

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KRONİK OBSTÜRİKTİF AKCİĞER HASTALARININ
HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUMLARININ
VE
BAKIM VERENLERİN
YAŞADIĞI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ

NESLİHAN AKMAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. HÜLYA KULAKÇI ALTINTAŞ

ZONGULDAK

2016

ÖNSÖZ

Çalışmam süresince yoğun iş çalışmalarına karşın tez danışmanlığımı üstlenerek tezimin ilerleyişinde ve şekillenmesinde sabırla ve ilgiyle bana büyük destek ve emek veren, bilgi yükü ve donanımıyla kendime her zaman örnek alacağım danışmanım Yrd. Doç. Dr. Hülya KULAKÇI ALTINTAŞ'a, yüksek lisans eğitimim boyunca tüm bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan sayın hocalarım Prof. Dr. Ferruh Niyazi AYOĞLU, Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER, ve Yrd. Doç. Dr. Bilgehan AÇIKGÖZ'e, hemşirelik hayatım boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bizlere büyük emekleri geçen, değerli bilgileriyle bizleri aydınlatan başta Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Figen ATALAY ve saygıdeğer hocalarıma, zorlu bir süreç içinde araştırmaya katılmayı kabul eden ve yaşadıklarını tüm gerçekliğiyle paylaşan hastalara ve bakım verenlerine, eğitimim sırasında beraber çok şey paylaşmış birlikte çok güzel yıllar geçirdiğim tüm yüksek lisans dönem arkadaşlarıma, yaşamımın her anında yanımda olan, destekleriyle bana güç veren ve hayatıma kattıkları anlam, sabır ve sevgileri için annem, babam ve kardeşlerime, manevi desteğini ve sevgisini her zaman hissettiğim sevgili eşim Cenk AKMAN'a ve tez dönemimde hayatıma giren canımdan çok sevdiğim kızım Duru'ya

Sonsuz teşekkür ederim.

Neslihan AKMAN
Ağustos 2016, ZONGULDAK

ÖZET

Neslihan AKMAN, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumlarının ve Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükleri Belirlenmesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2016

Bu çalışma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının hastalığa psikososyal uyumlarının ve bakım verenlerin yaşadığı güçlüklerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma, 03 Mart 2014-03 Ağustos 2014 tarihleri arasında Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Göğüs Hastalıkları Servisinde yatarak tedavi gören, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanısı almış 204 hasta ve yakını ile yürütülmüştür. Çalışmanın verileri, Anket Formu, Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) ve Bakım Verme Yükü Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, sayı ve yüzde değerleri, Shapiro-Wilk testi, Kruskal-Wallis Testi, Mann-Whitney U Testi, Student T Testi kullanılmıştır. Ölçümler arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 67.0 ± 11.7 'dir. Hastaların %80.4'ünün evli, %47.5'inin ilkokul mezunu, %62.3'ünün maden emeklisi, %70.1'inin geliri giderinden az olduğu, %70.6'sının 21-40 yıl arasında sigara kullandığı, %44.6'sının 11 yıl ve üzerinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanısının olduğu ve %39.2'sinin Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına ek olarak iki diğer kronik hastalığa sahip olduğu, %88.2'sinin düzenli olarak sağlık kontrolünü yaptırdığı, %52.9'unun sağlığını çok kötü-kötü algıladığı, %85.8'inin Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı nedeniyle hastaneye yatış öyküsünün bulunduğu, %36.3'ünün yardımcı araç kullandığı ve %36.3'ünün günlük yaşam aktivitelerini yardımla yapabildiği belirlenmiştir. Hastaların %90.7'sinin hastalığa uyumlarının kötü olduğu, genel anlamda psikososyal uyumlarının olumsuz olduğu tespit edilmiştir.

Bakım verenlerin yaş ortalaması 43.5 ± 7.9 'dir. Bakım verenlerin %52'sinin erkek, %91.2'sinin evli, %60.8'i ilkokul ve altında eğitim durumuna sahip olduğu, %46.6'sının sağlık durumunu iyi olarak algıladıkları, %63.2'sinin kronik hastalığının bulunduğu, %38.2'sinin 11 ve üzeri yıldır hastaya bakım verdiği, %99.0'nın ailevi sorumluluk nedeniyle bakım verdiği, %53.9'unun bakım sırasında destek almadığı, %68.6'sının bakım nedeniyle yaşamının etkilendiği ve %29.4'ünün bakım verirken güçlük yaşadığı belirlenmiştir.

Hastaların hastalığa psikososyal uyumları ile bakım verenlerin bakım yükü arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise, hastaların psikososyal uyumu arttıķa bakım verenlerin yaşadığı yükün azaldığı tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Araştırmadan elde edilen bilgiler doğrultusunda, hem kronik hastalığa sahip hastaların hem de hastalara bakım verenlerin yaşam kalitelerinin gerēekēi bir Şekilde saptanması, günlük hayatta bağımsızlıklarının desteklenmesi ve arttırılması ve belirli aralıklarla veri toplamaya devam edilmesi, hasta ve ailesine düzenli olarak ev ziyaretleri yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalık, Kronik Obstrüktif Akēiđer Hastalığı (KOAĦ), Hastalığa Psikososyal Uyum, Bakım Veren, Bakım Verme Yükü.

ABSTRACT

Neslihan AKMAN, Identifying the psychosocial adjustment of patients with chronic obstructive pulmonary disease and the difficulties experienced by the caregivers, Bülent Ecevit University, Public Health Department, Master Thesis, Zonguldak, 2016

The main purpose of this study is to identify the psychosocial adjustment of patients with chronic obstructive pulmonary disease and the difficulties experienced by the caregivers. This study was conducted with 204 patients and with their relatives who were diagnosed as chronic obstructive pulmonary disease and received a treatment in the Bülent Ecevit University Health Research Center the department of chest diseases during March 03 2014 and August 03 2014. The data were collected through survey form, Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self-Report (PAIS-SR) and a Burden Scale. In the evaluation process of the obtained data, number and percent values, Shapiro-Wilk test, Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney U test and Student T test were used. The relation among the measurements were evaluated with correlation analysis.

The mean of the participants' age was 67.0 ± 11.7 . It was found out that 80.4% of the participants are married, 47.5% of them was graduated from primary school; 62.3% was retired from mine; 70.1%' income was lower than their expense; 70.6% have been smoking for 21-40 years; 44.6% had diagnosis of chronic obstructive palmonary disease for 11 years and for more than 11 years and 39.2% had two more chronic diseases in addition to chronic obstructive palmonary disease; 88.2% had their routine checks; 52.9% perceived their health as "bad –very bad"; 85.8% had the history of hospitalization due to chronic obstructive palmonary disease; 36.3% used extra tools and 36.3% could do their daily life activities with the help of others. It was determined that 90.7% of the patients had poor compliance with the disease and their pschosocial adjustment was negative in general.

The mean of the caregivers' age was 43.5 ± 7.9 . It was found out that 52% of them was male; 91.2% was married; 60.8% of them graduated from primary school or had education level under primary school; 46.6% perceived their health conditions as good; 63.2% had cronic disease; 38.2% had been caregivers of the patiens for 11 and more than 11 years; 99% provided this care as for family responsibility; 53.9% did not take help during the care; 68.6% of the caregivers' life was affected from this

care and 29.4% had difficulty in providing care. When the relationship between the psychosocial adaptations of the patients to the disease and the care load of the caregivers was evaluated, it was found that the burden of the caregivers decreased as the psychosocial adjustment of the patients increased ($p < 0.05$).

Considering the findings of the research, it is suggested that the life quality of both patients with chronic diseases and caregivers should be detected in a realistic manner, their independence in daily life should be supported and increased, data collection should be continued at regular intervals, and regular visits to the patients and to their families should be made.

Keywords: Chronic Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Psycho social Adjustment, Caregiver, Burden of Caregiving.



İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ	i
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hastalığın Tanımı	3
2.2. Hastalığın Sınıflandırılması	4
2.3. Hastalığın Epidemiyolojisi.....	5
2.4. Hastalığın Risk Faktörleri.....	7
2.5. Hastalığın Klinik Özellikleri.....	10
2.6. Hastalığın Patogenezi	11
2.7. Hastalığın Fizyopatolojisi	11
2.7.1.Hava akımı kısıtlanması ve hava hapsi	12
2.7.2. Gaz değişimi anomalileri.....	12
2.7.3. Mukus hipersekresyonu.....	12
2.7.4. Pulmoner hipertansiyon ve kor pulmonale.....	13
2.8. Hastalığın Tedavisi	13
2.9. Bakım Verme (Care Giving), Bakım Veren (Caregiver) ve Bakım Yüğü Kavramları	15
2.10. Bakım Veren Bireylerin Gereksinimleri.....	16
2.10.1. Bakım vermenin zorlukları.....	16
2.10.2. Bakım verenlerin yaşadığı güçlükler.....	17
2.10.3. Kronik hastalıklara göre yaşanan sorunlar	18
2.10.4. KOAH'ta yaşanan sorunlar.....	19

3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Amacı	21
3.2. Araştırmanın Tipi	21
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer	21
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.5. Veri Toplama Araçlarının Özellikleri.....	22
3.5.1. Hastaya ait veri toplama araçları.....	22
3.5.2. Hasta yakınlarına ait veri toplama araçları.....	24
3.6. Verilerin Toplanması	24
3.7. Etik Kurul İzni ve Bilgilendirilmiş Onam	25
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	25
4. BULGULAR	26
4.1. Hastalara İlişkin Bulgular	26
4.1.1. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular	26
4.1.2. Hastaların sağlık davranışlarına ilişkin bulgular	28
4.1.3. Hastaların sağlık durumu özelliklerine ilişkin bulgular	28
4.1.4. Hastaların hastalığa uyumlarına ilişkin bulgular	29
4.1.5. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre hastalığa uyumlarının değerlendirildiği bulgular.....	30
4.1.6. Hastaların sağlık durumu özelliklerine göre hastalığa uyumlarının değerlendirildiği bulgular.....	35
4.2. Bakım Verenlere İlişkin Bulgular	41
4.2.1. Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular	41
4.2.2. Bakım verenlerin bazı özelliklerine ilişkin bulgular.....	42
4.2.3. Bakım verenlerin bakım verme yüklerinin değerlendirildiği bulgular	42
4.3. Hastalığa Psikososyal Uyum ile Bakım Verme Yükü Arasındaki İlişkinin Değerlendirildiği Bulgular	44
5. TARTIŞMA.....	46
5.1. Hastaların Psikososyal Uyumlarının Değerlendirildiği Bulgular.....	46
5.2. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Değerlendirildiği Bulgular	50
5.3. Hastalığa Psikososyal Uyum İle Bakım Verme Yükü Arasındaki İlişkinin Değerlendirildiği Bulgular	54
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	55
6.1. Sonuçlar	55

6.2. Öneriler	57
7. KAYNAKLAR.....	59
8. EKLER.....	72
Ek 1: KOAH'lı Hastalar İçin Veri Toplama Formu.....	72
Ek 2: Bakım Verenler İçin Veri Toplama Formu	82
Ek 3: Etik Kurul İzin Formu	85
Ek 4: Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	86
9. ÖZGEÇMİŞ.....	88



SİMGELER VE KISALTMALAR

AAT	Antitripsinin
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
Asy	Akut solunum yetmezliği
ATS	Amerikan Toraks Derneği
BOLD	Burden of Obstructive Lung Disease
BVYÖ	Bakım Verme Yüğü Ölçeği
DALY	İşlev kaybına uyarlanmış yaşam yılı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
Ebus	Endobronşial ultrasonografi
ERS	Avrupa Solunum Derneği
FEV1	Birinci saniyedeki zorlu vital kapasite
FVC	Zorlu vital kapasite
GOLD	Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim
KOAH	Kronik Obstüriktif Akciğer Hastalığı
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
NIMV	Noninvaziv mekanik ventilasyon
PAIS-SR	Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self-Report (Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği)
PLATINO	The study is part of the Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar (Latin Amerika Ülkelerinde KOAH çalışma projesi)
SFT	Solunum Fonksiyon Testi
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
USOT	Uzun süreli oksijen tedavisi
V/Q	Ventilasyon / Perfüzyon

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Bronkodilatör sonrası FEV1 temelinde KOAH şiddetinin spirometrik sınıflandırılması	5
Tablo 2.2. KOAH'ta risk faktörleri	7
Tablo 4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	27
Tablo 4.2. Hastaların Sağlık Davranışlarının Dağılımı	28
Tablo 4.3. Hastaların Sağlık Durumu Özelliklerinin Dağılımı	29
Tablo 4.4. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Toplam ve Alt Boyutların Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Minimum ve Maksimum Değerleri	30
Tablo 4.5. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.6. Hastaların Cinsiyet Özelliklerine Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması	31
Tablo 4.7. Hastaların Medeni Durum Özelliklerine Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması	32
Tablo 4.8. Hastaların Eğitim Düzeyine Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.9. Hastaların Yaşadığı Yer Özelliklerine Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.10. Hastaların Evde Birlikte Yaşadığı Kişi Özelliklerine Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.11. Hastaların Çalışma Yaşamı Özelliklerine Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.12. Hastaların Gelir Durumlarına Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.13. Hastaların KOAH Tanı Süresine Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.14. Hastaların Diğer Kronik Hastalıklarına Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.15. Hastaların Düzenli Kullandığı İlaç Sayısına Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.16. Hastaların Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumlarına Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.17. Hastaların Sağlık Algılarına Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması	39

Tablo 4.18. Hastaların KOAH Nedenli Hastaneye Yatış Öyküsüne Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.19. Hastaların Yardımcı Araç Kullanım Durumlarına Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.20. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	41
Tablo 4.21. Bakım Verenlerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	42
Tablo 4.22. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 4.23. Bakım Verenlerin Bazı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.24. Hastaların Hastalığa Psikososyal Uyumu ile Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Arasındaki İlişki	45



ŞEKİLLER DİZİNİ

Sekil

Sayfa

Şekil 2.1. Akım - Volüm Eğrisi Şekilleri.....	5
---	---



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); tam olarak geri dönüşümlü olmayan, genellikle yavaş ilerleme gösteren ve hava akımı sınırlaması ile karakterize olan solunum sisteminin önemli kronik hastalıklarından biridir (1,2,3,4). KOAH, günümüzde önemli ve giderek artan morbidite ve mortalite nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), KOAH'ın tüm dünyada yaklaşık 50 milyon insanı etkilediğini ve her yıl 3 milyon kişinin bu hastalık nedeni ile öldüğünü bildirmektedir (5). Dünya üzerindeki ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer alan KOAH'ın Global Hastalık Yüğü Çalışmasına göre, 2020 yılında dünyada en önemli ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer alacağı tahmin edilmektedir (6,7,8,9). Türkiye deki durum incelendiğinde, ülkemizde 2-3 milyon KOAH hastası olduğu, her yıl 26 binden fazla kişinin KOAH nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir (4,10). KOAH Türkiye için en önemli ölüm nedenleri arasında ise 3. sırada yer almaktadır (11).

KOAH ilerleyici bir hastalık olmasına karşı önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalık olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Son yıllarda yaşam süresinin uzaması, yaşam kalitesi kavramının gündeme gelmesi, birçok kronik hastalığın prevalansı azalmakta iken KOAH prevalansında artış olması ve KOAH'lıların topluma getirdiği sosyoekonomik yükün artması bu hastalığa olan ilgiyi arttırmıştır (12).

KOAH olan hastalar fiziksel ve sosyal fonksiyonlarda ileri derecede kontrol kaybı, bakım verenlere bağımlılık ve sosyal izolasyon yaşamakta, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik, ilaçlarını kullanma, sağlık kontrollerine gidebilme gibi bir çok konuda sorun yaşamaktadır (4,13,14,15). Yaşam sürecindeki değişiklikler, hastalıkla baş etme zorluğu, yaşam üzerindeki kontrolün azalması veya kaybolması, var olan sorumluklara ek olarak yeni sorumlulukların ortaya çıkması, hem hasta bireyin hem de bakım verenlerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (16).

KOAH'lı hastaya bakım verenler hastalığın bütün evrelerinde ve evde bakım verilmesi esnasında sağlık ekibi ile iletişim içinde olan bireylerdir. Ailedeki bakım vericiler hastanın yardım gereksinimlerinin belirlenmesi, hastalık semptomlarına yönelik tedavisinin sürdürülmesi, beklenmedik tıbbi sorunların ortaya çıkmasının ve hastane yatışlarının önlenmesi gibi birçok konuda sorumluluk almaktadır (4,17,18). KOAH'ta bakımın süreklilik göstermesinden dolayı bakım süreci bakım verenler için

psikolojik, sosyal ve fiziksel yönden sorunlara neden olan bununla beraber, pahalı, sorumluluğu yüksek, aile içi rol kavramlarını değiştiren bir süreçtir (19).

KOAH'lı hastaların bakım gereksinimleri ve tedavinin birçok boyutu ele alınmış olmasına rağmen hastalara informal bakım vericiler tarafından sunulan bakımla ilgili bakım vericilerin güçlükleri, yaşam kalitelerinin nasıl etkilendiği ve maliyet konuları yeterince ele alınmamaktadır (4,20).

