, Boje Jensen G, Divo M, Faner R, Guerra S, Marott JL, Martinez-Camblor, Meek P, Petersen H, Pinto-Plata V, Schnohr P, Sood A, Soriano JB, Tesfaigzi Y, Vestbo J. Lung-function trajectories leading to chronic obstructive pulmonary disease. *New England Journal of Medicine*. 2015;373(2):111-122.

Lawton MP, Brody EM. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of Daily living. *Gerontologist*.1969;9(3):179-186.

Lee, H., Lim, Y., Kim, S., Park, H. K., Ahn, J. J., Kim, Y., Lee, B. C. Predictors of low levels of self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease in South Korea. *Nursing and Health Sciences*. 2014;16:78–83.

Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *The Lancet*. 2012;380(9859):2224-2260.

Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K ve arkadaşları. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet*. 2012;380:2095-2128.

Mahoney F I, Barthel DW. Functional evaluation: the barthel index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*. 1965;14:61-65.

Martinez FJ, Han MK, Flaherty KF, Curtis J. Role of infection and antimicrobial therapy in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Expert Rev. Anti Infect. Ther*. 2006;4(1):101-124.

Mazzarin C, Kovelis D, Biazim S, Pitta F, Valderramas S. Physical inactivity, functional status and exercise capacity in COPD patients receiving home-based oxygen therapy. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2018;25:1-6.

Mejza F, Gnatiuc L, Buist AS, Vollmer WM, Lamprecht B, Obaseki DO, Nastalek P, Nizankowska-Mogilnicka E, Burney GJ, for the bold collaborators. Prevalence and burden of chronic bronchitis symptoms: results from the bold study. *Eur Respir J*. 2017;50:1700621.

Menezes AM, Wehrmeister FC, Perez-Padilla R, Viana KP, Soares C, Müllerova H, Valdivia G, Jardim JR, Montes de Oca M. The PLATINO study: description of the distribution, stability and mortality according to the global initiative for chronic obstructive lung disease classification from 2007 to 2017. *International Journal of COPD*. 2017;(12):1491-1501.

Menezes AMB, Perez-Padilla R, Jardim JRB, Muino A, Lopez MV, Valdivia G, Montes de Oca M, Talamo C, Hallal PC, Victora CG for the platino team. Chronic obstructive pulmonary disease in five latin american cities (the platino study): a prevalence study. *Lancet*. 2005;366:1875-1881.

Mermit Çilingir B. Hava kirliliği ve akciğer. *J.Contemp. Med*. 2016;6:131-137.

Met S. Obstrüktif Akciğer Hastalarında London Chest Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliğinin ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Sema Savcı).

Miravitles M, Calle M, Soler-Cataluña JJ. Clinical phenotypes of COPD: identification, definition and implications for guidelines. *Archivos de Bronconeumologia*. 2012;48(3):86-98.

Miravittles M, Cantoni J, Naberan K. Factors Associated with a low level of physical activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Lung*. 2014;192(2):259-265.

Miravittles M, Izquierdo I, Herrejon A, Torres JV, Baro E, Borja J, on behalf of the ESFERA investigators COPD. Severity score as a predictor of failure in exacerbations of COPD. The ESFERA study. *Respiratory Medicine*. 2011;105:740-747.

Miravitlles M, Soriano JB, Garcia-Rio, F, Munoz L, Duran-Tauleria E, Sanchez G, Sobradillo V, Ancochea J. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax*. 2009;64(10):863-868.

Muz Uçakan G, Zincir H, Zarasız G. Tip II diabetes mellituslu bireylerde benlik saygısı ve öz-etkililik düzeyleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Science*. 2015;7(1):29-37.

Ng WI, Smith GD, Effects of a self-management education program on self-efficacy in patients with COPD: a mixed-methods sequential explanatory designed study. *International Journal of COPD*. 2017;12:2129-2139.

Ohar J, Fromer L, Donohue JF. Reconsidering sex-based stereotypes of COPD. *Primary Care Respiratory Journal*. 2011;20(4):370-378.

Okut G. KOAH'lı Bireylerin İnhaler Tedavi, Solunum Egzersizi ve Öksürük Egzersizlerine Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. *Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik, Yüksek Lisans Tezi*, 2011, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Aygül Akyüz).

Olgun N, Eti Aslan F, Çil Akıncı A, Toraks ve alt solunum sistemi hastalıkları. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F. eds. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 3. basım, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Ankara; 2014, s:341-385.

Özbek Yazıcı S, Kalaycı I. Yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*. 2015;3(3):385-390.

Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013;1(1):57-72.

Özoğlu Aytaç S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına (KOAHA) Verilen İnhaler Eğitiminin Hastaların Yorgunluk Düzeylerine, Günlük Yaşam Aktivitelerine ve Solunum Fonksiyon Testlerine Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Gaziantep (Danışman: Doç. Dr. Serap Parlar Kılıç).

Özpulat F, Yıldırım A. Kronik solunum sistemi hastalığı olan hastaların hastalıkları ile başetme yöntemleri ve sağlık eğitimi gereksinimleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2014; 23(4):4-11.

Özsoy İ, Özcan Karaduman B, Acar S, Özalevli S, Akkoçlu A, Savcı S. Factors influencing activities of daily living in subjects with COPD. Respiratory Care. 2019;64(2)189-195.

Özsoy İ. Farklı Evre Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Fonksiyonel Kapasitelerinin Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Sema Savcı).

Pauwels RA, Buist AS, Calverley PMA, Jenkins CR, Hurd SS, on behalf of the GOLD Scientific Committee. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop summary. Am J Respir Crit Care Med. 2001;163:1256-1276.

Peinado VI, Pizarro S, Barbera JA. Pulmonary vascular involvement in COPD. Chest 2008;134:808-814.

Pelegriño NR, Tanni SE, Amaral RA, Angeleli AY, Correa C, Godoy I. Effects of active smoking on airway and systemic inflammation profiles in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Med Sci. 2013;345(6):440-445.

Piquet J, Chavaillon JM, David P, et al. High-risk patients following hospitalisation for an acute exacerbation of COPD. *Eur Respir J*. 2013;42(4):946-955.

Pitta F, Probst VS, Kovelis D, Segretti NO, Leoni AMT, Garrod R, Brunetto AF. Validation of the portuguese version of the london chest activity of daily living scale (LCADL) in chronic obstructive pulmonay disease patients. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 2008;14(1):27-47.

Polatlı M, Bilgin C, Şaylan B, Başlılar Ş, Toprak E, Ergen H. ve arkadaşları. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının günlük yaşam aktivitelerine etkilerini araştırmaya yönelik kesitsel gözlem çalışması: KOAH'la yaşam çalışması. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2012;60(1):1-12.

Price D, Crockettb A, Arneç M, Garbed B, Jonese R, Kaplanf A, Langhammerg A, Williamsh S, Yawni B. Spirometry in primary care case-identification, diagnosis and management of COPD. *Primary Care Respiratory Journal*. 2009;18(3):216-223.

Price D, West D, Brusselle G, Gruffydd-Jones K, Jones R, Miravittles M, Rossi A, Hutton C, Ashton VL, Stewart R, Bichel K. Management of COPD in the UK primary-care setting: an analysis of real-life prescribing patterns. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2014;9:889-904.

Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist A, Calverley YF, Jenkins C, Rodriguez-Roisin R, Van Weel C, Zielinski J. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Gold executive summary. *Am. J. Respir Crit Care Med*. 2007;176:532-555.

Raherison C, Girodet PO. Epidemiology COPD. *Eur Respiratory Rev*. 2009;18(114):213-221.

Reardon JZ, Lareau SC, ZuWallack R. Functional status and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *The American Journal of Medicine*. 2006;119(10):32-37.

Reilly CC, Bausewein C, Garrod R, Jolley CJ, Moxham J, Higginson IJ. Breathlessness during daily activity: the psychometric properties of the london chest activity od daily living scale in patients with advanced disease and refractory breathlessness. *Palliative Medicine*. 2017;31(9):868-875.

Rodriguez Gonzalez- Moro JM, Ramos Pde L, Alonso JLI, Ballesteros BL, Diaz EA, Ribera X, Martin A. Impact of COPD severity on physical disability and daily living activities: EDIP-EPOC I and EDIP-EPOC II studies. *The International Journal of Clinical Practice*. 2009;63(5):742-750.

Rodriguez-Roisin R, Rabe KF, Vestbo J, Vogelmeier C, Agusti A, all previous and current members of the science committe and the voard of directors of GOLD. GOLD 20th anniversary: a brief history of time. *Eur Respir J*. 2017;50:1700671.

Roper N, Logan WW, Tierney AJ. *The Roper Logan Tierney Model of Nursing. Based on Activities of Living*. 1. basim. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone/Elsevier; 2000. s:1-180.

Rozenberg D, Mathur S, Wickerson L, Chowdhury NA, Singer LG. Frailty and clinical benefits with lung transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*. 2018; 37(10):1245-1253.

Russi EW. Alpha-1 antitrypsin now available, but do we need it? *Swiss Medical Weekly*. 2008;138(13-14):191-196.

Rutten EP, Calverley PM, Casaburi R, Agusti A, Bakke P, Celli B, Coxson HO, Crim C, Lomas DA, Macnee W, Miller BE, Rennard SI, Scanlon PD, Silverman EK, Tal-Singer R, Vestbo J, Watkins ML, Wouters EF. Changes in body composition in

patients with chronic obstructive pulmonary disease: do they influence patient-related outcomes? *Annals of Nutrition & metabolism* 2013;63(3):239-247.

Sakao S, Voelkel NF, Tatsumi K. The vascular bed in COPD: pulmonary hypertension and pulmonary vascular alterations. *Eur Respir Rev.* 2014;23:350-355.

Salepçi BM, Havan A, Fidan A, Kırıl N, Saraç G. Sigara bırakma polikliniğinin KOAH ve küçük hava yolu hastalığının erken tespitine katkısı. *Solunum* 2013;15(2):100-104.

Salvi SS, Barnes PJ. Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers. *Lancet.* 2009;29:374(9692):733743.

Sant'Anna T, Donaria L, Furlanetto KC, Morakami F, Rodrigues A, Grosskreutz T, Hernandez NA, Gosselink R, Pitta F. Development, validity and reliability of the londrina activities of daily living protocol for subjects with COPD. *Respiratory Care.* 2017;62(3):288-297.

Saryal SB. Kronik Obstrüktif akciğer hastalığı fizyopatolojisi. İçinde: Umut S, Erdiñç E, eds. Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, 1. basım, Bursa: Türk Torak Derneği Yayınları; 2008, s:60-70.

Selen F, Kav S. Determining the needs, caregiving burden and associated factors in primary caregivers of patients with chronic obstructive pulmonary diseases. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi.* 2014;16(1):12-22.

Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, Paoletti P, Gibson J, Howard P, Yernault JC, Decramer M, Higenbottam T, Postma DS, Rees J, on behalf of the task force. Optimal assesment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Eur Respir J.*1995;8:1398-1420.

Simon KM, Carpes MF, Corrêa KS, dos Santos K, Karloh M, Mayer AF. Relationship between daily living activities (adl) limitation and the BODE index in

patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Rev Bras Fisioter.* 2011;15(3):212-218.