Günümüzde hasta bakım ekibi içerisinde ailenin yer alması göz ardı edilemeyecek bir gerçektir. Kronik bir hastalık olan KOAH yalnızca hastayı değil hastanın aile ve çevresini de etkileyen bir hastalık olduğundan evde verilen bakımın niteliği ve hasta bireyin kendi bakımına katılımının sağlanması hem hasta bireyin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemekte hem de bakım verenlerin bakım yükünü azaltmaktadır. KOAH'lı hastaya bakım verenlerin bakım verme güçlüklerinin ve yaşam kalitelerinin tanımlanması, bakım vericilere gerekli desteğin sağlanması ve KOAH'lı hastanın daha iyi bakım alması açısından önemlidir (4).

Bu nedenle, bu alışma, KOAH hastalarının hastalığa psikososyal uyumlarının ve bakım verenlerin yaşadığı güçlüklerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hastalığın Tanımı

Yüksek prevalansı nedeni ile tıbbi anlamda üzerinde en çok çalışma yapılan konulardan biri olmasına rağmen, halen herkes tarafından kabul edilen bir KOAH tanımı yoktur. Farklı birçok tanımlama yapılmış olmakla birlikte, en yaygın olarak kullanılanlar Amerikan Toraks Derneği (ATS), Avrupa Solunum Derneği (ERS) ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim (GOLD) örgütlerinin yapmış olduğu tanımlardır.

Amerikan Toraks Derneği (ATS)'ne göre KOAH, kronik bronşit veya amfizeme bağlı ekspiratuar hava akımında kısıtlamadır. Hava akımındaki kısıtlama genellikle ilerleyici olup, hava yolu duyarlılığı ile birlikte seyreder ve kısmi olarak geri dönüşlü olabilir (21).

Avrupa Solunum Derneği (ERS)'ne göre KOAH, azalmış maksimum ekspiratuar akım ve akciğerlerin zorlu ekspirasyonunun yavaşlaması olup, bu durum yavaş bir şekilde ilerleyicidir ve şu an ki tıbbi tedavi ile büyük oranda geri dönüşsüzdür (22).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişim (GOLD) örgütüne göre KOAH, tamamen geri dönüşü olmayan hava akımında kısıtlılık ile karakterize hastalık durumudur. Hava akımındaki kısıtlama genellikle hem ilerleyicidir hem de akciğerlerin zararlı partikül ve gazlara karşı vermiş olduğu anormal iltihabi cevap ile ilişkilidir. Alevlenmeler ve komorbiditeler hastalığın ağırlığını etkiler (23).

KOAH için kullanılan yaygın tanım ise, Amerikan Toraks Derneği'nin KOAH tanı ve tedavisine ilişkin 2004 yılında yayınladığı "Tanı ve Tedavi Rehberi"nde önerdiği tanımlamadır. Bu tanıma göre KOAH, tam olarak geri dönüşü olmayan genellikle ilerleyici, zararlı partiküllere karşı akciğerlerde gelişen anormal bir inflamatuvar yanıt ile ilişkili olan, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (24,25,26).

2.2. Hastalığın Sınıflandırılması

KOAH'ın her hasta üzerindeki etkisi sadece hava akımı kısıtlılığının derecesine ve semptomların ağırlığına bağlıdır. Hava akımı kısıtlılığının derecesi ile semptomların varlığı arasında zayıf bir ilişki vardır (27). Bu nedenle, spirometrik evreleme pratik uygulamaları amaçlayan pragmatik bir yaklaşımdır ve sadece bir eğitim aracı ve ilk tedavi yaklaşımı için genel bir gösterge olarak kabul edilmelidir (28).

KOAH da kronik bronşit ve amfizem genellikle bir aradadır. Kronik bronşit, art arda en az iki yıldır tekrarlayan ve en az üç ay boyunca devam eden ve diğer solunum ya da kalp hastalıklarına bağlanamayan öksürük ve balgam çıkarma ile karakterize bir hastalıktır. Amfizem ise; terminal bronşiyollerin distalindeki hava yollarının, belirgin fibrozisin eşlik etmediği duvar hasarı ile birlikte anormal ve kalıcı genişlemesidir (29). Öksürük, balgam çıkarma veya dispne semptomları olan ve/veya hastalıkla ilgili risk faktörlerine maruziyet öyküsü bulunan bir hastada KOAH'ın varlığı düşünülmekte ve spirometre ile tanı doğrulanmaktadır. Post bronkodilatör FEV1/FVC<%70 saptanması, tam olarak geri dönüşlü olmayan hava akımı sınırlanması varlığını işaret etmektedir (30).

Spirometri kolayca erişilebilen ve tekrar edilebilen akciğer fonksiyon testi olduğu için, hava akımı kısıtlanması en iyi bu yöntemle ölçülür. Hava akım kısıtlanmasına göre KOAH ağırlığının sınıflandırılması Tablo 2.1'de görülmektedir. Spirometrik ölçümler kısa etkili bronkodilatör (ya da bronkodilatör) inhalasyonu sonrasında yapılarak değişkenliğin en aza indirilmesi önerilmektedir (31). KOAH'ın şiddetiyle ilgili spirometrik sınıflandırma dört evreden oluşur (29,23).

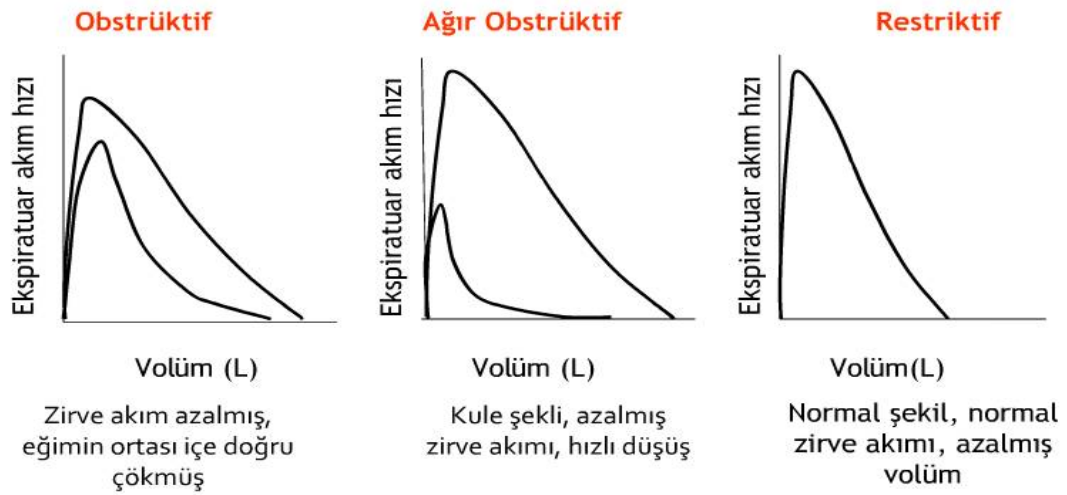
Tablo 2.1. Bronkodilatör sonrası FEV1 temelinde KOAH şiddetinin spirometrik sınıflandırılması (FEV1/FVC < %70 olan hastalarda)

	Spirometri (bronkodilatör sonrası)
GOLD 1 (Hafif KOAH)	<ul style="list-style-type: none">• FEV1 beklenenin \geq %80'i
GOLD 2 (Orta KOAH)	<ul style="list-style-type: none">• FEV1 beklenenin \geq %50'si ile < %80
GOLD 3 (Ağır KOAH)	<ul style="list-style-type: none">• FEV1 beklenenin \geq %30'si ile < %50
GOLD 4 (Çok Ağır KOAH)	<ul style="list-style-type: none">• FEV1 beklenenin < %30

Spirometrik ölçümler kısa etkili bronkodilatör inhalasyonu sonrasında yapılarak, değişkenliğin en aza indirilmesi tavsiye edilmektedir (27).

Solunum Fonksiyon Testi (SFT) değerlendirilmesinde iki eğri tipi kullanılır. Akım-volüm ve zaman-volüm eğrisidir. Yorumlama sırasında şekillerin değişimleri de patoloji hakkında fikir vermektedir. Sağlıklı kişide zorlu ekspirasyon manevrası yaklaşık 3 saniyede tamamlanır. Obstrüksiyonu olan kişide ise ekspirasyon yavaş ve daha uzundur. Bu nedenle volüm-zaman eğrisi daha basık ve uzun bir görünüm alır (Şekil 2.1).

“KOAHA da akım hızları, akciğer volümlerine kıyasla daha azalmış olduğundan maksimal akım noktasından sonra hızla azalma göstererek eğrinin iç bükey olmasına neden olur (Şekil 2.1)(32).



Şekil 2.1. Akım - Volüm Eğrisi Şekilleri (33)

2.3. Hastalığın Epidemiyolojisi

KOAH, dünyada morbidite ve mortalitesi giderek artmakta olan önemli bir sağlık problemidir. DSÖ'nün 2002 Dünya Sağlık Raporu'na göre her yıl 2.7 milyon kişi KOAH nedeniyle ölmektedir ve hastalığın prevalansı ve mortalitesinde önümüzdeki yıllarda ciddi artışlar beklenmektedir (34). KOAH prevalansı, morbiditesi ve mortalitesi ülkeler ve farklı gruplar arasında değişkenlik göstermekle birlikte genel olarak tütün kullanımı prevalansı ile doğrudan ilişkili olduğu bulunmuştur. Kırk yaş altında olanlarla karşılaştırıldığında 40 yaş üstü kişilerde, hiç sigara içmemiş kişilerle karşılaştırıldığında sigara içen veya sigarayı bırakmış

kişilerde, bayanlarla karşılaştırıldığında erkeklerde KOAH prevalansı daha yüksek bulunmuştur (35).

DSÖ tahminlerine göre, dünya genelinde 65 milyon kişi ağır KOAH tanısı almış durumdadır. DSÖ'ye göre; 2000 yılında tüm dünyada yaklaşık 2.75 milyon kişi KOAH nedeniyle ölmüştür ve bu ölümlerin yarısı, çoğu Çin'de olmak üzere Batı Pasifik bölgesinde gerçekleşmiştir (36). KOAH prevalansı, morbidite ve mortalitesi ile ilgili bilgilerin çoğu yüksek gelirli ülkelerden gelmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde KOAH ölümlerinin yaklaşık %90'a çıktığı belirtilmektedir (37). Türkiye'de solunum sistemi hastalıkları en sık görülen 3. ölüm nedenidir (38). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de yapılan NHANES III çalışmasında, hava akımı obstrüksiyonu saptanan yetişkinlerin %30'unun KOAH tanısı aldığı görülmüştür (39). Yine Latin Amerika kentlerinde yapılan PLATINO çalışmasında obstrüktif spirometri bulguları saptanan kişilerin %88.7'sinin KOAH tanısı aldığı tespit saptanmıştır (40).

Son 30-40 yılda KOAH'a bağlı ölümler giderek artmıştır. 1965-1998 yılları arasında ABD'de erkeklerde; koroner arter hastalığından ölümler %59, inmeden ölümler %64 ve diğer kardiyovasküler hastalıklardan ölümler %35 azalmasına rağmen, aynı dönemde KOAH'a bağlı ölümler %163 artmıştır (41).

İspanya'da 2009 yılında yapılan bir çalışmada KOAH prevalansı %10 bulunurken, bu hastaların sadece %27'sinin daha önce KOAH tanısı aldıkları görülmüştür (42). Norveç'te 2013 yılında yapılmış bir epidemiyolojik çalışmada, %70'i solunumsal semptomlara sahip olmalarına rağmen, KOAH'lı erkek hastaların sadece %20'sine, kadın hastaların ise ancak %30'una bir doktor tarafından KOAH tanısının konduğu gözlenmiştir (43).

KOAH geçmişteki tanımlama sorunları nedeniyle hakkında yeterince epidemiyolojik verinin olmadığı bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (1). Türkiye'de mevcut veriler ışığında üç milyon kadar KOAH hastası bulunduğu bilinmektedir (44). Sağlık Bakanlığınca 2000 yılında yapılan ve Türkiye'de ölüm nedenlerini tahmin etmeyi hedefleyen Ulusal Hastalık Yüğü Çalışmasında (UHYÇ), KOAH'ın 3. ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir.

Türkiye Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması verilerine göre, ülkemizdeki ölümlerin %70'ini kronik hastalıklar oluşturmakta ve KOAH %60'luk oranla ölüme sebep olan ilk on hastalık içinde üçüncü sırada yer almaktadır (45,46). Ayrıca, KOAH'ın işlev kaybına uyarlanmış yaşam yılı (DALY) nedenleri içinde ise sekizinci sırada yer aldığı saptanmıştır (47,48).

2.4. Hastalığın Risk Faktörleri

KOAH gelişiminde genetik ve çevresel birçok faktör rol almasına karşın, bazı faktörlerin KOAH gelişimi üzerine etkileri hâlâ tam olarak bilinmemektedir. KOAH gelişiminde rolü çok iyi bilinen üç faktör vardır. Bunlar; sigara içimi, mesleki/çevresel toz ve duman maruziyeti ve kalıtsal alfa-1 antitripsin eksikliğidir (1). Ayrıca bazı risk faktörlerinin de KOAH gelişiminde rol oynayabileceği tahmin edilmektedir. Bu olası risk faktörleri; hava kirliliği, pasif sigara içimi, viral enfeksiyonlar, sosyoekonomik faktörler, alkol, yaş, cinsiyet, ailesel veya genetik faktörler ve hava yolu hiperreaktivitesi gibi etkenlerdir (49). Aynı çevresel risk faktörlerine eşit derecede maruz kalan bireylerde KOAH gelişimi aynı oranda olmamaktadır. Bu durum, çevresel ve genetik faktörlerin karşılıklı etkileşimiyle KOAH'a neden olduklarını düşündürmektedir. KOAH gelişimiyle ilişkisi en iyi ilişkilendirilmiş risk faktörü sigaradır. Gelişmiş ülkelerde KOAH için en önemli risk faktörü sigara iken, gelişmekte olan ülkelerde sigara içimi yaygın bir risk faktörü olmasına karşın, KOAH'ın sigara içmeyen kişiler arasında da yaygın olduğu gözlenmektedir. Sigara dışındaki çevresel/mesleki faktörlerin bu ülkelerde KOAH gelişiminde daha büyük rol oynadığı düşünülmektedir (50).

Tablo 2.2. KOAH'ta risk faktörleri (38)

Çevresel Faktörler	Konakçı İle İlgili Faktörle
Sigara içimi	Alfa-1 antitripsin eksiliği
Aktif sigara içimi	Genetik faktörler
Pasif sigara içimi	Aile öyküsü
Annenin sigara içimi	Etnik faktörler
Mesleki karşılaşmalar	Yaş
Hava kirliliği	Hava yolu hiperreaktivitesi
Dış ortam	Atopi
İç ortam	Düşük doğum ağırlığı
Sosyoekonomik faktörler/yoksulluk	Semptomlar
Diyetle ilgili faktörler	
Yüksek tuzlu diyet	
Diyetle antioksidan vitaminlerin azlığı	
Diyette doymamış yağ asitlerinin azlığı	
Enfeksiyonlar	

Genetik Faktörler: Son yıllarda yapılan çalışmalarda bazı genetik faktörlerin KOAH gelişimine yatkınlığı arttırabileceği veya azaltabileceği gösterilmiştir. Bunlardan α -1 antitripsinin (AAT) ağır kalıtsal eksikliği KOAH'lı hastaların sadece %1-3'ünde görülmektedir. KOAH poligenik bir hastalıktır ve gen-çevre etkileşimi ile oluşmaktadır (28).

Cinsiyet: Tütün kullanımının kadınlarda giderek yaygınlaşması ve kadınların tütünün etkilerine daha duyarlı olması nedeni ile günümüzde kadınlarda ve erkeklerde prevalansın birbirine eşitlenmeye başladığı ileri sürülmüştür. Cinsiyetin KOAH için risk faktörü olduğuna ilişkin çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Önceki yıllarda KOAH prevalansı ve mortalitesinin erkeklerde daha yüksek olduğu bildirilmesine karşı, son çalışmalarda gelişmiş ülkelerde KOAH mortalite verilerinin kadın ve erkeklerde eşitlendiği görülmüştür. Adana ilinde 2004 Ocak ayı içinde yapılan BOLD-Adana KOAH prevalans çalışmasında, bu ildeki 40 yaş üstü yetişkinlerde sabit oran ölçütü kullanıldığında KOAH prevalansının %19,1 olduğu (erkeklerde %28.5, kadınlarda %10.3) saptanmıştır (51).