Singanayagam A, Schembri S, Chalmers JD. Predictors of mortality in hospitalized adults with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Am Thorac Soc.* 2013;10(2):81-89.

Singh S. Approaches to outcome assessment in pulmonary rehabilitation. *Clinical Chest Medicine.* 2014;35(2):353–361.

Song, HY, Nam KA. Psychometric properties of the korean version of the pulmonary rehabilitation adapted index of self-efficacy (PRAISE) for individuals with COPD. *International Journal of COPD.* 2017;12:2611–2620.

Stanford RH, Stemkowski S, Li Y. Assessing the COPD treatment ratio (CTR) performance to predict COPD exacerbations in a medicare part D population. *Am J. Respir. Crit. Care Med.* 2017;195 A1408-A.

Stellefson M, Tennant B, Chaney JD. A critical review of effects of COPD self-management education on self-efficacy. *International Scholarly Research Network Public Health.* 2012;1-10.

Süerdem M, Çalikoğlu M. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı. İçinde: Dalar L, Süerdem M, Öztürk C, Saygı A, eds. *Tıp Eğitiminde Göğüs Hastalıkları.* 1. Basım, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2015, s:173-176.

Şahin F, Yılmaz F, Özmaden A, Kötevoğlu N, Şahin T, Kuran B. Reliability and validity of the Turkish version of the Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale. *Aging Clin Exp Res.* 2008;20(5):1-6.

Şit A. Kardiyoloji Kliniğinde Kullanılan NANDA Hemşirelik Tanılarının Yaşam Modeline Göre İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik, Yüksek Lisans Tezi, 2017, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Leman Şenturan).

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017). Ankara: Anıl Matbaa Ltd. Şti.; 2014; s:1-49.

Taşdemir FC. Egzersiz Eğitimi Uygulanan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Nöromusküler Elektrik Stimülasyonunun Sağlık Statüsü ve Fonksiyonel Kapasiteye Etkilerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kardiyopulmoner Rehabilitasyon Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Deniz İnal İnce).

Tel Aydın H, Tok Yıldız F, Karagözoğlu Ş, Özden D. Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: fenomenolojik çalışma. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2012;20(3):177-183.

Tertemiz KC, Kömüs N, Ellidokuz H, Sevinç C, Çımrın AH. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında mortalite ve mortaliteyi etkileyen faktörler. Tuberk Toraks. 2012;60(2):114-122.

Tülek B. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tedavisi. Türkiye Klinikleri Journal Pulmonary Medicine-Special Topics. 2010;3(1):52-59.

Tülüce D, Kutlutürkan S, Çetin N, Köktürk N. Hasta koçluğunun kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) ile izlenen hastaların dispne, öksürük ve balgam semptomları üzerine etkisi: pilot bir çalışma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5(2):32-41.

Türk G, Üstün R. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olan bireylerin Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2018;11(1):19-25.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm nedeni istatistikleri, 2010, 2011, 2012. TÜİK Haber Bülteni. 2013; Sayı: 15847.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm nedeni istatistikleri, 2018. TÜİK Haber Bülteni. 2018; Sayı: 30701.

Türkmen E. Kronik hastalıklar ve önemi. İçinde: Durna Z, ed. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.; 2012, s:37-49.

Ulubay G, Görek Dilektaşlı A, Börekçi Ş, Yıldız Ö, Kıyan E, Gemicioğlu B, Saryal S. Turkish thoracic society consensus report: interpretation of spirometry. Turk. Thorac J. 2019;20(1):69-89.

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

Üstün R. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerin Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Aydın (Danışman: Doç. Dr. Güleğün Türk).

Varol Y, Anar C, Usta L, Balcı G, Özacar R. Sık atak geçiren KOAH hastalarında küçük hava yollarının önemi. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi. 2014;28(1):15-22.

Velloso M, Jardim JR. Functionality of patients with chronic obstructive pulmonary disease: energy conversation techniques. J Bras Pneumol. 2006;32:580-586.

Wang Y, Zang XY, Bai J, Liu SY, Zhao Y, Zhang Q. Effect of a health belief model-based nursing intervention on chinese patients with moderate to 78 severe chronic obstructive pulmonary disease, a randomised controlled trial. Journal of Clinical Nursing. 2013; 23:1342-1353.

Wigal JK, Creer TL, Kotses H. The COPD self-efficacy scale. *Chest*. 1991;99(5):1193-1196.

Williams BC. The roper-logan-tierney model of nursing. *Crit Care*, 2017;12(1):17-20.

Williams BC. The Roper-Logan-Tierney model of nursing: a framework to complement the nursing process. *Nursing*. 2015;45(3)24-26.

Williams, V, Bruton, A, Ellis-Hill, C, McPherson, K. What really matters to patients living with chronic obstructive pulmonary disease? an exploratory study. *Chronic Respiratory Disease*, 2007;4:77-85.

World Health Organization (WHO). Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva. 2011.

World Health Organization (WHO). Global status report on non-communicable diseases 2014. Geneva. 2015.

World Health Organization (WHO). Global status report on non-communicable diseases 2016. Geneva. 2018.

Yakışan A, Özbudak Ö, Çilli A, Candan Ö, Özdemir T. KOAH'lı kadın hastalardaki risk faktörleri. *Dicle Tıp Dergisi*. 2006;224:215-219.

Yalçın A, Kaya A. KOAH'da yaşamın son günleri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2013;1:143-151.

Yardım N. Yaşlanma ve kronik hastalıklar. İçinde: Aslan D, Ertem M, eds. *Türkiye Perspektifi. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler*. 1. basım; Ankara; 2012, p:60-68.