2000 yılında Sağlık Bakanlığı ve DSÖ'nün birlikte yürüttüğü Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışmasında KOAH'ın erkeklerde 3. ölüm sebebi, kadınlarda ise 5. ölüm sebebi olarak bulunmuştur (44). Sigara dumanının etkilerine erkeklerin daha duyarlı olduğu öne sürülse de aslında cins farklılıklarının sigara tüketimindeki farklılıklarla ilişkili olduğu veya kadınların aynı miktardaki sigara maruziyetine erkeklerden daha fazla duyarlı olduğu konusunda yeterli kanıt vardır (52). Erkeklerin daha erken yaşta sigaraya başlayıp, daha fazla içmeleri ve mesleki maruziyetlerinin daha fazla olması nedeniyle KOAH erkeklerde daha sık görülmektedir. Fakat son zamanlarda kadınlar arasında da sigara içiminin yaygınlaşması ve çalışmaya başlamaları kadınlarda KOAH prevalansının artmasına yol açmıştır (52,53). Yüksek gelirli ülkelerde kadınların sigara içme oranının artması, düşük gelirli ülkelerde ise iç ortam hava kirliliğine daha fazla maruziyeti hastalığın erkek ve kadınları benzer oranda etkilemesinden sorumlu görünmektedir (54).

Sigara: KOAH için en büyük risk faktörüdür. KOAH oluşumunda, sigaraya başlama yaşı, sigara içme süresi, içilen sigara sayısı çok önemlidir. KOAH oluşumunda sigara cinsinin bir önemi yoktur. Sigara tüketimin artmasına bağlı olarak dünyada olduğu gibi ülkemizde de KOAH ve KOAH' a bağlı ölümler hızla artmaktadır (1). Ülkemizde Zonguldak ilinde yapılan bir çalışmada, KOAH prevalansının sigara içen ya da sigara öyküsü olan kişilerde, 40 yaşın üzerindeki

ve erkeklerde önemli ölçüde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (55). Sigara başlama yaşı, toplam sigara paket-yılı ve sigara içiciliğinin o andaki durumu KOAH mortalitesini etkiler (56).

Sigara içmeyen kişide 35 yaşından sonra yıllık FEV1 kaybı 30 ml/yıldır. Sigara içenlerde iki katına çıkan kayıp hızı duyarlı içici olarak tanımlanan kişilerde 120-150 ml/yıl gibi yüksek değerlere çıkmaktadır. Sigara dumanına pasif olarak maruz kalmak da KOAH için risklidir. Sigara içmeyenlerle karşılaştırıldığında sigara içenlerde KOAH gelişme riskinin 30 kata kadar arttığı, ABD’de KOAH mortalitesinin erkeklerde yaklaşık % 85’inden, bayanlarda da yaklaşık %70’inden sigaranın sorumlu olduğu bildirilmiştir (57).

DSÖ verilerine göre dünyada toplam olarak 1.3 milyar kişi sigara içmektedir. Bu sayının büyük bölümü Çin, Hindistan ve Endonezya’da bulunmaktadır. Ekonomik olarak gelişmekte olan ülkeler arasında bulunan ülkemiz Türkiye, dünyadaki sigara içenlerin üçte ikisini barındıran ilk on ülke arasına girmiştir (58).2003 yılında yapılan Ulusal Hane Halkı Çalışmasının sonuçlarına göre Türkiye’de 18 yaş ve üstünde sigara içme oranı %32.1’dir (58). Türkiye de ise 1993 - 2003 ve 2006 yılları arasında 18 yaş ve üzerinde yapılan sigara prevelans çalışması sonuçları Türkiye’de sigara kullanımında bir azalmaya işaret etmektedir.

Mesleki Toz ve Kimyasallar: İşyeri ortamında organik-inorganik toz, duman ve gazlarla karşılaşan işçilerde KOAH daha sık görülmektedir. Sigara içicilerdeki KOAH’ın %15-19’u mesleki maruziyete bağlanabilir (1). Sigara öyküsü olmayanlardaki KOAH’ın %30’unun mesleksel maruziyetle ilişkili olduğu bildirilmektedir (28).

İç ortam hava kirliliği: Ev ortamında çeşitli amaçlar için yakıt olarak kullanılan bitkisel ve hayvansal kaynakların (odun, kömür, tezek vb.) neden olduğu iç ortam hava kirliliğinin KOAH gelişimi için bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Özellikle az gelişmiş ülkelerdeki kadınlarda KOAH gelişiminden sorumlu tutulmaktadır. Ayrıca, her türlü iş ortamında (fabrikalar, açık veya kapalı üretim tesisleri, çiftlikler gibi) akciğerlere zarar verebilecek çeşitli gaz ve tozlara inhalasyon yolu ile uzun süre maruz kalınması sonucu KOAH’ın gelişebildiği bildirilmektedir (1).

Akciğer Gelişimi ve Büyümesi: Akciğer büyümesi, intrauterin dönem, doğum ve çocukluk dönemi ile ilişkili bir süreçtir. Bu süreçteki olumsuz olaylar, akciğerlerin büyümesini etkileyerek ulaşılabilecek gereken maksimal akciğer fonksiyon kapasitesini

etkilerler. İntrauterin dönemde sigara maruziyeti, beslenme, genetik eğilim, doğum ağırlığı, aktif ve pasif sigara içimi, bronşiyal hiperreaktivite, atopi, eozinofili, yoksulluk gibi faktörler akciğer gelişimini etkileyebilir (28).

Enfeksiyonlar: Çocukluk döneminde geçirilen enfeksiyonların yetişkin dönemde KOAH gelişimi ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır, fakat bu ilişkinin nedensel olup olmadığı netleşmemiştir (59).

Sosyoekonomik Durum: Sosyoekonomik durumun KOAH üzerine etkilerini belirlemek çok güçtür. Bazı çalışmalarda KOAH için bağımsız bir risk faktörü olduğu ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip popülasyonlarda akciğer fonksiyonlarının düşük olma eğiliminde olduğu bildirilmiştir. Ancak bu konuda fikir birliği yoktur (60).

2.5. Hastalığın Klinik Özellikleri

Hastaların büyük çoğunluğu 40 yaş üstü, sigara içicisi erkeklerdir. KOAH'ta görülen en önemli semptomlar öksürük, balgam çıkarma ve nefes darlığıdır. Semptomların şiddeti ile solunum fonksiyonlarının kaybı arasında korelasyon bulunmaması ve bazı hastaların ileri dönemlerde bile semptom göstermemesi nedeniyle çoğu hastaya erken dönemde tanı konamamaktadır (61). Semptomların kronik ilerleyici seyri ve ataklarla semptom şiddetinde artış meydana gelmesi KOAH için tipiktir. Zamanla fiziksel aktivitede kısıtlanma, yaşam kalitesinde azalma ve mortalitede artış meydana gelir (62).

Hastalarda gelişen ilk semptom öksürüktür fakat genellikle önemsenmez. Öksürük kronik ve genellikle produktif öksürük şeklindedir, sabahları artış gösterir. Balgam çoğunlukla az miktarda ve yapışkandır fakat özellikle bronşektazi gibi ek hastalığı olan hastalarda fazla miktarda da olabilir. Hastalar dispneyi “nefes alma güçlüğü”, “hava açlığı” veya “iç çekme” şeklinde tanımlayabilirler (63). Başlangıçta ağır eforla ortaya çıkarken, zamanla progresyon göstererek hafif olağan eforla dahi meydana gelebilir ve hastanın günlük yaşam aktivitelerini kısıtlar (64).

Göğüs ağrısı ve hırıltılı solunum KOAH'lı hastalarda görülebilen non-spesifik semptomlardır, görülmemeleri KOAH tanısını ekarte etmez (64,65). KOAH'ta semptomlarda olduğu gibi fizik muayene bulguları ile hava yolu obstrüksiyonunun şiddeti arasında da bir ilişki mevcuttur (56). Hastalığın erken evrelerinde fizik muayene normal olabilir veya ileri dönemlerde hastalık için oldukça spesifik

bulgularla karşılaşılabılır (62). Özellikle ileri dönemdeki hastalarda giyinme, muayene odasına girme gibi hafif aktivitelerde dahi solunum sıkıntısı ve taşipne tespit edilebilir (61). Hasta nefes darlığı nedeniyle kelimeler halinde konuşur, uzun cümleler kuramaz (56,61). KOAH'lı hastalarda ronküs duyulabilir, normal solunumda duyulan ronküslerin hava yolu obstrüksiyonu ve bronkodilatöre yanıt ile ilişkili olduğu ileri sürülmekle birlikte, ronküs duyulması KOAH için spesifik değildir ve hava yolu obstrüksiyonu varlığına rağmen ronküs duyulmayabilir (63). Özellikle ataklarda erken inspiratuar raller işitilebilir. Raller sekresyona ve küçük hava yollarının erken açılmasına bağlı olarak ortaya çıkar (56,61,62).

2.6. Hastalığın Patogenezi

Zararlı partikül ve gazlara karşı hava yollarında ve akciğer parankiminde gelişen anormal inflamatuvar yanıtın, KOAH patogeneziinde temel rol oynayan patoloji olduğu kabul edilmektedir. Bu anormal inflamatuvar yanıt, akciğerin normal savunma ve tamir mekanizmalarını bozarak, doku hasarına neden olur. Sonuçta KOAH'a özgü kronik hava akımı obstrüksiyonu ve diğer fizyolojik anormallikler ortaya çıkar (41,66). Ayrıca inflamasyon, proteaz/antiproteaz ve oksidan/antioksidan dengesini bozarak da KOAH patogeneziine katkıda bulunmaktadır (66). Oksidan stres ve proteaz/antiproteaz dengesizliği tümüyle inflamasyon nedeniyle olabileceği gibi sigaranın içerisindeki oksidan maddeler nedeniyle oksidatif aktivitenin artışı veya alfa-1 antitripsin eksikliği gibi genetik nedenlerle antiproteaz aktivitenin azalması da bu süreçlerin gelişimini etkileyebilir (67).

2.7. Hastalığın Fizyopatolojisi

KOAH'ta meydana gelen fizyopatolojik değişiklikler; hava akımı kısıtlanması ve hava hapsi, gaz değişim anormallikleri, silyer disfonksiyon ve mukus hipersekresyonu, pulmoner hipertansiyon ve kor pulmonale ve sistemik bulgular olarak sıralanabilir (41).

2.7.1. Hava akımı kısıtlanması ve hava hapsi

KOAH'ta tespit edilen en temel fizyopatolojik değişiklik, ilerleyici ve geri dönüşümsüz hava akımı kısıtlanmasıdır. Hava yolu içerisindeki inflamasyon, ödem, fibrozis, parankim harabiyeti nedeniyle hava yolu açıklığının korunamaması ve ekspiratuar itici gücün azalması hava akımı kısıtlanmasına katkıda bulunur. Solunum fonksiyon testinde obstrüksiyonla uyumlu bulgular tespit edilir. Yani hastaların FEV1 ve FEV1/FVC değerleri azalmış bulunur. Erken dönemde hastalarda FVC korunmuştur (68). Hava yolu darlığı, alveollerin hava yoluna uyguladıkları elastik geri çekim basıncında (elastik recoil) ve ekspiratuar itici güçte azalma inspirasyonla alınan havanın ekspiryumda tamamıyla dışarı atılamamasına yani hava hapsine neden olur. Hava hapsi, egzersiz başta olmak üzere solunum frekansının arttığı durumlarda daha belirgin hale gelir (dinamik hiperenflasyon). Hava hapsinin KOAH'lı hastalarda erken dönemde geliştiği ve egzersiz dispnesinden sorumlu olduğu düşünülmektedir (41,68).

2.7.2. Gaz değişimi anomalileri

KOAH olgularında hipokseminin en önemli nedeni ventilasyon perfüzyon (V/Q) dengesizliğidir. Periferik hava yolu obstrüksiyonu nedeniyle azalmış ventilasyon, damar yatağında destrüksiyon, aşırı şişkin alveollerin mekanik basısı ve hipoksemik vazokonstrüksiyon nedeniyle azalmış perfüzyon V/Q dengesizliğinin başlıca nedenleri olarak sayılabilir (68).

2.7.3. Mukus hipersekresyonu

Sigara dumanı ve diğer iritanlara bağlı olarak submukozal bezlerde genişleme ve goblet hücre sayısındaki artış mukus hipersekresyonuna neden olur. Hastalarda kronik oksuruk ve balgam çıkarma yakınmasının bulunduğu kronik bronşit ile ilişkilidir, her zaman hava akımı kısıtlanması ile birlikte olmayabilir (69).

2.7.4. Pulmoner hipertansiyon ve kor pulmonale

KOAH'lı hastalarda pulmoner arter basıncının artışına neden olabilecek birçok faktör vardır, fakat bunlardan en önemlisi hipoksemiye bağlı gelişen pulmoner vazokonstrüksiyondur. KOAH'ta inflamasyonun sadece hava yolları ile sınırlı olmadığı, damar yatağında var olan lenfositten zengin inflamasyonun endotel disfonksiyonuna ve intimada fibrozise yol açarak damar lumeninde daralmaya ve sonuçta pulmoner hipertansiyona yol açtığı gösterilmiştir. Bunların dışında, amfizemde meydana gelen parankimal destruksiyon, damar yatağında harabiyete neden olarak; hipoksemiye bağlı polisitemi, kanın viskozitesini arttırarak; adezyon moleküllerinin artışı, mikroembolileri ve trombüs gelişimini kolaylaştırarak; hiperkapni ve asidoz, damar düz kasında kontraksiyona yol açarak pulmoner hipertansiyona katkıda bulunur (68).

2.8. Hastalığın Tedavisi

KOAH'lı hastalar, emosyonel, bilişsel, fiziksel aktivitelerdeki değişiklikler, sürekli ilaç kullanma zorunluluğu, evde bakım ve hastalık yönetme gereksinimlerinin artması nedeniyle yoğun, karmaşık problemlerle karşılaşmaktadır (70,71).

KOAH tedavisinin amaçları; hastalığın ilerlemesini önlemek, semptomları iyileştirmek, egzersiz toleransını arttırmak, akut atakları önlemek ve tedavi etmek, komplikasyonları önlemek ve tedavi etmek, yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir (72).

KOAH atağında en sık üç çeşit medikasyon kullanılır. Bu medikasyonlar bronkodilatörler, kortikosteroidler ve antibiyotiklerdir. Sistemik kortikosteroidler ve antibiyotikler; iyileşme zamanını kısaltabilir, akciğer fonksiyonlarında (FEV1) ve arteriyel hipoksemide (PaO2) iyileşme sağlayabilir, erken relaps riskini, hastanede kalış süresini azaltabilirler (23).

Farmakolojik ajanlar semptomları azaltmak, alevlenmelerin sıklığını ve şiddetini azaltmak, yaşam kalitesi ve egzersiz toleransını arttırmak için kullanılır. Bu amaçla β_2 agonistler, antikolinerjikler, fosfodiesteraz inhibitörleri, inhale steroidler ve bunların kombinasyonları kullanılmaktadır. İlaçların inhaler yolla verilmesi tercih edilir. Tek bir ilacın dozunun arttırılması yerine farklı gruptan olanların kombinasyonu etkiyi artırır ve yan etkiyi azaltır (73).

Uzun süreli oksijen tedavisi (USOT), solunum yetmezliği olan hastalarda yaşam süresini uzatan az sayıda tedaviden birisidir. Ülkemizde de her yıl 1500-2000 konsantratör reçete edildiği ve USOT alan hasta sayısının 10000-15000 olduğu tahmin edilmektedir (74). USOT hastaların hastanede yatış süresini ve hastaneye başvuru sayılarını da düşürmektedir (75).

USOT, kronik hipoksemi ile seyreden kronik solunum yetmezliğinde düşünülmesi gereken bir tedavi yöntemidir. Birçok hasta halen kronik hipoksemi nedeni ile USOT almaktadır. ABD’de 800.000’in üzerinde hastanın USOT aldığı bildirilmektedir (77). Oksijen tedavisinin amacı yeterli oksijenasyonun ($PaO_2 > 60$ mmHg veya $SaO_2 \%90$) sağlanmasıdır (1).

USOT için KOAH’lı hastalar en büyük grubu oluşturmaktadır ve USOT etkinliği ile ilgili bilgilerin çoğu bu hasta grubunu içeren çalışmalardan elde edilmiştir. KOAH’lı hastalarda oksijen tedavisi ile ilgili yapılan ilk çalışmalarda, 4-8 hafta süre ile uygulanan sürekli oksijen tedavisinin egzersiz toleransında düzelmeye, hematokritte ve pulmoner arter basıncında azalmaya neden olduğu gösterilmiştir (77).

USOT için en pratik ve yaygın uygulama oksijen konsantratörleridir. Konsantratörler, elektrik enerjisi ile çalışır, oda havasında nitrojeni ayırır ve oksijeni konsantre edip hastaya verirler. Sabit oksijen kaynağı ihtiyacı olan hastaların çoğu oksijen konsantratörleri kullanırlar. Hasta immobil veya yatağa bağlı değilse hem sabit hem de mobil oksijen sistemleri sağlanmalıdır (78).

Noninvaziv pozitif basınçlı ventilasyonun (NIMV), KOAH akut atağında gelişen akut hipoksemik ve/veya hiperkapnik solunum yetmezliği olgularında ilk seçilecek tedavi yaklaşımı olduğu günümüzde kabul edilmektedir (57). Ülkemizde Çelikel ve arkadaşları tarafından yapılan randomize, kontrollü bir çalışmada akut solunum yetmezliği (ASY)’nin eşlik ettiği KOAH akut atağında NIMV uygulamasının medikal tedaviye üstün olduğu gösterilmiş ve dünya literatürüne sunulmuştur (79).

Hiperkapniye bağlı bilinç bozukluğu NIMV uygulaması için kontrendikasyon değildir. NIMV başarısı, 1-2. ve 4-6. saatlerde alınan arteriyel kan gazları ve hastanın kliniği ile değerlendirilmelidir. Solunumsal asidozun düzelmesi ve nefes darlığının gerilemesi NIMV’nin başarılı olduğunu gösterir (1).

2.9. Bakım Verme (Care Giving), Bakım Veren (Caregiver) ve Bakım Yüğü Kavramları

Bakım verme; “bakım sunma faaliyetlerini ve sorumluluklarını üstlenme süreci” olarak tanımlanmaktadır (80). Bakım veren ise “hastalığı, sakatlığı ya da sadece yaşlılığı nedeniyle kendine bakamayan bireylere ücretsiz olarak yardım eden ya da yardımı düzenleyen kişiler” olarak tanımlanmaktadır (81).

Bakım verme formal ya da informal olmak üzere genellikle iki şekilde incelenmektedir. Formal bakım verme; evde ya da kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır. Evde formal bakım sağlayanlar daha çok hemşire, terapistler, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcılarıdır. İnfomal bakım verme ise, bir yakının yardım etmesi ile verilen bakımdır. İnfomal bakım verenler ücret almayan, evde bakım sağlayan aile üyeleri veya arkadaşlardır (82).

Bakım veren hastanın bakımını yapmak veya izlemekten sorumlu olan, primer bakım veren ise, bu sorumluluğu sürdürmekten birinci derece sorumlu olan kişi olarak tanımlanmaktadır. Primer bakım verenler dört şekilde sınıflandırılmaktadır. Birinci tip bakım veren; tüm bakımın planlanması, uygulanması ve izleminden sorumlu olan kişidir. İkinci tip bakım veren; tüm bakımdan sorumlu kişiler olup dışarıdan, informal destek kaynaklarından destek alan kişilerdir. Üçüncü tip bakım veren; hem formal hem de informal kaynaklardan destek alarak bakım veren kişilerdir. Dördüncü tip bakım veren ise; bakımdan tamamen sorumlu olmayan kişilerdir (80).

Bakım veren kişiler üzerinde bakım verme sürecinin olumsuz etkilerini ortaya koymaya çalışan araştırmacılar “yük” kavramını tanımlamıştır (83,84,85). Literatürde “yük” bakım verenin sorumluluğunu aldığı bakımın ortaya çıkardığı psikolojik sıkıntı, sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar şeklinde ifade edilmektedir (80).

Ayrıca, bakım veren yükü ise; “hastaların bakımından kaynaklanan ekonomik kısıtlılık, duygusal ve sosyal baskı ve fiziki çalışmanın birleşiminden doğan psikolojik durum” olarak ifade edilmiştir (86,87).

Bakım verme yükünün subjektif ve objektif olarak iki boyutta değerlendirilmektedir (80,83). Objektif yük somut olup, fiziksel işler ve bakımın

neden olduğu güçlükler olarak tanımlanır. Bu, bakım verenin tüm işleri, deneyimleri ve yapamadığı günlük aktivitelerini kapsamaktadır. Objektif yük boyutları; bakım verilen bireyin ekonomik bütünlüğü, aile rutinlerinin bozulması, davranışlarını yönetmeye çalışma, diğer aile bireylerinin gereksinimlerinin karşılanamaması, sosyal aktivitelerin yapılamaması, çalışma hayatının etkilenmesi, uygun bir bakım ortamı bulamama şeklinde sıralanmaktadır (83). Subjektif yük ise, kişinin objektif yüklerle başetmeye çalışırken yaşadığı sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır. Bazı araştırmacılar subjektif yükü, bakım vericinin içinde bulunduğu durum nedeniyle duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı sunulan tutumlar ve keder, sıkıntı, utanma ve suçluluk gibi duygusal tepkiler olarak belirtilmektedir (83).

2.10. Bakım Veren Bireylerin Gereksinimleri

2.10.1. Bakım vermenin zorlukları

Aile ve aile bakım vericilerinin gereksinimlerine değinilmesini palyatif bakımın primer amaçlarından biri olarak tanımlamıştır. Sağlık profesyonellerinin bakım verenlere destek sağlayabilmesi, uygun girişimleri planlayabilmesi ve girişimlerin sonuçlarını değerlendirebilmesi için öncelikli bakım verme yükünü tanımlayabilmeleri gerekmektedir (88). İlgili literatür incelendiğinde, bakım verme yükünün hem bakım verenlerin hem de bakım verilen bireylerin cinsiyet, yaş, çalışma durumu, eğitim düzeyi, kendi sağlığına ilişkin algısı, dini inançları, bakım vermeye bakışı, kültürel düzeyi, sosyoekonomik durumu gibi özelliklerinden etkilendiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (82,89,90). Örneğin, bakım verenin yaşı ile yük arasında ilişki olduğunu, yaşlı bakım verenlerin daha fazla yük yaşadıklarını gösteren çalışmalar (91,92) olduğu gibi, bakım yükü ile yaş arasında negatif ilişki olduğunu, genç bakım verenlerin daha fazla yük yaşadıklarını, çünkü aile yaşamlarında belirgin değişiklikler yarattığını belirten çalışmada bulunmaktadır (86,93,94). Ertem ve arkadaşlarının 2009'da yaptığı çalışmada, evli olanların ve eğitim durumu yüksek olanların yaşam kalitelerini daha iyi sürdürebildikleri saptanmıştır (95). Yaşar (2009)'ın araştırmasında bakım verenlerin %14.3'ü bilgi ve beceri eksikliğinden dolayı güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir (84). Türkoğlu'nun yaptığı çalışmada da bakım vericilerin bakım verme yükü ile bakım verdikleri süre arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmuştur (96). Hastanın günlük yaşam

aktivitelerindeki bağımlılığının derecesi arttıkça bakım verenin bakım yükünün arttığı belirlenmiştir (97). Mollaoğlu ve ark. (2011) araştırmalarında hastanın ihtiyaçlarını karşılayan bakım verenlerin bakım yüklerinin daha fazla olduğu görülmüştür (85). Akyar ve Akdemir (2009) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin % 78,6'sının bakım vermede güçlük yaşadığı tespit edilmiştir (98).

2.10.2. Bakım verenlerin yaşadığı güçlükler

Bakım verme sürecinde yaşanan zorluklar bakım verenlerin yaşamlarında emosyonel alanda; huzursuzluk, uykusuzluk, benlik saygısında azalma, kızgınlık, hayal kırıklığı, depresyon, alışılmışın dışında davranışlar ve problem çözmede güçlük yaşamaya neden yaşanmaktadır. En yaygın görülen problemler ise stres ve anksiyete gibi sıkıntı ve sorunlara neden olabilmektedir. Yaşam kalitesi bozulmakta ve sağlık sorunları artmaktadır (82).

Ayrıca, bakım veren bireylerde bakım verme nedeniyle hazımsızlık, iştahta değişim, düzensiz yemek yeme, baş ağrısı, kronik yorgunluk, vücut ağırlığında artış ya da azalma kas ağrısı, giyim ve kuşamda dağınıklık, konsantrasyon güçlüğü gibi fiziksel güçlükler, sosyal izolasyon, alkol ve ilaç kullanımında artışla kendini gösteren emosyonel sorunlar ortaya çıkabilmektedir (99).

Evde bakım sağlamanın ekonomik maliyeti, bakım verenlerin güçlük yaşamasında etkilidir. Sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan masrafların ek yük oluşturması, iş saatlerinin azaltılması ya da işin sonlandırılması önemli ekonomik sorunlardandır. Bakım verme nedeni ile işlerinden ayrıldıklarında, çalışma ve emekliliğin avantajlarından, kişisel doyumdan ve kazançtan vazgeçmek zorunda kalabilmeleri bu yükü arttırmaktadır (82).

Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin en çok yaşadıkları problemlerin aile içi çatışmalar, ailenin parçalanması, hastalığın neden olduğu finansal yük ve kişisel bakım yükleri olduğu belirtilmiştir (100).

Bakım verenler yaşamlarını sevdiklerinin ihtiyaçları doğrultusunda düzenleyebilir ya da aile üyeleri tarafından böyle bir düzenleme yapması beklenebilir. Aile, arkadaş ilişkileri ya da sosyal etkinliklerden fedakarlık yapan bakım verenin, eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktiviteleri kısıtlanmakta, bu nedenle de sosyal problemler ortaya çıkmaktadır (82).

2.10.3. Kronik hastalıklara göre yaşanan sorunlar

Yaşlılık yaşanan bireylerde pek çok sorunun ortaya çıktığı bir dönemdir. Kronik hastalıklar artması, yaşam kalitesinin düşmesi ve yaşanan bireylerin yaşamlarını sağlıklı devam ettirebilmeleri destek gereksinim ortaya çıkarır. Bunun yanında psikolojik sorunların da ve beklentilerin de artması gibi sosyal sorunlara da neden olmaktadır.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de nüfusun yaşlanması ve beklenen yaşam süresinin uzamasıyla birlikte, hastalık yükü giderek artmakta ve bu hastalıkların büyük çoğunluğunu kronik hastalıklar oluşturmaktadır (46). Ülkemizde ölüme neden olan ilk 10 hastalıktan yedisinin kronik hastalıklar olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (45).

Kronik hastalıklar sağlık hizmeti, bakım ve tedavi masrafları yönünden hasta ve yakınlarını fakirlik sınırının altına düşürebilmektedir. Kronik hastalıklar düşük ve orta gelir düzeyli ülkelerde ağır bir yük oluşturmakta ve ölümlerin %80'ini oluşturmaktadır (101,102). Bireylerin yaşamını her açıdan etkilediği için sağlık çalışanları tarafından uzun süreli olarak izlem gerektiren kronik hastalıklar bireyin uyum kapasitesini değiştiren başlıca stres kaynaklarından olmakla birlikte, beraberinde getirdiği tedaviler, ilaçlar, aile ilişkilerinde bozulma, beden imajında değişiklik gibi faktörlerde stres kaynağı olabilmektedir (103). Beden imajında değişiklik, yaşam biçiminde bozulma ve aile içi rol değişiklikleri söz konusu olabilmektedir. Bu nedenle kronik hastalıklarda bakım vermenin yönetimi, fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psiko-sosyal problemlerin yönetimini de kapsamaktadır (103,104). Günümüz sağlık sisteminde ayaktan tedavi ve evde bakımın benimsenmesi nedeniyle kronik hastalıklı bireylere bakım veren primer bakım verenlerin bakım verme yükü artmıştır (105). Ceylan (2007) yaptığı çalışmada şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin % 75'inin hastanın çocukları, kronik böbrek yetmezliği hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin % 51,8'inin hastaların eşleri olduğu saptanmıştır (106). Kültürümüzde yatağa bağımlı hastanın bakımında çocuklar önemli bir yere sahiptir. Öner (2012) onkoloji hastalarına bakım verenlerin yüklerini belirlediği çalışmasında bakım verenlerin % 67,5'i bakımda güçlük yaşadığını belirtmiştir (107). Demir (2012)'in Kırşehir'de demanslı yaşlıya birincil bakım verenlerin yüklerinin azaltılmasında Neuman Sistemler Modeli'nin etkisini belirlemek amacıyla yaptığı doktora tez çalışmasında, eğitim öncesi, eğitim

sonrası bakım verenlerin (n=30) bakım yüklerindeki değişim incelenmiştir. Çalışma sonunda verilen eğitimin bakım yükünü azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (108).

2.10.4. KOAH'ta yaşanan sorunlar

KOAH'lı hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme, ilaçlarını kullanma, oksijen uygulaması ve sağlık kontrollerinin düzenli yapılması için bir bakım verenin desteğine gereksinim duymaktadır. Bakım verenler hastanın desteğe ihtiyacı olan konuların belirlenmesi, semptomların tedavisinin sürdürülmesi, akut tıbbi durumların ortaya çıkması ve tekrarlı hastane yatışlarının önlenmesi gibi çeşitli konularda sorumluluk almaktadırlar (109,110). Yapılan çalışmalar KOAH'ın günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyerek hastaların bağımlılık düzeylerini artırdığını göstermektedir (28,111,112). KOAH nedeniyle hastaların aile düzenleri etkilenmekte, sosyal izolasyon yaşanmakta ve bağımlılık düzeyi artmakta ve yaşam kalitesi düşmektedir (113). KOAH'ta yaşanan solunum sıkıntısının hem hastalar hem bakım vericiler tarafından stresli, korku yaratan ve baş edilmesi çok zor bir durum olarak algılandığı belirlenmiştir (114). Bakım verenin işinin olmasının anlamlı farklılık yarattığı, evin dışında işe sahip olan yakının yükünün daha az olduğu bulunmuştur. Evin dışındaki günlük aktivitenin rolün dışına çıkmayı sağlayarak yükü hafiflettiği belirtilmiştir (86).

Kömürcüoğlu ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında KOAH olan bireylerin 1/3'üne depresyon tanısı konulduğu, yatarak tedavi görenlerde depresyonun daha fazla görüldüğü ifade edilmiştir (115). Bunun sebebi, Korkmaz ve Tel'in çalışmasında (2010) KOAH'lı hastaların ilerleyici fiziksel güç kaybı, kişilerarası ilişkiler, sosyal etkinlikler gibi sorunlar yaşaması ve bu sorunların hastanın benlik saygısını ve kendine güvenini azaltması olarak belirtilmiştir (116).

KOAH önemli oranda can ve mal kaybına yol açan önlenebilir bir halk sağlığı sorunudur. Aynı zamanda kronik hastalıklara bağlı olarak gelişen erken ve geç komplikasyonların tedavileri için hastaların hastane yataklarında uzun süre kalmalarına bağlı sosyal ve psikolojik rahatsızlıklar ortaya çıkmaktadır. Hastalığın hasta üzerindeki olumsuz sonuçları düşünüldüğünde bakım verenlerin yaşadığı güçlüklerin belirlenmesi önemlidir. Var olan kaynakların en uygun biçimde kullanılması, yalnızca tedavi edici değil koruyucu, destekleyici ve rehabilite edici sağlık ve sosyal hizmetlerin kullanılması ve koruyucu hekimliğe önem verilmesi

Ülkemiz açısından yaşamsal önemdedir. Bu nedenle, bu alışma, KOAH Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumlarının ve Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma KOAH'lı hastaların hastalığa psikososyal uyumlarını ve bakım verenlerin yaşadığı güçlükleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı-karşılaştırmalı tipte bir çalışmadır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Göğüs Hastalıkları Servisinde 03 Mart 2014-03 Ağustos 2014 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi 549 yataklıdır. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Göğüs Hastalıkları bölümünde hastalara göğüs hastalıkları ve torasik onkoloji poliklinikleri, yataklı tedavi, yoğun bakım hizmeti, bronkoskopi ve Endobronşial ultrasonografi (Ebus) işlemi ve uyku laboratuvarı gibi hizmetler verilmektedir. Yataklı servis 21 yataklı olup hastalar birer kişi refakatçileri ile birlikte kalmaktadır. Göğüs hastalıkları servisi beş adet tek kişilik özel oda, üç adet dört kişilik oda ve bir adet dört kişilik non-invaziv mekanik ventilasyon odası ve 11 yataklı bir yoğun bakıma sahiptir. Göğüs hastalıkları bölümü iki profesör, bir doçent, dört yardımcı doçent ve iki asistan, gündüz mesaisinde çalışan bir sorumlu hemşire, 7 vardiyalı mesaide çalışan hemşire ya da sağlık memuru ve 6 hasta bakıcı ekibinden oluşmaktadır. Servislerde 24 saat hizmet verilmekte olup araştırmanın yapıldığı tarihte 7 uzman, 2 asistan hekim ve 8 hemşire ya da sağlık memuru vardiyalı olarak görev yapmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 03 Mart 2014- 03 Ağustos 2014 tarihleri arasında Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Göğüs

Hastalıkları Servisinde yatarak tedavi gören, KOAH tanısı almış, 18 yaş ve üzerinde, mental rahatsızlığı ya da iletişimi engelleyebilecek bir sorunu bulunmayan 204 hasta ve bu hastalarla hastanede refakatçi olarak bulunan kişilere sözel olarak primer bakım veren olup olmadığı sorularak hastaların primer bakım verenleri olan, 18 yaş ve üzerinde olan, herhangi bir psikiyatrik problemi bulunmayan, iletişimi engelleyebilecek bir sorunu olmayan 204 hasta yakını oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimi yapılmadan evrenin tamamına ulaşılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçlarının Özellikleri

Araştırmaya ait veriler hem hastalardan hem de hastaya bakım verenlerden toplanmıştır. KOAH'lı hastalardan veri toplamak için ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen ve hastaların sosyodemografik özelliklerini, hastalık öykülerini değerlendiren Anket Formu ve hastaların hastalığa psikososyal uyumlarını değerlendiren Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) kullanılmıştır. Hastalara bakım veren hasta yakınlarından veri toplamak için ise; ilgili literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen ve hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerini, hastaya verdikleri bakıma ait özellikleri değerlendiren Anket Formu ve hasta yakınların bakım verirken yaşadıkları güçlükleri değerlendiren Bakım Verme Yüğü Ölçeği kullanılmıştır.