Yardımcı AE. İstanbul'da Yaşayan Yaşlı Öğretmenlerin Sağlık Sonuçlarının Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlişkisi, İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 1995, İstanbul.

Yıldırım D. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerini Yapabilme Durumları. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Sivas (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nuran Güler).

Yin P, Jiang CQ, Cheng KK, Lam TH, Lam KH, Miller MR, Zhang WS, Thomas GN, Adab P. Passive smoking exposure and risk of COPD among adults in china: the guanzgzhou biobank cohort study. *Lancet*. 2007;370:751-757.

Yorgancıoğlu A, Polatlı M, Aydemir Ö, Yılmaz Demirci N, Kırkıl G, Naycı Atış S, Köktürk N, Uysal A, Akdemir SE, Özgür AS, Günakan G. KOAH değerlendirme testinin türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Tuberk. Toraks Dergisi*. 2012;60(4):314-320.

9. EKLER

Ek-1. Tanımlayıcı Bilgi Formu

ACİLE BAŞVURAN KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARININ AKTİVİTEYE BAĞLI DİSPNE DURUMLARI VE ÖZ-ETKİLİLİKLERİ

Bu çalışma, acil servise başvuran kronik obstrüktif akciğer hastalarının aktivitelerine bağlı dispne durumları ve öz-etkililiklerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Anketi dolduranların kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Anketi doldurma işi tamamen gönüllülük esasına göre olacaktır. Size uygun olan seçeneğin başındaki sayıyı daire içine alınız. Desteyiniz için teşekkür ederiz.

Hemşire Elif Tuğba UYGUN
Dr. Öğr. Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK

- 1) Doğum Yılıınız
- 2) Cinsiyetiniz
 1. Kadın
 2. Erkek
- 3) Öğrenim düzeyiniz nedir?
 1. Okur- yazar değil
 2. Okur-yazar
 3. İlkokul mezunu
 4. Ortaokul mezunu
 5. Lise mezunu
 6. Üniversite mezunu (Yüksekokul- Fakülte)
- 4) Medeni durumunuz nedir?
 1. Bekâr (hiç evlenmemiş)
 2. Bekâr (Dul-eşini kaybetmiş)
 3. Bekâr (Boşanmış)
 4. Evli
- 5) Çocuğunuz/çocuklarınız var mı?
 1. Var (Sayısı.....)
 2. Yok
- 6) Şu an yaşadığınız yer:
 1. Kırsal alan (Yaşadığı İl:.....)
 2. Kentsel alan (Yaşadığı İl:.....)
- 7) Mesleğiniz:
- 8) Çalışma durumunuz nedir?
 1. Çalışıyor
 2. Çalışmıyor
- 9) Ekonomik durumunuz nasıldır?
 1. Gelirim giderimden fazla
 2. Gelirim giderime denk
 3. Gelirim giderimi karşılamıyor
- 10) Sosyal güvenceniz nedir?
 1. Emekli Sandığı
 2. Bağkur
 3. SSK
 4. Özel Sigorta
 5. Yeşil kart
 6. Sağlık güvencem yok
- 11) Evinizin ısıtma şekli nasıldır?
 1. Soba
 2. Kalorifer-doğalgaz
 3. Diğer
- 12) Sağlık durumunuz sizce nasıl?
 1. İyi
 2. Orta
 3. Kötü

- 13) Tanı konulan hastalıklarınız nelerdir?
(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Hastalığım yok
 2. KOAH
 3. Kalp hastalığı
 4. Hipertansiyon
 5. Diyabet (şeker hastalığı)
 6. Böbrek hastalığı
 7. Anemi
 8. Kanser
 9. Diğer (Yazınız).....
- 14) Tedaviniz gereği düzenli ve doğru olarak ilaçlarınızı kullanıyor musunuz?
1. Evet
 2. Hayır
(Nedenini yazınız.....)
- 15) Sigara kullanıyor musunuz?
1. Kullanmıyorum
(Kaç yıl önce:.....
(Ne kadar süre kullandınız?)
(.....))
 2. Bıraktım
(Kaç yıldır?/yıl)
 3. Kullanıyorum
(Kaç yıldır?/yıl)
- 16) Düzenli spor yapıyor musunuz?
(Yürüyüş, egzersiz vb.)
1. Evet (Yazınız.....)
 2. Hayır
- 17) Sürekli olarak kullandığınız bir alet var mı?
1. Yok
 2. Var
(Lütfen kullandığınız aleti aşağıdaki seçenekler üzerinde işaretleyiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- I. Gözlük
 - II. İditme cihazı
 - III. Takma diş
 - IV. Baston-yürüteç
 - V. Tekerlekli sandalye
- 18) Evde bakımından sorumlu olduğunuz birisi var mı?
1. Hayır
 2. Evet
(Lütfen kimler olduğunu aşağıdaki seçenekler üzerinde işaretleyiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- I. Eşiniz
 - II. Anneniz
 - III. Babanız
 - IV. Çocuklarımız
 - V. Torunlarımız
 - VI. Diğer.....
- 19) Kaç yıldır KOAH hastalığına sahipsiniz?
(.....)
- 20) KOAH hastalık evresi nedir? (Hasta kayıtlarından alınacak)
1. Evre 1 (Hafif)
 2. Evre 2 (Orta)
 3. Evre 3 (Ağır)
 4. Evre 4 (Çok Ağır)
- 21) Nefes Darlığı (KOAH atağı) ne sıklıkla yaşıyorsunuz?
(Son 1 yılda)
1. Yaşamıyorum
 2. Gün/Hafta/Ay/Yıl
- 22) Bir önceki nefes darlığını (KOAH atağı) ne zaman geçirdiniz?
.....Saat/Gün/Hafta/Ay/Yıl önce)
- 23) KOAH hastalığınız nedeniyle daha önce hastaneye yatarak tedavi gördünüz mü?
1. Hayır
 2. Evet
- 2.1. Son 1 yılda KOAH nedeniyle kaç kez hastaneye yattınız?
 - 2.2. KOAH nedeniyle en son ne zaman hastaneye yattınız?
 - 2.3. KOAH nedeniyle en son hastaneye yatışınızda ne kadar kaldınız?

- 24) Hastalığınız süresince KOAH hastalığına bağlı sıkıntılarınızda (nefes darlığı... vb.) artış nedeniyle Acil Servis birimine geldiniz mi?
1. Hayır
2. Evet
2.1. Son 1 yılda KOAH nedeniyle kaç kez acil servise başvurduunuz?
.....
2.2. KOAH nedeniyle en son ne zaman acil servise başvurduunuz?
.....
- 25) Derin nefes egzersizi yapmayı biliyor musunuz?
1. Hayır
2. Evet
(Lütfen nasıl yaptığınızı gösteriniz)
2.1. Yapabiliyor
2.2. Yapamıyor
- 26) Öksürük egzersizi yapmayı biliyor musunuz?
1. Hayır
2. Evet
(Lütfen nasıl yaptığınızı gösteriniz)
2.1. Yapabiliyor
2.2. Yapamıyor
- 27) Hastalığınız için evinizde kullandığınız cihaz var mı?
1. Hayır
2. Evet
(Lütfen hangi cihazlar olduğunu aşağıdaki seçenekler üzerinde işaretleyiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
I. Oksijen tüpü
II. Oksijen konsantratör
III. Nebülizatör
IV. CPAP/BPAP
V. Diğer
- 28) Nefes darlığınızı arttıran durumlar nelerdir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)
I. Sigara dumanı
II. Soğuk hava
III. Allerjenler
IV. Kirli hava
V. Stres
VI. Aktivite ve efor
VII. Diğer (Yazınız.....)
- 29) Nefes darlığı (KOAH atağı) yaşamak size ne hissettiriyor? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Göğüste yanma
2. Boğulma hissi
3. Göğüs kafesini sıkıştıran şerit hissi
4. Ölüm korkusu
5. Umutsuzluk
6. Aniden panik duygusu
7. Huzursuzluk
8. Diğer (Yazınız.....)
- 30) Akut atak sırasında solunumu düzenlemeye yönelik olarak uygulamalarınız nelerdir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Solunumu kontrol altında tutmaya çalışmak
2. Nefes açıcı ilaçtan ilave doz almak
3. Burundan nefes alıp, dudakları büzerek nefes vermek
4. Oksijen kullanmak
5. Hemen 112'yi aramak
6. Diğer (Yazınız.....)

Ek-2. London Chest Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Lütfen bize aşağıdaki aktiviteleri yaparken ne kadar nefes darlığı çektiğinizi anlatın. Bu anket nefes darlığı yüzünden yapamadığınız aktiviteler olup olmadığını ve hala yaptığınız aktivitelerin nefes darlığınızı nasıl etkilediğinin belirlenmesi için yapılmıştır. Bütün cevaplar gizli kalacaktır.

Lütfen dikkatlice okuyun ve aktivitenin yanındaki en uygun numarayı işaretleyin.

	Hiç yapmadım	Nefes darlığına neden olmaz	Biraz nefes darlığı çekiyorum	Çok nefes darlığı çekiyorum	Bunu hiçbir şekilde yapamıyorum	Bunu yapmak için birisine ihtiyaç duyuyorum
KİŞİSEL BAKIM						
Kurulanmak	0	1	2	3	4	5
Üst bedeni giyinmek	0	1	2	3	4	5
Ayakkabı/çorap giymek	0	1	2	3	4	5
Saç yıkamak	0	1	2	3	4	5
EV İŞLERİ						
Yatak yapmak	0	1	2	3	4	5
Çarşaf değiştirmek	0	1	2	3	4	5
Pencere/perde yıkamak	0	1	2	3	4	5
Temizlemek/toz almak	0	1	2	3	4	5
Bulaşık yıkamak	0	1	2	3	4	5
Süpürmek	0	1	2	3	4	5
FİZİKSEL						
Merdiven çıkmak	0	1	2	3	4	5
Eğilmek	0	1	2	3	4	5
BOŞ VAKİT						
Ev içinde yürümek	0	1	2	3	4	5
Sosyal olarak dışarı çıkma	0	1	2	3	4	5
Konuşmak	0	1	2	3	4	5

Nefes Darlığınız Günlük Yaşam Aktivitelerinizde Sizi Nasıl Etkiler?

Çok

Biraz

Hiç

Ek-3. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği

Aşağıda numaralanmış her bir seçeneği okuyun ve bu maddelerde belirtilen durumlarda nefes darlığı ile baş etmede veya nefes darlığını önlemede ne kadar yeterli olduğunuzu belirleyin. Yanıtlarınız için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyin.