3.5.1. Hastaya ait veri toplama araçları

1. Anket Formu: Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak geliştirilen form, hasta bireylerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 14 soru ve sağlık durumlarını belirlemeye yönelik 12 soru olmak üzere toplam 26 sorudan oluşmaktadır (6,8,13).

2. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR): Ölçek, hastalığa psikososyal uyumu değerlendirmek amacıyla Derogatis tarafından 1986 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde psikososyal ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği, Adaylar (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçek bireylerin diğer bireylerle ve sosyokültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçmektedir

(117,118). Ölçek, 46 madde ve yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler şunlardır:

1. Sağlık Bakımına Uyum (8 madde)
2. Mesleki Çevre (6 madde)
3. Aile Çevresi (8 madde)
4. Cinsel İlişkiler (6madde)
5. Geniş Aile ilişkileri (5 madde)
6. Sosyal Çevre (6 madde)
7. Psikolojik Distres (7 madde)

Ölçekte her bir soru için uyumun değişen seviyelerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılmıştır. Katılımcı kendi kişisel deneyimini en iyi en yakın şekilde tanımlayan yanıtı seçebilmektedir. Ölçekte yer alan maddelere 0 ve 3 arasında değişen puanlar verilerek, yanıtlar sayısal değerlere dönüştürülmektedir. Hastalıktan bu yana büyük oranda olumsuz değişiklikler 3 puanla, değişiklik olmaması veya olumlu değişiklikler 0 puanla değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek 138'dir. Ölçekten düşük puanlar hastalığa "iyi psikososyal uyumu", yüksek puanlar hastalığa "kötü psikososyal uyumu" göstermektedir. Ölçekte 0-34 arasındaki puan "iyi psikososyal uyumu", 35-51 arası puan "orta derecede iyi psikososyal uyumu", 52-138 arası puan "kötü psikososyal uyumu" göstermektedir. Bu akut ve kronik hastalığı olan hasta örnekleminde PAIS-SR'nin alt grupları için alpha değerleri sırası ile 0.80-0.95 arasında, tüm ölçek için 0.94 olarak bildirilmiştir. Adaylar (1995) aynı çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde PAIS-SR'nin tümü için alpha değerini 0.92 olarak, alt gruplar için alpha değerini sırası ile 0.87, 0.83, 0.78, 0.96, 0.92, 0.79 olarak bildirilmiştir. Akın ve Durna'nın (2006) kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumunu değerlendirdikleri çalışmada da güvenilirlik katsayıları alt gruplar için 0.71- 0.89 arasında, tüm ölçek için 0.90 olarak bulunmuştur (119). Çınar'ın (2009) hemodiyaliz hastalarında psikososyal uyum ve sosyal desteği değerlendirdiği çalışmasında Cronbach Alpha katsayısının tüm ölçek için 0.78, alt boyutlarda 0.71 ile 0.79 arasında olduğu saptanmıştır (120). Bu çalışmada da Cronbach Alpha katsayısı tüm ölçek için 0.87, alt boyutlar için 0.71- 0.79 arasında belirlenmiştir.

3.5.2. Hasta yakınlarına ait veri toplama araçları

1. Anket Formu: Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak (kaynak) geliştirilen form, bakım vericilerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 14 soru ve bakım verme öykülerini belirlemeyi amaçlayan 7 soru olmak üzere toplam 21 sorudan oluşmaktadır.

2. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı: Ölçek, bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık ya da hemen her zaman şeklinde “0” dan “4” e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir (121). Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Zarit ve Zarit’in (1990) oluşturduğu ölçeğın iç tutarlılık katsayısı 0.87 ile 0.94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0.71 olarak bulunmuştur. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı’nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İnci (2006) tarafından yapılmış ve Cronbach Alpha değeri 0.95 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen Cronbach Alpha değeri ise 0.96’dır.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılacak olan anket formlarının hasta ve bakım veren hasta yakınları için uygun olup olmadığını değerlendirmek için hastanenin farklı bir servisinde kronik hastalığı nedeniyle yatarak tedavi gören 10 hasta ve yakınına ön test olarak uygulanmıştır. Ön test sonrasında hasta ve bakım veren hasta yakınlarından gelecek olan geri bildirimleri sonrasında anket formlarına son hali verilmiştir. Örneklem seçim kriterlerine uyan hasta ve bakım veren hasta yakınlarına araştırmacının amacı ve önemi hakkında bilgi verilmiş, çalışmaya katılmak isteyen hasta ve yakınlarından yazılı onam alınmıştır. Anket formları ve ölçekler araştırmacı tarafından hasta ve bakım veren hasta yakınlarına yüz yüze görüşme yöntemi uygulanmıştır.

3.7. Etik Kurul İzni ve Bilgilendirilmiş Onam

Araştırma için Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan yazılı izin alınmıştır (11.08.2014-2014/3). Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan “Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)” için, ölçeğin Türkçeye uyarlamasını, geçerlik ve güvenilirliğini yapan Adaylar (1995)’dan ve “Bakım Verme Yükü Ölçeği”nin Türkiye’de geçerlik güvenilirliğini yapan İnci (2006)’den yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği’nden gerekli izin alınmıştır. Araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hasta ve bakım veren hasta yakınlarından yazılı onam alınmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 18.0 Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanılarak yapılmıştır. Kategorik yapıdaki veriler için sayı ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analiz için Kruskal-Wallis Testi, Mann-Whitney U Testi, Student T Testi kullanılmıştır. Ölçümler arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilmiş olup, $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde bulgular aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur:

4.1. Hastalara İlişkin Bulgular

4.1.1. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular

4.1.2. Hastaların sağlık davranışlarına ilişkin bulgular

4.1.3. Hastaların sağlık durumu özelliklerine ilişkin bulgular

4.1.4. Hastaların hastalığa uyumlarına ilişkin bulgular

4.1.5. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre hastalığa uyumlarının değerlendirildiği bulgular

4.1.6. Hastaların sağlık durumu özelliklerine göre hastalığa uyumlarının değerlendirildiği bulgular

4.2. Bakım Verenlere İlişkin Bulgular

4.2.1. Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular

4.2.2. Bakım verenlerin bazı özelliklerine ilişkin bulgular

4.2.3. Bakım verenlerin bakım verme yüklerinin değerlendirildiği bulgular

4.3. Hastalığa Psikososyal Uyum ile Bakım Verme Yükü Arasındaki İlişkinin Değerlendirildiği Bulgular

4.1. Hastalara İlişkin Bulgular

4.1.1. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular

Tablo 4.1.'de araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması 67.0 ± 11.7 ve %31.3'ü (n=64) 75 yaş ve üzerindedir. Hastaların %72.1'i (n=147) erkek, %80.4'ü (n=164) evli, %56.9'u (n=116) 4-6 çocuğa sahip, %47.5'i (n=97) ilkokul mezunu, %47.1'i (n=96) ilçede yaşamakta, %49.5'i (n=101) eşi ve %49.5'i (n=101) eş ve çocukları ile

birlikte yaşamakta, %62.3'ü (n=127) maden emeklisi, %70.1'inin (n=143) geliri giderinden az ve %97.5'inin (n=199) sosyal güvencesi SGK'dır. (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları (n=204)

Değişkenler	X±SD	Minimum-Maksimum
Yaş	67.0±11.7	38-88
	n	%
Yaş		
38-54	35	17.2
55-64	52	25.5
65-74	53	26.0
75 ve üzeri	64	31.3
Cinsiyet		
Kadın	57	27.9
Erkek	147	72.1
Medeni Durum		
Evli	164	80.4
Eşi ölmüş	39	19.1
Eşinden ayrılmış	1	0.5
Çocuk Sayısı		
1-3	88	43.1
4-6	116	56.9
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	22	10.8
Okur yazar	6	2.9
İlkokul	97	47.5
Ortaokul	73	35.8
Lise	5	2.5
Lisans mezunu	1	0.5
Yaşadığı Yer		
İl	50	24.5
İlçe	96	47.1
Köy	58	28.4
Evde Yaşanılan Kişiler		
Yalnız	1	0.5
Eş ile	101	49.5
Eş ve çocuklar ile	101	49.5
Diğer aile bireyleri	1	0.5
Çalışma yaşamı		
Ev hanımı	57	27.9
Maden işçisi	127	62.3
Diğer	20	9.8
Gelir durumu		
Gelirim giderimden az	143	70.1
Gelirim giderime eşit	61	29.9
Sosyal Güvencesi		
SGK*	199	97.5
Yeşil Kart	5	2.5

*SGK-Sosyal Sigortalar Kurumu

4.1.2. Hastaların sağlık davranışlarına ilişkin bulgular

Hastaların sağlık davranışlarının dağılımı Tablo 4.2.'de yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, hastaların %70.6'sının (n=144) sigara ve %66.2'sinin (n=135) alkol kullanıp bıraktığı ve sigara kullananların %53.1'inin (n=76) 21-40 yıl arasında sigara kullandığı görülmektedir.

Tablo 4.2. Hastaların Sağlık Davranışlarının Dağılımı

Değişkenler	n	%
Sigara		
Hiç kullanmadım	60	29.4
Kullandım, bıraktım	144	70.6
Süre		
20 yıl ve altı	14	9.8
21 – 40 yıl	76	53.1
41 yıl ve üzeri	53	37.1
Miktar		
1 paket (20 tane) ve altı	53	37.3
1 paket (20 tane) üzeri	89	62.7
Alkol		
Hiç kullanmadım	68	33.3
Kullandım, Bıraktım	136	66.7
Süre		
20 yıl ve altı	28	21.1
21 – 40 yıl	80	60.2
41 yıl ve üzeri	25	18.8
Kullanıyorum	1	0.5

4.1.3. Hastaların sağlık durumu özelliklerine ilişkin bulgular

Tablo 4.3.'de hastaların sağlık durumu özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Hastaların %44.6'sının (n=91) 11 yıl ve üzerinde KOAH tanısının olduğu ve %39.2'sinin (n=80) KOAH'a ek olarak iki diğer kronik hastalığa sahip olduğu, %24.5'inin (n=50) 6-10 arası ilaç kullandığı, %88.2'sinin (n=180) düzenli olarak sağlık kontrolünü yaptırdığı, %52.9'unun (n=108) sağlığını çok kötü-kötü algıladığı, %85.8'inin (n=175) KOAH nedeniyle hastaneye yatış öyküsünün bulunduğu,

%36.3'ünün (n=74) yardımcı araç kullandığı ve %36.3'ünün (n=74) günlük yaşam aktivitelerini yardımla yapabildiği belirlenmiştir. (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hastaların Sağlık Durumu Özelliklerinin Dağılımı (n=204)

KOAH Hastalığı Süresi	n	%
0-5 yıl	53	26.0
6-10 yıl	60	29.4
11 yıl ve üzeri	91	44.6
Diğer Kronik Hastalıklar		
Yok	22	10.8
1 tane	79	38.7
2 tane	80	39.2
3 ve üzeri	23	11.3
Düzenli Kullandığı İlaç		
1-5	154	75.5
6-10	50	24.5
Düzenli Sağlık Kontrolü Yapırma Durumu		
Hayır	24	11.8
Evet	180	88.2
Sağlık Durumunu Değerlendirme Durumu		
Çok Kötü	22	10.7
Kötü	86	42.2
Orta	84	41.2
İyi	12	5.9
KOAH Nedenli Hastaneye Yatış Öyküsü		
Hayır	29	14.2
Evet	175	85.8
Yardımcı Araç Kullanım Durumu *		
Hayır	130	63.7
Evet	74	36.3
Bağımlılık Durumu		
Yatağa bağımlıyım	2	1.0
Günlük yaşam aktivitelerimi yardımla yapabiliyorum	74	36.3
Günlük yaşam aktivitelerimi kendi başıma zorlanarak yapabiliyorum	45	22.1
Günlük yaşam aktivitelerimi zorlanmadan yapabiliyorum	83	40.6

* Oksijen konsantratörü, Nebulizatör, Noninvaziv Mekanik Ventilator

4.1.4. Hastaların hastalığa uyumlarına ilişkin bulgular

Hastaların psikososyal uyum düzeyleri incelendiğinde, hastaların %90.7'sinin (n=185) hastalığa uyumlarının kötü, %5.4'ünün (n=11) orta ve sadece %3.9'unun (n=8) iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hastaların Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) toplam ve alt boyut puan değerlerine ilişkin bulgular Tablo 4.4.'de yer almaktadır. Hastaların genel anlamda psikososyal uyumlarının olumsuz olduğu

(68.80±15.23), olumsuzlukların sırası ile cinsel ilişkiler, sosyal çevre ve mesleki çevre alanlarında daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Toplam ve Alt Boyutların Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Minimum ve Maksimum Değerleri

Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)	Madde Sayısı	X±SD	Median	Min	Max
Sağlık Bakımına Uyum	8	9.39±3.66	9	1	18
Mesleki Çevre	6	9.78±2.68	10	2	18
Aile Çevresi	8	9.06±3.07	9	1	24
Cinsel İlişkiler	6	15.37±2.66	16	0	18
Geniş Aile ilişkileri	5	4.81±2.56	5	0	15
Sosyal Çevre	6	11.03±4.00	11	0	17
Psikolojik Distres	7	9.36±3.93	9	0	21
Toplam	46	68.80±15.23	69	12	127

4.1.5. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre hastalığa uyumlarının değerlendirildiği bulgular

Hastaların yaş gruplarına göre sağlık bakım ($p=0.003$) ve sosyal çevre ($p=0.006$) uyumlarının anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Farklılıkların hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U analizi yapılmıştır. Yapılan ileri analizde, sağlık bakımına uyum ile ilgili farklılıkların 38-54 yaş grubu yaşlılar ile 55-64 ve 75-84 yaş grubundaki hastalar arasında olduğu belirlenmiştir ($p<0.0083$). 38-54 yaş grubundaki yaşlıların sağlık bakımına uyumlarının 55-65 ve 75-84 yaş grubundaki hastalara göre anlamlı düzeyde daha iyi olduğu belirlenmiştir. Sosyal çevreye uyum ile ilgili farklılıkların ise, 38-54 yaş grubu hastalar ile 55-64 yaş grubundaki hastalar arasında olduğu tespit edilmiştir ($p<0.0083$). 35-84 yaş grubundaki hastaların sosyal çevreye uyumlarının 55-64 yaş grubundaki hastalara göre anlamlı düzeyde daha iyi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması

Yaş	Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (Pais-Sr)							
	Ölçek Toplam Puanı	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Distres
38-54	64.66±12.77	7.63±3.15	9.69±2.91	8.97±2.92	15.37±2.25	4.43±2.02	9.77±3.69	8.80±3.80
55-64	70.08±13.37	10.11±3.45	9.81±2.90	8.54±2.56	15.31±2.62	4.54±2.1	12.21±4.27	9.56±3.77
65-74	67.25±14.74	9.02±3.17	9.91±2.54	8.91±3.16	15.60±2.52	4.23±2.10	10.83±4.09	8.75±3.75
75-84	71.31±17.78	10.06±4.14	9.70±2.53	9.66±3.41	15.22±3.03	5.72±3.19	10.94±3.68	10.02±4.23
Test	KW=5.584	KW=13.941	KW=0.745	KW=3.149	KW=0.990	KW=6.087	KW=12.331	KW=3.943
P	0.134	0.003	0.862	0.369	0.804	0.107	0.006	0.268

Hastaların genel psikososyal uyum, sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkilere uyum, geniş aile ilişkilerine uyum, sosyal çevreye uyum ve psikolojik distres yaşama durumlarının cinsiyet özelliklerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Hastaların Cinsiyet Özelliklerine Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması

Değişken	Ölçek Toplam Puanı	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Distres
Cinsiyet								
Kadın	68.67±17.99	9.42±3.99	9.53±2.56	8.63±3.08	15.30±2.56	4.86±2.69	11.19±4.45	9.74±3.88
Erkek	68.85±14.08	9.37±3.54	9.88±2.72	9.22±3.06	15.39±2.70	4.79±2.52	10.97±3.82	9.21±3.95
Test değeri	U=-0.553	U=-0.255	U=-0.502	U=-1.567	U=-0.663	U=-0.295	U=-0.688	U=-1.071
p	0.580	0.798	0.616	0.117	0.507	0.768	0.492	0.284

Hastaların medeni durum özelliklerine göre genel psikososyal uyum, sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkilere uyum, sosyal çevreye uyum ve psikolojik distres açısından anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$) ancak, evli olan hastaların geniş aile ilişkilerine uyumlarının bekar hastalara göre anlamlı düzeyde iyi olduğu tespit edilmiştir ($p=0.005$).