Nefes darlığı ile baş etmede veya nefes darlığını önlemede;					
	Çok yeterliyim	Oldukça yeterliyim	Biraz yeterliyim	Çok az yeterliyim	Yetersizim
1. Çok yorgun olduğumda	1	2	3	4	5
2. Hava nemli olduğunda	1	2	3	4	5
3. Ilık bir ortamdan soğuk bir ortama çıktığımda	1	2	3	4	5
4. Üzüldüğümde	1	2	3	4	5
5. Merdivenleri çok hızlı çıktığımda	1	2	3	4	5
6. Nefes darlığımı inkar ettiğimde	1	2	3	4	5
7. Sigara içilen ortamlarda bulunduğumda	1	2	3	4	5
8. Kızdığımda	1	2	3	4	5
9. Egzersiz yaptığımda ya da bedenen kendimi zorladığımda	1	2	3	4	5
10. Yaşamım konusunda endişelendiğimde	1	2	3	4	5
11. Cinsel iktidarsızlık hissettiğimde	1	2	3	4	5
12. Hayal kırıklığına uğradığımda	1	2	3	4	5
13. Ağır bir şey kaldırdığımda	1	2	3	4	5
14. Biri benden uzaklaştığımda	1	2	3	4	5
15. Bağırduğumda ya da çığlık attığımda	1	2	3	4	5
16. Yatağa yattığımda	1	2	3	4	5
17. Çok sıcak ya da çok soğuk bir ortamda bulunduğumda	1	2	3	4	5
18. Çok fazla güldüğümde	1	2	3	4	5
19. Perhize uymadığımda	1	2	3	4	5
20. Çaresiz olduğumda	1	2	3	4	5
21. Alkol almadığımda	1	2	3	4	5
22. Enfeksiyon/bulaşıcı hastalığım olduğunda (boğaz enfeksiyonu, sinüzit, soğuk algınlığı..)	1	2	3	4	5
23. Herkesten ve her şeyden uzaklaştığımda	1	2	3	4	5
24. Endişeli olduğumda	1	2	3	4	5
25. Kirlili havalarda	1	2	3	4	5
26. Fazla yemek yediğimde	1	2	3	4	5
27. Bitkin düştüğümde/bunaldığımda	1	2	3	4	5
28. Normal nefes alıp veremediğimde	1	2	3	4	5
29. Havasız bir odada hareket yaptığımda	1	2	3	4	5
30. Korktuğumda	1	2	3	4	5
31. Değerli bir eşyayı ya da sevdiğim birini kaybettiğimde	1	2	3	4	5
32. Evde bir sorun olduğunda	1	2	3	4	5
33. Yetersizlik hissettiğimde	1	2	3	4	5
34. Acele ettiğimde ya da telaşlandığımda	1	2	3	4	5

Ek-4. Bilgilendirme Formu

Değerli Katılımcı,

‘Acile Başvuran Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Aktiviteye Bağlı Dispne Durumları ve Öz-Etkililikleri’ başlıklı araştırma, acil servise başvuran KOAH hastalarının günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken yaşadıkları dispne durumlarını ve öz-etkililiklerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Anket formunu sizinle birlikte yüz yüze dolduracağız. Anket uygulanması için gerekli süre ortalama olarak 20-30 dakikadır. Çalışmaya katılma, katılmama ya da istediğiniz zaman çıkma hakkına sahipsiniz. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili sizden herhangi bir para talep edilmeyecek veya size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmanın sağlıklı sonuçlara ulaşması ve sonuçlardan yararlanılabilmesi için cevaplarınızın kişisel görüş ve düşüncelerinizi yansıtması çok önemlidir. Cevaplarınız ve kimliğiniz gizli tutulacaktır.

Aşağıda ihtiyaç duyduğunuzda bize ulaşmanızı sağlayacak bilgiler yer almaktadır. İlginiz ve yardımlarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Saygılarımızla.

Dr. Öğr. Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK

Hemşire Elif Tuğba UYGUN

Katılımcı

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

İletişim:

Hemşire Elif Tuğba UYGUN (0 539 505 26 37)

Ek-5. Onam Formu

‘Acile Başvuran Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Aktiviteye Bağlı Dispne Durumları ve Öz-Etkililikleri’ başlıklı araştırmanın amacı, süresi, kullanılacak veri toplama araçları ve benimle ilgili her türlü bilginin gizli tutulacağı konusunda bilgilendirildim. Çalışmaya katılma, katılmama hakkına sahip olduğum bana iletildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili benden herhangi bir para talep edilmeyeceği belirtildi. Yukarıda yapılan tüm açıklamaları okudum ve anlamış bulunmaktayım. Adı geçen bu araştırma projesinde katılımcı olarak yer alma kararı aldım. Bu araştırmaya katılmayı memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmacılar:

Dr. Öğr. Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK

Hemşire Elif Tuğba UYGUN(0 539 505 26 37)

Ek-6. Etik Kurul Onayı



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu

PROJENİN ADI : Acile Başvuran Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Aktiviteye Bağlı Dispne Durumları ve Öz-Etkililikleri
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Dr. Öğr. Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR : Elif Tuğba UYGUN
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 07.05.2018-142

Sayın; Dr. Öğr. Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK

142 protokol nolu "Acile Başvuran Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Aktiviteye Bağlı Dispne Durumları ve Öz-Etkililikleri" isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. Göksel ŞENER
Komisyon Başkanı

Doç.Dr. Pınar MEGA TİBER

Prof. Dr. Dilşad SAVE

Prof. Dr. Hülya AŞCI

Prof. Dr. Tuğba TUNALI AKBAY

Prof. Dr. Nefise BAHÇECİK

Prof. Dr. Hakkı ARIKAN

Doç. Dr. Gürkan SERT

Doç. Dr. İlksan DEMİRBÜKEN

Doç. Dr. M. Ümit UĞURLU

Doç. Dr. Betül OKUYAN

Av. Funda IŞIK ÖZCAN



Marmara Üniversitesi Çiğdemçe
Kampüsü Sağlık Bilimleri
Enstitüsü 34688 Kadıköy /
İSTANBUL

0 (216) 414 44 23/12 (Faks)
0 (216) 414 44 23

sağlık.ogrenci@marmara.edu.tr
http://sağlık.marmara.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için:

Ek-7. Kurum İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sultan Abdülhamid Han Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SULTAN ABDÜLHAMİD HAN
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - SULTAN
ABDÜLHAMİD HAN EAH EĞİTİM VE AR. GE. BİRİMİ
25066/2018/14.32 - 54230385 - 604.01 - E.79



Sayı : 54230385-604.02
Konu : Elif Tuğba UYGUN (Tez Çalışması)
Hk.

SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 13/06/2018 tarihli ve 16867222-799-1950 sayılı yazı

İgide kayıtlı yazı ile; Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Elif Tuğba UYGUN'un, " Acile Başvuran Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Aktiviteye Bağlı Dispne Durumları ve Öz Etklilikleri "başlıklı tez çalışmasını, hastanemizde yapma talebi tarafımıza iletilmiştir.

Söz konusu çalışmanın, hastanemizde yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Ali Rıza ODABAŞ
Başhekim

Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim ve Ar-Ge Birimi

Faks No:

e-Posta: yasemin.omurdurmus@saglik.gov.tr İnt. Adresi:

yasemin.omurdurmus@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 58cde318-68a1-4ebb-b2e2-f8b5f3a5ec58 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Yasemin ONUR DURMUŞ

Unvan: HEMŞİRE

Telefon No: 02165422020-3142-3143

Ek-8. London Chest Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği İzni

London Chest Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği hk.

Gelen Kutusu x



Elif Tuğba UYGUN <eliftugb9@gmail.com>

19 Nis (6 gün önce) ☆



Alıcı: sedasaka

Sayın Uzm. Fzt. Seda MET SAKA

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisiyim. Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK ile 'Acile Başvuran Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Aktiviteye Bağlı Dispne Durumları ve Öz-Etkililikleri' isimli tez çalışmasını yapmayı planladık. Bu çalışma için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Prof. Dr. Sema SAVCI ile yaptığımız 'London Chest Günlük Yaşam Aktiviteleri' isimli ölçeği kullanmak üzere izninizi istiyoruz. Ayrıca ölçek formu, puanlaması ve değerlendirilmesine ilişkin bilgiyi bize iletebilirseniz seviniriz.

Saygılarımla.

Elif Tuğba UYGUN

Tel: 0 539 505 26 37



Seda SAKA <sedasaka@halicuni.onmicrosoft.com>

20 Nis (5 gün önce) ☆



Alıcı: bana

Merhaba;

Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız London Chest Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeğinin kullanımı tarafımızca uygundur. Anketin uygulanması ve puanlaması ile ilgili detaylı bilgi tezde mevcuttur. Cut off değeri ile ilgili çalışma yapılmamıştır. Yüksek değerler, dispne nedeniyle GYA'da etkilenimin fazla olduğunu göstermektedir. Anket formu ektedir.

İyi çalışmalar dilerim...

Gönderen: Elif Tuğba UYGUN <eliftugb9@gmail.com>

Gönderildi: 19 Nisan 2018 Perşembe 06:46:35

Kime: Seda SAKA

Ek-9. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği İzni

KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Hk. ■ Gelen Kutusu x



Elif Tuğba UYGUN <eliftugb9@gmail.com>

19 Nis (6 gün önce)

Alici: magfired

Sayın Prof. Dr. Mağfired KARA KAŞIKÇI,

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisiyim. Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK ile 'Acile Başvuran Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Aktiviteye Bağlı Dispne Durumları ve Öz-Etkililikleri' isimli tez çalışmasını y planladık. Bu çalışma için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Arzu MİRİCİ ile yaptığınız 'KOAH Öz-Etkililik' isimli ölçeği kullanmak üzere izninizi istiyoruz. A formu, puanlaması ve değerlendirmesine ilişkin bilgiyi bize iletebilerseniz seviniriz.

Saygılarımla.

Elif Tuğba UYGUN

Tel: 0 539 505 26 37



Mağfired Kara

20 Nis (5 gün önce)

Alici: bana

Sevgili Elif Hanım,
"KOAH Öz-Etkililik" ölçeğine ilginiz için teşekkür ederim. Ölçeğe ilişkin açıklamalar ölçeğin yayımlandığı makalede mevcuttur. Çalışmanızda ölçeği kullan dolayı çok memnun olurum. Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

KOLAY GELSİN!

Prof. Dr. Mağfired KAŞIKÇI
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı
25240 - Erzurum
Tel/Fax: 0442 2311448

Professor Mağfired KAŞIKÇI
Atatürk University, Dean of Nursing Faculty
25240 - Erzurum
Tel/Fax: 0442 2311448

Kimden: "Elif Tuğba UYGUN" <eliftugb9@gmail.com>

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

Gonderilenler: 19 Nisan Perşembe 2018 21:34:19

Konu: KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Hk.