Tablo 4.7. Hastaların Medeni Durum Özelliklerine Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması

Değişken	Ölçek Toplam Puanı	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Distres
Medeni durum								
Bekar	71.65±21.32	10.08±4.62	9.80±2.95	9.85±4.46	14.60±3.97	6.00±3.29	10.75±4.20	10.58±4.61
Evli	68.10±13.33	9.22±3.38	9.77±2.62	8.87±2.61	15.55±2.20	4.52±2.27	11.10±3.96	9.07±3.70
U	U= -0.817	U=-0.507	U=-0.268	U=-1.006	U=-0.772	U=-2.833	U=-0.620	U=-1.946
p	0.414	0.612	0.789	0.314	0.440	0.005	0.536	0.052

Hastaların eğitim durumlarına göre genel psikososyal uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkilere uyum, sosyal çevreye uyum ve psikolojik distres açısından anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$), bununla birlikte, sağlık bakımına uyumun eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0.022$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U analizi yapılmıştır. Yapılan ileri analizlerde, sağlık bakımına uyum ile ilgili farklılığın, okuryazar/okuryazar olmayan hastalar ile ortaokul ve üzeri eğitime sahip hastalar arasında olduğu, ortaokul ve üzeri eğitime sahip hastaların sağlık bakımına uyumlarının okuryazar/okuryazar olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde iyi olduğu tespit edilmiştir ($p=0.010$, $p<0.0167$).

Tablo 4.8. Hastaların Eğitim Düzeyine Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması

Değişken	Ölçek Toplam Puanı	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Distres
Eğitim Durumu								
OYD/OY	69.74±15.40	9.80±3.73	9.74±2.71	9.18±3.02	15.23±2.85	5.00±2.70	11.16±4.06	9.63±4.03
İlkokul	67.36±14.87	8.93±3.51	9.68±2.47	8.93±3.14	15.49±2.38	4.49±2.26	10.82±4.03	9.00±3.82
Ortaokul ve üzeri	66.83±16.89	6.33±1.51	11.83±3.97	8.17±3.60	16.67±0.82	4.67±3.14	11.00±2.37	8.17±3.13
Test değeri	KW=1.168	KW=7.670	KW=1.152	KW=0.924	KW=2.572	KW=1.280	KW=0.449	KW=2.755
p	0.558	0.022	0.562	0.630	0.276	0.527	0.799	0.252

Hastaların yaşadığı yer özelliklerine göre genel psikososyal uyum, sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkilere uyum, geniş aile ilişkilerine uyum, sosyal çevreye uyum ve psikolojik distres yaşama açısından anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Hastaların Yaşadığı Yer Özelliklerine Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması

Değişken	Ölçek Toplam Puanı	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Distres
Yaşadığı Yer								
İl	70.54±15.09	10.00±4.12	10.44±2.72	9.02±3.03	15.06±3.43	4.56±2.46	11.80±4.48	9.66±3.72
İlçe	67.79±16.97	9.06±3.74	9.53±2.69	8.97±3.41	15.17±2.68	4.74±2.71	10.78±4.16	9.53±4.28
Köy	68.97±12.09	9.40±3.04	9.62±2.56	9.24±2.49	15.95±1.62	5.14±2.41	10.79±3.18	8.83±3.50
Test değeri	KW=2.240	KW=2.786	KW=5.509	KW=0.744	KW=1.760	KW=3.510	KW=3.894	KW=2.423
p	0.326	0.248	0.064	0.689	0.415	0.173	0.143	0.298

Hastaların evde birlikte yaşadığı kişi özelliklerine göre genel psikososyal uyum, sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkilere uyum, geniş aile ilişkilerine uyum, sosyal çevreye uyum ve psikolojik distres yaşama açısından anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Hastaların Evde Birlikte Yaşadığı Kişi Özelliklerine Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması

Değişken	Ölçek Toplam Puanı	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Distres
Evde Yaşanılan Kişiler								
Eş ile	68.75±15.35	9.46±3.55	9.71±2.69	9.16±3.41	15.41±2.86	4.73±2.55	10.85±4.04	9.43±3.99
Eş ve çocuklar ile	68.62±15.24	9.34±3.78	9.76±2.57	8.85±2.58	15.40±2.44	4.88±2.61	11.20±3.40	9.20±3.84
Test değeri	U=-0.166	U=-0.115	U=-0.149	U=-0.612	U=-0.567	U=-0.162	U=-0.476	U=-1.005
p	0.868	0.908	0.881	0.541	0.571	0.872	0.634	0.315

Hastaların genel psikososyal uyum, sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkilere uyum, geniş aile ilişkilerine uyum, sosyal çevreye uyum ve psikolojik distres yaşama durumlarının çalışma yaşamı özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Hastaların Çalışma Yaşamı Özelliklerine Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması

Değişken	Ölçek Toplam Puanı	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Distres
Çalışma yaşamı								
Ev hanımı	68.67±17.99	9.42±3.99	9.53±2.56	8.63±3.08	15.30±2.56	4.86±2.69	11.19±2.45	9.74±3.88
Maden işçisi	69.53±13.77	9.51±3.26	9.92±2.57	9.24±2.99	15.50±2.62	4.87±2.42	11.13±3.68	9.35±3.88
Diğer	64.55±15.61	8.50±4.97	9.60±3.65	9.10±3.55	14.70±3.16	4.30±3.13	9.95±4.63	8.40±4.43
Test değeri	KW=2.484	KW=2.043	KW=0.737	KW=3.256	KW=2.525	KW=1.027	KW=1.530	KW=1.702
p	0.289	0.360	0.692	0.196	0.283	0.598	0.465	0.427

Hastaların genel psikososyal uyum, sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkilere uyum, geniş aile ilişkilerine uyum, sosyal çevreye uyum ve psikolojik distres yaşama durumlarının gelir durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Hastaların Gelir Durumlarına Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması

Değişken	Ölçek Toplam Puanı	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Distres
Gelir durumu								
Gelirim giderimden az	68.83±15.04	9.30±3.61	9.66±2.71	9.04±3.04	15.44±2.42	5.01±2.63	11.07±3.79	9.31±3.91
Gelirim giderime eşit	68.72±15.80	9.59±3.79	10.07±2.59	9.10±3.17	15.20±3.17	4.33±2.34	10.95±4.49	9.49±4.02
Test değeri	U= -0.592	U= -1.047	U= -1.243	U= -0.300	U= -0.028	U= -1.821	U= -0.455	U= -0.324
p	0.554	0.295	0.214	0.764	0.978	0.069	0.649	0.746

4.1.6. Hastaların sağlık durumu 6zelliklerine g6re hastalığa uyumlarının değerlendirildiği bulgular

Hastaların KOAH tanı süresine göre sağlık bakımına uyum, mesleki 6evreye uyum, cinsel ilişkilere uyum ve psikolojik distres a6ısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bununla birlikte, hastaların KOAH tanı süresine göre genel psikososyal uyumu ($p=0.007$), aile 6evresine uyumu ($p=0.032$), geniş aile ilişkilerine uyumu ($p=0.030$) ve sosyal 6evreye uyumu ($p=0.001$) a6ısından anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Farklılıkların hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek i6in Bonferroni d6zeltmeli Mann-Whitney U analizi yapılmıştır. Yapılan ileri analizde, genel psikososyal uyuma ilişkin farklılığın 0-5 yıldır KOAH olan hastalar ile 6-10 yıldır KOAH olan hastalar arasında olduğu saptanmıştır ($p=0.001$, $p<0.0167$). Aile 6evresine uyuma ilişkin farklılığın ise, 0-5 yıldır KOAH olan hastalar ile 11 ve üzeri yıldır KOAH olan hastalar arasında olduğu belirlenmiştir ($p=0.009$, $p<0.0167$). Geniş aile ilişkilerine uyuma ilişkin farklılığın gruplar arası karşılaştırmada anlamlı olmadığı ancak, hastalık süresi arttık6a geniş aile ilişkilerine uyumun azaldığı saptanmıştır ($p<0.0167$). Sosyal 6evreye uyuma ilişkin farklılığın ise; 0-5 yıldır KOAH olan hastalar ile 6-10 yıldır KOAH olan hastalar arasında olduğu tespit edilmiştir ($p=0.000$, $p<0.0167$). 0-5 yıldır KOAH olan hastaların 6-10 yıldır KOAH olan hastalara göre genel psikososyal uyumlarının, 11 ve üzeri yıldır KOAH olan hastalara göre aile 6evresine uyumlarının ve 6-10 yıldır KOAH olan hastalara göre ise sosyal 6evreye uyumlarının anlamlı düzeyde iyi olduğu belirlenmiştir ($p<0.0167$). (Tablo 4.13)

Tablo 4.13. Hastaların KOAH Tanı Süresine Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması

Değişken	Ölçek Toplam Puanı	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Distres
KOAH Hastalığı Süresi								
0-5 yıl	64.79±10.58	8.74±3.24	9.70±2.69	8.43±2.74	15.28±2.57	4.25±1.82	9.98±3.49	8.42±3.42
6-10 yıl	68.78±15.61	9.50±3.64	9.55±2.64	8.72±2.91	15.35±2.27	4.27±2.12	11.95±4.63	9.45±4.10
11 yıl ve üzeri	71.14±16.84	9.69±3.89	9.98±2.71	9.65±3.28	15.43±2.96	5.49±3.02	11.04±3.71	9.86±4.04
Test Değeri	KW=9.997	KW=3.095	KW=0.620	KW=6.894	KW=1.029	KW=7.007	KW=14.088	KW=5.430
p	0.007	0.213	0.733	0.032	0.598	0.030	0.001	0.066

Hastaların genel psikososyal uyum, sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkilere uyum, geniş aile ilişkilerine uyum, sosyal çevreye uyum ve psikolojik distres yaşama durumlarının KOAH'tan başka kronik hastalığa sahip olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Hastaların Diğer Kronik Hastalıklarına Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması

Değişken	Ölçek Toplam Puanı	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Distres
Diğer Kronik Hastalıklar								
Yok	68.55±12.24	9.95±3.47	9.73±2.41	8.50±2.58	15.45±3.04	4.64±2.75	11.14±3.67	9.14±3.47
1 tane	69.41±16.20	9.58±3.82	9.77±2.66	9.05±2.97	15.70±2.02	4.85±2.66	10.81±4.31	9.65±4.11
2 tane	67.85±15.71	8.90±3.66	9.58±2.77	9.09±3.34	15.20±2.78	4.84±2.50	11.14±3.95	9.11±3.83
3 ve üzeri	70.26±13.18	9.87±3.22	10.57±2.68	9.52±2.97	14.74±3.65	4.74±2.40	11.35±3.54	9.47±4.24
Test Değeri	KW=1.165	KW=2.154	KW=2.764	KW=1.085	KW=2.247	KW=0.331	KW=0.305	KW=0.929
p	0.761	0.541	0.429	0.781	0.523	0.954	0.959	0.818

Hastaların düzenli kullandığı ilaç sayısına göre genel psikososyal uyum, sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkilere uyum, geniş aile ilişkilerine uyum ve sosyal çevreye uyum özellikleri açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bununla birlikte, 6-10 arasında ilaç

kullanan hastaların 1-5 ilaç kullanan hastalara göre daha fazla psikolojik distres yaşadıkları tespit edilmiştir ($p=0.024$). (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Hastaların Düzenli Kullandığı İlaç Sayısına Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması

Değişken	Ölçek Toplam Puanı	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Distres
Düzenli Kullandığı İlaç								
1-5	68.06±14.97	9.35±3.63	9.73±2.49	8.79±2.86	15.54±2.26	4.65±2.46	10.99±4.10	9.01±3.78
6-10	71.06±15.94	9.50±3.77	9.92±3.21	9.88±3.55	14.84±3.61	5.30±2.82	11.16±3.70	10.46±4.21
Test Değeri	U=-1.054	U=-0.001	U=-0.185	U=-1.538	U=-0.527	U=-1.262	U=-0.036	U=-2.263
p	0.292	0.999	0.853	0.124	0.598	0.207	0.971	0.024

Genel psikososyal uyum, sağlık bakımına uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkilere uyum, geniş aile ilişkilerine uyum, sosyal çevreye uyum ve psikolojik distres açısından hastaların düzenli sağlık kontrollerini yaptırma durumlarına göre anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0.05$), düzenli sağlık kontrollerini yaptıran hastaların mesleki çevreye uyumlarının daha kötü düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p=0.023$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Hastaların Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumlarına Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması

Değişken	Ölçek Toplam Puanı	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Distres
Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumu								
Hayır	65.79±14.07	8.75±4.09	8.79±3.31	9.58±2.50	14.42±4.33	4.88±2.47	9.96±4.10	9.42±3.90
Evet	69.20±15.37	9.47±3.60	9.91±2.56	8.99±3.14	15.49±2.34	4.80±2.58	11.18±3.98	9.36±3.95
Test Değeri	U=-1.523	U=-1.193	U=-2.268	U=-1.065	U=-0.767	U=-0.582	U=-1.170	U=-0.453
p	0.128	0.233	0.023	0.287	0.443	0.560	0.242	0.651

Hastaların sağlık algıları göre genel psikososyal uyum ($p=0.000$), sağlık bakımına uyum ($p=0.000$), mesleki çevre ($p=0.001$), aile çevresi ($p=0.000$), seksüel ilişki ($p=0.004$), geniş aile ilişkileri ($p=0.000$), sosyal çevre ($p=0.000$) ve psikolojik distres ($p=0.000$) uyumları arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Farklılıkların hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U analizi yapılmıştır. Yapılan ileri analizde, genel psikososyal uyumlarına ilişkin farklılıkların sağlık algısı çok kötü olan hastalar ile sağlık algısı kötü ve iyi olan hastalar; sağlık algısı kötü olan hastalar ile sağlık algısı orta ve iyi olan hastalar ve sağlık algısı orta olan hastalar ile sağlık algısı iyi olan hastalar arasında olduğu tespit edilmiştir ($p<0.0083$). Başka bir ifadeyle, hastaların sağlık algıları olumlu anlamda arttıkça genel psikososyal uyumları artmaktadır.

Hastaların sağlık bakımına uyumlarına ilişkin farklılıkların, sağlık algısı çok kötü olan hastalar ile sağlık algısı iyi olan hastalar, sağlık algısı kötü olan hastalar ile sağlık algısı orta ve iyi olan hastalar ve sağlık algısı orta olan hastalar ile sağlık algısı iyi olan hastalar arasında olduğu belirlenmiştir ($p<0.0083$).

Hastaların mesleki çevreye uyumları arasındaki farklılığın sağlık algısı iyi olan hastalardan kaynaklandığı, sağlık algısı iyi olan hastaların mesleki çevreye uyumlarının sağlık algısı çok kötü, kötü ve orta olan hastalara göre daha iyi düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.0083$).

Hastaların aile çevresine uyumları arasındaki farklılıklar incelendiğinde, sağlık algısı çok kötü olan hastaların aile çevresine uyumlarının sağlık algısı kötü, orta ve iyi olan hastalara ve sağlık algısı kötü olan hastaların da sağlık algısı iyi olan hastalara göre anlamlı düzeyde kötü olduğu tespit edilmiştir ($p<0.0083$).

Hastaların cinsel ilişkilere uyumları arasındaki farklılığın sağlık algısı kötü olan hastalar ile sağlık algısı iyi olan hastalar arasında olduğu ve sağlık algısı iyi olan hastaların cinsel uyumlarının sağlık algısı kötü olan hastalara göre anlamlı düzeyde iyi olduğu belirlenmiştir ($p<0.0083$).

Hastaların geniş aile ilişkilerine uyumları arasındaki farklılıklar incelendiğinde, farklılığın sağlık algısı iyi olan hastalardan kaynaklandığı, sağlık algısı iyi olan hastaların geniş aile ilişkilerine uyumlarının sağlık algısı çok kötü, kötü ve orta olan hastalara göre anlamlı düzeyde iyi olduğu tespit edilmiştir ($p<0.0083$).

Hastaların sosyal çevre uyumları arasındaki farklılıkların sağlık algısı çok kötü olan hastalar ile sağlık algısı kötü ve iyi olan hastalar, sağlık algısı kötü olan hastalar

ile sağlık algısı orta ve iyi olan hastalar ve sağlık algısı orta olan hastalar ile sağlık algısı iyi olan hastalar arasında olduğu saptanmıştır ($p<0.0083$).