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Elif Tuğba	Soyadı	UYGUN
Doğum Yeri	Ordu	Doğum Tarihi	16.08.1992
Uyruğu	T.C.	Tel No	0 (539) 505 26 37
E-mail	eliftugb9@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü	...
Lisans	Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu	2014
Lise	Ordu Başöğretmen Anadolu Lisesi	2010

İş Deneyimi (Sondan Geçmişe Doğru)

Görevi	Kurum	Süre
Hemşire	Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Eğitim Araştırma Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi Yoğun Bakım	2014-2015
Hemşire	İstanbul GATA Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis	2015-2016
Hemşire	İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis	2016-Halen

Yabancı Dil Seviyesi

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu

YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	72,69	68,40	61,12

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanım Becerisi
Microsoft Office	İleri

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

15. ULUDAĞ

İÇ HASTALIKLARI ULUSAL KIŞ KONGRESİ

4. BURSA AİLE HEKİMLİĞİ DERNEĞİ ULUSAL KONGRESİ

9. Uludağ İç Hastalıkları Hemşirelik Kongresi

02 - 04 Mart 2019, Grand Yazıcı Otel - Uludağ



15.03.2019

Konu / İlgili: 15. Uludağ İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi ve 4. Bursa Aile Hekimliği Derneği Ulusal Kongresi ve 9. Uludağ İç Hastalıkları Hemşirelik Kongresi Bildiri Kabul Yazısı

Sayın Elif Tuğba UYGUN

İstanbul Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Servis Hemşiresi, İstanbul

02 - 04 Mart 2019 tarihlerinde Grand Yazıcı Otel, Uludağ'da gerçekleştirilecek olan 15. Uludağ İç Hastalıkları Ulusal Kış Kongresi ve 4. Bursa Aile Hekimliği Derneği Ulusal Kongresi ve 9. Uludağ İç Hastalıkları Hemşirelik Kongresi'ne göstermiş olduğunuz ilgi için teşekkür ederiz.

Acil Servise Başvuran Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Aktiviteye Bağlı Dispne Durumları Ve Öz-Etkinlikleri
Elif Tuğba UYGUN , Nuray ŞAHİN ORAK

başlıklı bildiriniz, bilimsel kurul tarafından kongrede **Sözel Bildiri Sunumu** olarak kabul edilmiştir, ve kongre kitabına girecektir.

Bildirinizin kongre kitabında yayımlanabilmesi için **15 Şubat 2019** tarihine kadar kongreye kayıt yaptırmış olmanız gerekmektedir.

Kongreye ilginiz için teşekkür eder, başarılarınızın devamını dileriz.

Prof. Dr. Fahir Özkalemkaş
Kongre Başkanı

Dr. Özlem Sezen
Aile Hekimliği Kongre Başkanı

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Bursa Aile Hekimliği Derneği



www.uludagichastaliklari.org



Bilimsel İletişim
Prof. Dr. Fahir Özkalemkaş
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Hematoloji BD
Gönlük / Bursa E-posta: fahir@uludag.edu.tr



Organizasyon Sekreteryası
444 9 443
proje@burken.com www.burken.com

ACİL SERVİSE BAŞVURAN KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARININ AKTİVİTEYE BAĞLI DİSPNE DURUMLARI VE ÖZ-ETKİLİLİKLERİ

¹Elif Tuğba UYGUN, ²Nuray ŞAHİN ORAK

¹*İstanbul Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Servis Hemşiresi, İstanbul*

²*İstanbul Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul*

GİRİŞ ve AMAÇ: Dünya nüfusunun her geçen gün yaşlanması, bireylerin çevresel faktörlere maruziyetinin artması kronik hastalıkların prevalansında artışa neden olmaktadır. Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, sosyal ve ekonomik yüke neden olan, yüksek mortalite ve morbidite sebebi olan en önemli solunum yolu hastalıklarından biri kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır (KOAH). Bu tanıyı alan hastaların sıkça yönetiminde zorlandıkları ve acil servise başvurmalarına da sebep olan, yaşamlarını kısıtlayan, hastalığın en belirgin semptomu dispnedir. Bu araştırma acil servise başvuran KOAH sahip hastaların yaşam aktivitelerine bağlı dispne durumlarını ve öz-etkililiklerini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

GEREÇ ve YÖNTEM: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilen bu araştırmanın evrenini 01.06.2018-28.09.2018 tarihleri arasında İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisine başvuran daha önceden KOAH tanısına sahip hastalar, örnekleme ise 177 KOAH tanılı hasta oluşturdu. Araştırmaya başlamadan önce etik kurul ve kurum izni alındı. Veriler 'Tanıtıcı Bilgi Formu', 'London Chest Günlük Yaşam Aktiviteleri (LCGYA) Ölçeği' ve 'KOAH Öz-Etkililik Ölçeği' kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Student T testi, Oneway Anova testi, Pearson Korelasyon Katsayısı ve Spearman's Korelasyon Katsayısı analizleri kullanıldı.

SONUÇ: KOAH hastalarının %65'inin erkek, yaş ortalamasının ise 70,38±11,53 yıl olduğu, hastaların %83,1'inin KOAH nedeniyle daha önce acil servise başvurdukları tespit edildi. Hastaların LCGYA ölçeği toplam puan ortalaması 46,73±16,08 bulundu. Hastaların yaşı, meslek grupları, çalışma durumları, ek hastalıkları, ilaç ve sigara kullanma durumları, spor yapabilme, alet kullanımı, KOAH evresi, acil servise başvurma durumu, cihaz kullanma durumu, derin nefes ve öksürük egzersizlerini bilme durumları ile LCGYA arasında anlamlı ilişki tespit edildi.

15. ULUDAĞ İÇ HASTALIKLARI ULUSAL KIŞ KONGRESİ

4. BURSA AİLE HEKİMLİĞİ ULUSAL KONGRESİ

9. Uludağ İç Hastalıkları Hemşirelik Kongresi

02 - 04 Mart 2019 Grand Yazıcı Otel - Uludağ



ELİF TUĞBA UYGUN

9. Uludağ İç Hastalıkları Hemşirelik Kongresi'ne
katılmıştır.

Dr. Özlem Sezen
Bursa Aile Hekimliği
Derneği Başkanı

Uzm. Hemş. Semüre ZENGİ
Hemşirelik Programı
Sorumlusu

Dr. Fahri Özkalemkaş
Kongre Başkanı