Hastaların psikolojik distres uyumları arasındaki farklılıklar incelendiğinde, farklılıkların tüm gruplar arasında olduğu ($p<0.0083$), sağlık algısı çok kötü olan hastaların psikolojik distres uyumlarının en kötü, sağlık algısı iyi olan hastaların ise en iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Hastaların Sağlık Algılarına Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması

Değişken	Ölçek Toplam Puanı	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Distres
Sağlık Durumunu Değerlendirme Durumu								
Çok Kötü	82.82±24.41	12.27±5.53	10.73±3.55	12.18±4.79	14.23±3.40	7.59±4.17	12.14±4.57	13.68±5.58
Kötü	66.98±7.99	8.65±2.33	9.71±2.64	9.38±2.01	15.97±2.18	4.99±1.81	9.93±2.50	8.35±2.80
Orta	71.43±10.49	10.21±3.00	10.08±2.08	8.37±2.63	15.37±2.12	4.32±2.05	13.04±3.04	10.04±3.11
İyi	37.75±17.17	3.58±3.99	6.42±2.61	5.83±3.41	13.17±4.34	1.83±1.95	2.92±4.76	4.00±3.49
Test Değeri	KW=44.747	KW=36.905	KW=17.287	KW=25.541	KW=13.484	KW=29.952	KW=59.409	KW=43.576
p	0.001	0.001	0.001	0.001	0.004	0.001	0.001	0.001

Hastaların KOAH nedenli hastaneye yatış öyküsüne göre genel psikososyal uyum, sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkilere uyum, geniş aile ilişkilerine uyum, sosyal çevreye uyum ve psikolojik distres açısından anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Hastaların KOAH Nedenli Hastaneye Yatış Öyküsüne Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması

Değişken	Ölçek Toplam Puanı	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Distres
KOAH Nedenli Hastaneye Yatış Öyküsü								
Hayır	70.52±9.48	10.31±2.48	9.79±2.65	9.24±1.83	15.41±3.36	4.86±1.81	11.21±3.53	9.69±3.92
Evet	68.51±15.99	9.23±3.80	9.78±2.69	9.03±3.23	15.36±2.54	4.80±2.67	11.00±4.08	9.31±3.94
Test Değeri	U=-0.906	U=-1.823	U=-0.210	U=-0.611	U=-1.417	U=-1.016	U=-0.145	U=-0.518
p	0.365	0.068	0.833	0.541	0.156	0.310	0.885	0.604

Hastaların yardımcı araç kullanım durumlarına göre genel psikososyal uyum, sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, cinsel ilişkilere uyum, geniş aile ilişkilerine uyum ve psikolojik distres açısından anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$). Bununla birlikte, hastaların aile çevresine ($p=0.014$) ve sosyal çevreye ($p=0.024$) uyumlarının yardımcı araç kullanım durumlarına göre farklılık gösterdiği, yardımcı araç kullanan hastaların aile çevresine uyumunun yardımcı araç kullanmayan hastalara göre daha kötü olduğu ve sosyal çevreye uyumlarının ise daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.19. Hastaların Yardımcı Araç Kullanım Durumlarına Göre Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Karşılaştırılması

Değişken	Ölçek Toplam Puanı	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Distres
Yardımcı Araç Kullanım Durumu								
Hayır	68.34±13.99	9.40±3.32	9.73±2.63	8.69±2.95	15.35±2.55	4.51±2.22	11.44±3.88	9.22±3.86
Evet	69.61±17.27	9.36±4.22	9.86±2.77	9.70±3.20	15.41±2.86	5.34±3.02	10.32±4.14	9.61±4.06
Test Değeri	U=-0.297	U=-1.043	U=-0.015	U=-2.452	U=-0.382	U=-1.456	U=-2.255	U=-0.528
p	0.766	0.297	0.988	0.014	0.703	0.145	0.024	0.598

4.2. Bakım Verenlere İlişkin Bulgular

4.2.1. Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular

Araştırmaya katılan bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.20’de yer almaktadır. Bakım verenlerin yaş ortalaması 43.5 ± 7.9 ’dır. Bakım verenlerin %52.0’ı (n=106) erkek, %91.2’si (n=186) evli, %92.2’si (n=188) 0-3 arası çocuğa sahip, %60.8’i (n=124) ilkokul ve altında eğitim durumuna sahip, %83.8’i (n=171) eşi ve çocukları ile birlikte yaşamakta, %72.1’i (n=147) çalışmıyor, %73.5’inin (n=150) geliri giderinden az ve %94.1’inin sosyal güvencesi SSK’dır. (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişkenler	X±SD	Minimum-Maksimum
Yaş	43.5±7.9	26-62
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	98	48.0
Erkek	106	52.0
Medeni Durum		
Bekar	18	8.8
Evli	186	91.2
Çocuk Sayısı		
1-3	188	92.2
4-6	16	7.8
Eğitim Durumu		
İlkokul ve altı	124	60.8
Ortaokul ve üzeri	80	39.2
Yaşadığı Yer		
İl	49	24.0
İlçe	94	46.1
Köy	61	29.9
Evde Yaşanılan Kişiler	n	%
Yalnız	1	0.5
Eş	15	7.4
Eş ve çocuklar	171	83.8
Diğer aile bireyleri	17	8.3
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	147	72.1
Çalışıyor	57	27.9
Gelir durumu		
Gelirim giderimden az	150	73.5
Gelirim giderime eşit	54	26.5
Sosyal Güvencesi		
Yok	4	2.0
Emekli Sandığı	1	0.5
SGK	192	94.1
Yeşil Kart	7	3.4

4.2.2. Bakım verenlerin bazı özelliklerine ilişkin bulgular

Tablo 4.21 incelendiğinde, bakım verenlerin %46.6'sının (n=95) sağlık durumunu iyi olarak algıladıkları, %63.2'sinin (n=129) kronik hastalığının bulunduğu, %71.0'inin (n=145) hastanın eşi olduğu, %38.2'sinin (n=78) 11 ve üzeri yıldır hastaya bakım verdiği, %99.0'ının (n=202) ailevi sorumluluk nedeniyle bakım verdiği, %53.9'unun (n=110) bakım sırasında destek almadığı, %68.6'sının (n=140) bakım nedeniyle yaşamının etkilendiği ve %29.4'ünün (n=60) bakım verirken güçlük yaşadığı görülmektedir.

Tablo 4.21. Bakım Verenlerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişkenler	n	%
Sağlık Durumu Değerlendirmesi		
Çok iyi	1	0.5
İyi	95	46.6
Orta	81	39.7
Kötü	27	13.2
Kronik Hastalık Varlığı		
Hayır	75	36.8
Evet	129	63.2
Hastaya Yakınlık Durumu		
Eşi	145	71.0
Çocuğu	56	27.5
Diğer	3	1.5
Hastaya bakım süresi		
10 yıl ve altı	126	61.8
11 yıl ve üzeri	78	38.2
Hastaya Bakma Nedeni		
Ailevi Sorumluluk	202	99.0
Bakacak Kime Olmadığı İçin	2	1.0
Bakım Vermede Sosyal Destek		
Yok	110	53.9
Var	94	46.1
Bakım Vermenin Yaşamı Etkileme Durumu		
Hayır	64	31.4
Evet	140	68.6
Bakım Verirken Güçlük Yaşama Durumu		
Hayır	144	70.6
Evet	60	29.4

4.2.3. Bakım verenlerin bakım verme yüklerinin değerlendirildiği bulgular

Bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden (BVYÖ) aldığı puan ortalaması 40.77±15.41 (Median=33, Min. 8, Mak.73). Tablo 4.22'de bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre bakım verme yüklerinin değerlendirildiği

bulgular yer almaktadır. Tabloya göre, bakım verenlerin cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, yaşadığı yer, evde yaşadığı kişiler, çalışma ve gelir durumu özelliklerine göre bakım verme yükleri anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	X±SD	Test Değeri	p
Cinsiyet			
Kadın	39.30±14.18	U=-0,712	0.476
Erkek	42.13±16.40		
Medeni Durum			
Bekar	37.06±13.33	U=-0,955	0.340
Evli	41.13±15.58		
Çocuk Sayısı			
0-3	41.22±15.66	U=-1.021	0.307
4-6	35.50±11.10		
Eğitim Durumu			
İlkokul ve altı	41.69±15.59	U=-1.058	0.290
Ortaokul ve üzeri	39.34±15.10		
Yaşadığı Yer			
İl	38.61±15.55	KW=2.362	0.307
İlçe	41.45±15.11		
Köy	41.46±15.83		
Evde Yaşanılan Kişiler			
Eş ile	40.47±15.16	KW=0.404	0.817
Eş ve çocuklar ile	41.19±15.66		
Diğer aile bireyleri	37.71±13.44		
Çalışma Durumu			
Çalışmıyor	41.07±15.55	U=-0.757	0.449
Çalışıyor	40.00±15.13		
Gelir durumu			
Gelirim giderimden az	41.55±15.73	U=-1.178	0.239
Gelirim giderime eşit	38.61±14.38		

Tablo 4.22'ye göre, bakım verme yükü bakım verenlerin sağlık algularına, kronik hastalık durumuna, hastaya bakım verme süresine, bakımın yaşamını etkileme durumuna, bakım vermede sosyal destek varlığına ve bakım vermenin yaşamını etkileme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bununla birlikte, eşine bakım verenlerin ($p=0.036$) ve bakım verirken güçlük yaşadığını belirtenlerin ($p=0.000$) bakım yükleri anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 4.23. Bakım Verenlerin Bazı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	X±SD	Test Değeri	p
Sağlık Durumu Değerlendirmesi			
İyi	41.48±15.23	KW=0.920	0.631
Orta	40.07±15.65		
Kötü	40.44±16.04		
Kronik Hastalık Varlığı			
Hayır	39.55±14.84	U=-0.909	0.363
Evet	41.48±15.74		
Hastaya Yakınlık Durumu			
Eşi	42.23±15.46	U=-2.095	0.036
Çocuğu	37.50±15.08		
Hastaya bakım süresi			
10 yıl ve altı	40.10±15.03	U=-0.065	0.948
11 yıl ve üzeri	41.86±16.03		
Bakım Vermede Sosyal Destek Durumu			
Yok	42.33±15.94	U=-1.346	0.178
Var	38.95±14.63		
Bakım Vermenin Yaşamı Etkileme Durumu			
Hayır	41.97±16.50	U=-0.559	0.576
Evet	40.22±14.91		
Bakım Verirken Güçlük Yaşama Durumu			
Hayır	31.47±4.85	U=-11.161	0.000
Evet	63.08±6.51		

4.3. Hastalığa Psikososyal Uyum ile Bakım Verme Yükü Arasındaki İlişkinin Değerlendirildiği Bulgular

Tablo 4.24.'de hastaların hastalığa psikososyal uyumları ile bakım verenlerin bakım yükü arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bulgular yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, bakım verme yükü ile hastaların mesleki çevreye ($p=0.423$, $r=-0.056$), aile çevresine ($p=0.770$, $r=-0.021$), geniş aile ilişkilerine ($p=0.081$, $r=-0.122$), sosyal çevreye ($p=0.081$, $r=-0.122$) uyumları ve psikolojik distres yaşama

durumları ($p=0.111$, $r=-0.112$) arasında negatif; cinsel ilişkilere uyumu ($p=0.646$, $r=0.032$) ile arasında ise pozitif yönde bir ilişki olduğu, ilişkinin ise anlamlı düzeyde bulunmadığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte, bakım verme yükü ile hastaların genel psikososyal uyumu ($p=0.043$, $r=-0.142$) ve sağlık bakımına uyumu ($p=0.018$, $r=-0.166$) arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifadeyle, hastaların hastalığa genel psikososyal uyumu ve mesleki çevreye uyumu arttıkça bakım verenlerin bakım verme yükü azalmaktadır.

Tablo 4.25. Hastaların Hastalığa Psikososyal Uyumu ile Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Arasındaki İlişki

		Psikososyal Sağlık Uyum Ölçeği (PAIS-SR)							
	r p	Ölçek Toplam Puanı	Sağlık Bakımına Uyum	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Distres
Bakım Verme Yükü Ölçeği (BYYÖ)	r	-0.142*	-0.166*	-0.056	-0.021	0.032	-0.122	-0.122	-0.112
	p	0.043	0.018	0.423	0.770	0.646	0.081	0.081	0.111

*0.05 düzeyinde anlamlı

5. TARTIŞMA

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, tüm dünya ülkelerinde önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), KOAH'ın tüm dünyada yaklaşık 50 milyon insanı etkilediğini ve her yıl 3 milyon kişinin bu hastalık nedeni ile öldüğünü bildirmektedir (5). KOAH Türkiye için de en önemli ölüm nedenleri arasında 3. sırada yer almaktadır (5). KOAH'lı hastaya bakım verenler hastalığın bütün evrelerinde ve evde bakım verilmesi esnasında sağlık ekibi ile iletişim içinde olan bireylerdir. Aileye dayalı uzun dönem bakım, bakım verenler için psikolojik, sosyal, fiziksel olarak olumsuz ve bununla beraber pahalı, sorumluluğu yüksek ve aile içi rol kavramlarını değiştiren bir süreçtir (10). Bu nedenle, KOAH hastalarının hastalığa psikososyal uyumlarının ve bakım verenlerin yaşadığı güçlüklerin belirlenmesi amacı ile yapılan bu çalışmanın bulguları aşağıda yer alan başlıklar altında tartışılmıştır:

5.1. Hastaların Psikososyal Uyumlarının Değerlendirildiği Bulgular

5.2. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Değerlendirildiği Bulgular

5.3. Hastalığa Psikososyal Uyum İle Bakım Verme Yükü Arasındaki İlişkinin Değerlendirildiği Bulgular

5.1. Hastaların Psikososyal Uyumlarının Değerlendirildiği Bulgular

KOAH, görülme sıklığı gittikçe artan, ciddi fiziksel, ruhsal ve sosyal sonuçları olan, hastaların destek özelliklerinde önemli değişimlere neden olan kronik bir hastalıktır (121). Bu çalışmada da, hastaların büyük çoğunluğunun hastalığa uyumlarının kötü düzeyde olduğu, en olumsuz etkilenmenin ise cinsel ilişkiler, sosyal çevre ve mesleki çevre alanında olduğu tespit edilmiştir. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde, KOAH hastalarının psikososyal uyumlarının değerlendirildiği çalışmalardan daha ziyade farklı kronik hastalığı olan hastaların hastalıklarına uyumunun değerlendirildiği çalışmalara rastlanmıştır. Kaçmaz'ın (2003) çalışmasında, fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yaşayan hastalarda hastanın hastalığının günlük yaşam aktivitelerini tamamen etkilediğini düşünmesi psikososyal uyumun kötü olmasını 24 kat, depresyon riskinin yüksek olmasını 5.83 kat, hastanın kendi genel durumundan bütünüyle memnuniyetsizliğini 16.66 kat, hastanın

kararlarında tamamen değişiklik yapması gerektiğini düşünmesini 4.83 kat arttırdığı saptanmıştır (122). Akın'ın (2003) kalp yetersizliği olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında da hastaların hastalığa psikososyal uyumlarının olumsuz yönde olduğu saptanmıştır (123). Diyabetli hastalarla yapılan başka bir çalışmada ise hastaların %25.8'inin kötü psikososyal uyuma sahip oldukları saptanmıştır (124). Böke'nin (2012) kalp yetmezliği bulunan hastalar ile yaptığı çalışmasında, hastaların kötü uyum düzeyinde olduğu, en olumsuz etkilenmenin, mesleki çevre, sağlık bakımına oryantasyon ve seksüel ilişki alanlarında yaşandığı saptanmıştır (125). İlgili çalışmalar incelendiğinde de hastaların psikososyal uyumlarının düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Bu çalışmada da daha fazla hastanın uyumsuzluk göstermesinin nedeni KOAH'ta sık görülen anksiyete ve depresyon durumunun bireyin hastalığa uyumunu olumsuz etkilediği (14) ayrıca, KOAH'ın süreğen ve geriye dönüşsüz kayıplara neden olması bireyin kendini yetersiz görmesine neden olmakta, hastalıkla yaşama gücünü azalmakta, hastalığa uyumu güçleştirmekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (13,114).

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 67.0 ± 11.7 olarak belirlenmiştir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 35-70 yaşları arasında görülen ve daha çok ileri yaş grubunun hastalığı olarak kabul edilmektedir (126). Latin Amerika'da yapılan bir prevalans çalışmasında, 1990 ile 2004 yılları arasında 28 ülkede yapılan çalışmanın metaanalizinde ve ayrıca Japonya'da yapılan bir çalışmada, KOAH prevalansının 40 yaşın üzerindeki ve 40 yaşın altındakilerden önemli ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur (127). Bu çalışmada da diğer çalışmalarda olduğu gibi KOAH hastalarının yaş ortalaması 45 yaş üzerinde bulunmuştur. Çalışmada ayrıca, hastaların yaş özelliklerine göre hastalığa psikososyal uyumları değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda, hastalığa genel psikososyal uyum ile mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri ve psikolojik distres uyumlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ($p > 0.05$), bununla birlikte 38-54 yaş grubundaki yaşlıların sağlık bakımı ve sosyal çevre uyumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Adaylar'ın (1995)'in çalışmasında, yaş arttıkça psikososyal uyumun daha kötü olduğu saptanmıştır (116). İleri yaşlardaki hastaların psikososyal uyumlarının kötü olması, tedavi ve bakımında özel uygulamaların gerektirdiği hastalıklara uyumda ileri yaşlardakilerin yetersiz kalması ile açıklanabilir. Hastalığın yaşa göre yarattığı sorunların farklılıklarından kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca,

hastalığın yaşla birlikte komplikasyonlarda artışa neden olması temel nedenidir (116,118).

Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmakla birlikte, hastaların cinsiyet özelliğine göre genel psikososyal uyum, sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkilere uyum, geniş aile ilişkilerine uyum, sosyal çevreye uyum ve psikolojik distres yaşama durumları arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Öyke'nin (2008) yaptığı çalışmalarında hastalığa psikososyal uyum kadınlarda erkeklere göre yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (128). Çınar'ın (2009) Hemodiyaliz hastalarında psikososyal uyumu değerlendirdiği çalışmasında, kadın ve erkekler arasında psikososyal uyum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, seksüel ilişkiler ve psikolojik baskı alt boyutları açısından anlamlı fark bulunmuştur. Kadınların seksüel ilişkiler ve psikolojik durum ile ilgili sorunlarının erkeklerden daha fazla olduğu belirlenmiştir (119).

Çalışmaya katılan hastaların medeni durumları incelendiği büyük çoğunluğunun evli olduğu saptanmıştır. Çalışmada, medeni durum özelliklerine göre genel psikososyal uyum, sağlık bakımına uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkilere uyum, sosyal çevreye uyum ve psikolojik distres açısından anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$) ancak, evli olan hastaların geniş aile ilişkilerine uyumlarının bekar hastalara göre anlamlı düzeyde iyi olduğu tespit edilmiştir ($p=0.005$). Fırat'ın (2013) çalışmasında medeni durumun anlamlı bir farklılık göstermediği(129); Öyke'nin (2008) çalışmasında ise; evli olanların psikososyal uyum puanlarının anlamlı olmamakla birlikte bekar olanlara göre yüksek bulunduğu belirlenmiştir (128). Çalışmadan elde edilen evli olan ailelerin geniş aile ilişkilerine uyumlarının bekar hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulgusu, evlilikle birlikte aile yaşamının sağladığı sosyal desteğin hatalık sürecinde hasta üzerinde olumlu etkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir. İlgili literatür incelendiğinde yalnız yaşamayan hastaların aile bireylerinden aldıkları destekle birlikte sosyal hayatta daha başarılı oldukları görülmüştür (130). Kara ve Mirici (2004) depresyon yaşayan KOAH'lı hastaların aile ve arkadaş desteğinin düşük olduğunu belirlemiştir (131). KOAH'ın süreğen ve geriye dönüşsüz kayıplara neden olması bireyin kendini yetersiz, değersiz görmesine neden olmakta, hastalıkla yaşama gücü azalmakta, hastalığa uyumu güçleşmekte ve yaşam kalitesi düşmektedir (13, 132, 114). Bununla birlikte geniş ailede birden fazla kişinin hasta ile ilgilenmesi,

hastanın sorumluluklarının diğere aile bireyleri tarafından daha rahat paylaşılması hastanın aile desteğini daha fazla kullanmasında etkili olabilir. İlgili literatür incelendiğinde düşüncemizi destekler nitelikte bulgular elde edilmiştir (13,131,132).

Hastaların eğitim durumlarına göre genel psikososyal uyum, mesleki çevreye uyum, aile çevresine uyum, cinsel ilişkilere uyum, sosyal çevreye uyum ve psikolojik distres açısından anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$), bununla birlikte, ortaokul ve üzeri eğitime sahip hastaların sağlık bakımına uyumlarının okuryazar/okuryazar olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde iyi olduğu tespit edilmiştir ($p=0.022$). Acar'ın (2002) çalışmasında, bireylerin eğitim seviyeleri arttıkça hastalıktan kaynaklanan sorunlar ile daha kolay başa çıktıkları, sosyal hayatta daha başarılı oldukları tedaviye uyumlarının daha iyi olduğu görülmüştür (134). Adaylar (1995), kronik hastalığı olan hastalarla yaptığı çalışmasında da, okur-yazar öğrenim düzeyindeki hastaların, üniversite mezunlarına göre psikososyal uyumlarının anlamlı şekilde düşük olduğunu belirlemiştir (116). Araştırmadan elde edilen bulgu, Acar (2002) ve Adaylar (1995)'in çalışmasından elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Öğrenim düzeyi arttıkça hastaların sağlık anlayışının olumlu yönde değişeceği, gelişeceği, bireylerin kendi sağlık durumları üzerinde daha fazla sorumluluk üstlenecekleri, bu bağlamda hastalık semptomlarını yönetme stratejilerini daha fazla öğrenecekleri ve kullanacakları, tüm bunların sonucunda öz-bakım güçlerinin artacağı tahmin edilen bir sonuçtur.

Bu çalışmada hastaların çoğunluğunun sigara kullandığı saptanmıştır. Sigara içilmesi, KOAH gelişimine neden olan en önemli faktör olmakla birlikte gelişmiş ülkelerdeki KOAH riskinin %90'ından sigara sorumlu olduğu bildirilmektedir (133). Araştırmamızda da hastaların %70.6'sının sigara kullanım durumları anlamlı olarak bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların büyük çoğunluğunun tanı alma süresinin 11 yıl ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, 0-5 yıldır KOAH olan hastaların genel psikososyal uyumlarının, aile çevresine ve sosyal çevreye uyumlarının anlamlı düzeyde iyi olduğu belirlenmiştir ($p<0.0167$). Üskül ve arkadaşları KOAH'lı hastalarda hastalık sürelerinin uzun olmasının, bu hasta gruplarında anksiyete ve depresyonun daha sık görülmesine neden olabileceğini belirtmişlerdir (14). Araştırmadan elde edilen bu bulgu literatür bilgisi ile uyumluluk göstermektedir.

Çalışmada KOAH'tan başka en az bir hastalık olma durumunun hastalığa psikososyal uyumu etkilemediği görülmektedir ($p>0.05$). Kaçmaz (2003)'in, fiziksel hastalığı olan hastaların hastalığa psikososyal uyum düzeylerini incelediği çalışmasında; hastaların çoğunluğunun hastalığa uyumlarının kötü olduğu ve en çok sosyal ve mesleki çevre boyutunda psikososyal uyumun kötü olduğu bunu, sağlık bakımı, psikolojik distres ve cinsel ilişkiler boyutlarının izlediği saptanmıştır (122).Yapılan araştırmalarda sosyal destek yetersiz olduğunda, duygusal ve maddi destek azaldığın da hastalarda umutsuzluk arttığı, hastanın psikososyal olarak etkilendiği ortaya çıkmıştır (135). KOAH'ın sistemik etkileri ve yaşa bağlı olarak ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler nedeniyle, başka kronik hastalıkların görülme olasılığı da artabilmektedir. Elde edilen bulgular düşüncemizi destekler niteliktedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunluğunun yardımcı araç kullandığı ve günlük yaşam aktivitelerini yardımla yapabildiği saptanmıştır. Hastaların aile çevresine ($p=0.014$) ve sosyal çevreye ($p=0.024$) uyumlarının yardımcı araç kullanım durumlarına göre farklılık gösterdiği, yardımcı araç kullanan hastaların aile çevresine uyumunun yardımcı araç kullanmayan hastalara göre daha kötü olduğu ve sosyal çevreye uyumlarının ise daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Kanervisto ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan KOAH hastalarının ailelerinde aile dinamikleri çalışmasında ciddi dereceli KOAH hastalarında oksijen kullanımının yüksek düzeyde olduğu ve aile uyumlarının etkilendiği ifade edilmiştir (20). Elde edilen bulgular düşüncemizi destekler niteliktedir.

Araştırmamızda hastaların çoğunluğunun sağlığını çok kötü-kötü olarak algıladığı ve hastaların sağlık algıları olumlu anlamda arttıkça genel psikososyal uyumlarının daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.0083$). KOAH'lı yaşlı hastaların sağlık algısını değerlendiren bir çalışmada, hastaların %30.3 kendilerini iyi olarak, %40.8'i ise fena değilim olarak değerlendirmiştir (136). KOAH'ın sistemik etkileri ve yaşa bağlı olarak ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler nedeniyle hastalığa psikososyal uyumlarının etkilendiği düşünülmektedir.

5.2. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Değerlendirildiği Bulgular

Bakım verenlerin cinsiyet özelliğine göre Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ) puan ortalaması arasında anlamlı fark olmamakla birlikte erkek bakım verenlerde yüksek bulunmuştur ($p>0.05$). Cinsiyetle ilgili literatürlerler incelendiğinde KOAH'

lı hastaların bakım vericilerini kapsayan çalışmalarda, primer bakım verici bireylerin çoğunlukla kadın/eş ve hastanın kızı konumundaki bireylerin oluşturduğu belirlenmiştir (82). Tülüce (2012)'nin yaptığı çalışmada bakım veren bireylerin cinsiyetlerine göre BVYÖ puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu, ancak cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (92). Bu çalışmayla uyumlu olarak Özmen (2015)'in çalışmasında, erkek bakım veren hasta yakınlarının BVYÖ puan ortalamasının, kadın bakım verenlere göre daha yüksek olduğu saptanmış ve bakım verenlerin cinsiyet durumları ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (137). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) Türk aile yapısı araştırmasında (2006) hane halkları içinde ev işlerinin genellikle (%74.1) kadınlar tarafından yapıldığı belirtilmektedir (138). Bu sonuç toplumumuzda da kadınların bakım verici durumunda primer düzeyde olduklarını göstermektedir. Ancak, KOAH'lı hastaların hastaneye yatış öykülerinin sık ve uzun süreli olması ayrıca, hastaların çoğunluğunun erkek olması nedeni ile bakım verenlerinin erkek olmasının nedeni olarak gösterilebilir.

Çalışmada bakım verenlerin yaş ortalaması 43.5 ± 7.9 olduğu bulunmuş ve sonuç anlamlı olarak değerlendirilmiştir ($p < 0.05$). Pinto ve ark. (2007) bakım vericilerin yaş ortalamalarının hastalardan çok daha genç olduğu belirtilmiş ve çalışmayı destekler nitelikte bulgular elde edilmiştir (18). Tülüce (2012)'nin yaptığı çalışmada bakım verenlerin yaşı ile toplam BVYÖ puanı arasında pozitif doğrusal ilişki olduğu, yaş arttıkça toplam BVYÖ puanının arttığı görülmüştür (92). Bu durum, bakım verenlerin yaşı arttıkça sağlık problemlerinin de artması ve kendilerini daha yorgun hissetmeleri ile ilişkili olabilir.

Çalışmada bakım verenlerin medeni durum ve bakım verme yükü arasında anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte, evli olanların bakım verme yüklerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Akça ve Taşçı (2005)'nin yapmış olduğu çalışmada da bakım veren bireylerden evlilerin bakım yüklerinin diğer gruplara göre arttığı ve günlük yaşamlarında da bu durumdan daha fazla etkilendikleri belirlenmiştir (89).

Çalışmada bakım verenlerin eğitim durumu ve bakım verme yükü arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Dicle ve Malak'ın çalışmasında da bakım veren eğitim durumuna göre bakım verme yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (139). Ancak, Akça ve Taşçı (2005)'nin yapmış olduğu

çalışmada bakım veren bireylerden okuma yazma bilmeyenlerin bakım yüklerinin diğer gruplara göre arttığı ve günlük yaşamlarında da bu durumdan daha fazla etkilendikleri belirlenmiştir (89). Eğitim düzeyi düşük olan bakım verenlerin, hastalık ve tedaviye bağlı olarak hastalarının yaşadığı sorunlarla baş etmede daha fazla sıkıntı yaşayabileceğinin düşünülmesinin yanı sıra aynı sağlık kurumuna sık başvuru ve yatış öyküsü nedeniyle bakım veren bireyin kendini güvende hissetmesi nedeniyle bakım verme yükü yaşamadığı düşünülebilir. Mollaoğlu ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada öğrenim düzeyi ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuş ve okuryazar olmayan bireylerin bakım yükünün en yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (85).

Çalışmada bakım verenlerin yaşadığı yer ve bakım verme yükü arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Çelik' in (2014) inmeli hastalarla yaptığı çalışmada da anlamlı farklılık olmadığından bu çalışmayla benzerlik gösterdiğinden elde edilen sonuçlar uyumludur (140). Bu çalışmada Zonguldak ve bağlı bulunan ilçe ve köylerinde geçim kaynağı ve ısınma türü olarak büyük çoğunluğunun kömür madenciliği olması nedeniyle kömür tozuna bağlı hava kirliliğinin KOAH ataklarının tetiklenmesinde bölgesel farklılıkların etkili olmadığı düşünülebilir.

Çalışmada bakım verenlerin çalışma ve gelir durumu özellikleri ve bakım verme yükü arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Şahin ve ark.' nın (2009) çalışmasında bakım verenlerin çalışma durumlarına göre bakım yükü ölçek puanı karşılaştırılmış ve çalışma durumu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (141). Elde edilen sonuçlar literatürle uyumludur. Emiroğlu (1995)'in yaptığı çalışmada yaşlının önemli bir sağlık sorunu yoksa yaşlı bakımından aile ekonomisinin önemli derecede etkilenmediği saptanmış ve çalışmamızla destekler nitelikte bulgular saptanmıştır (142).

Çalışmada bakım vermenin yaşamı etkileme durumu kadın, erkek ve bakım verenlerin sosyal destek alıp almama durumları arasında yakın ilişkili olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Kanervisto ve ark. bakım verme sorumluluğunu üstlenmenin KOAH'lı hastaların bakım verenlerinin yarıdan fazlasının yaşamlarını olumsuz etkilediğini saptamışlardır (20). Hasta bireyin hastalık süresince komplikasyon yaşamaması, hastaneye yatış sayısının azalması ve sosyal destek alması gibi durumların da bakım verenlerin yaşam kalitesini olumlu düzeyde artıracığı düşünülmektedir (89).

Çalışmada, bakım verenlerin kronik hastalığının olması ile bakım verme yükü arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Akyar ve Akdemir (2009) yaptıkları bir araştırmada bakım verenlerin % 66'sının tanı konulmuş bir hastalığı olduğu ve bakım vermede güçlük yaşanmasına neden olduğu tespit edilmiştir (98). Çalışmada bakım verenlerin büyük çoğunluğunun sağlık durumlarını iyi ve orta olarak algılamaları nedeni ile bakım verme durumundan etkilenmedikleri düşünülebilir. Elde edilen sonuçlar literatürle uyumlu değildir.

Çalışmada, bakım verenlerin hastaya bakım verme süresi ile bakım verme yükü arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Öner'in (2012) çalışmasında 24 ay ve daha uzun süre bakım verenlerin bakım yükü ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (107). Çetinkaya ve Karadakovan (2012) demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yüklerinin incelendiği araştırmalarında bakım verme süresi arttıkça hasta yakınlarının bakım yüklerinin arttığı belirlenmiştir (143). Elde edilen sonuçlar literatürle uyumlu değildir.

Çalışmada, bakım verenlerin bakım verirken güçlük yaşama durumları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Alpteker'in (2008) 69 bakım verici üzerinde yaptığı çalışmada bakım vericilerin %88.4'ünün bakım verme durumundan memnun olduklarını saptanmıştır (83). Yaşlı bireylere saygı ve sevgi toplumumuzun temel taşlarından biridir. Ülkemizde aileler hasta bakımını yük olarak değil, yerine getirilmesi gereken bir sorumluluk olarak görmektedir. Bu durumun bakım vericilerin yaşlı bireye bakım verirken güçlük yaşamamalarına sebep olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada bakım vericilerin bakım yükü arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir. KOAH'lı hastaların ek sağlık sorunlarının olmasının ve günlük aktivitelerini yerine getirmede sınırlılık yaşamalarının bakım vericilerin bakım yükünü ve yaşam kalitesini etkilediğini göstermektedir. Booth ve ark. (2003) KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde anlamlı tükenme yaşandığını göstermiştir (144).

5.3. Hastalığa Psikososyal Uyum İle Bakım Verme Yüğü Arasındaki İlişkinin Değerlendirildiğı Bulgular

Çalışmada, hastaların hastalığa psikososyal uyumu arttıkça bakım verenlerin yaşadığı yükün azaldığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Atagün ve ark. (2011) kronik hastalıklarda bakım veren yükü çalışmasında ise genellikle ailede bakım sunmanın kronik ve yoğun yapısı, bakım verenlerin yaşamlarındaki diğer isteklerinden kaynaklanan anlaşmazlıklarla birleşince bakım veren yüküne yol açabildiğı belirtilmektedir (145). KOAH'lı hastaların bütün bakım ihtiyaçlarının karşılanma durumunun incelendiğı çalışmalarda bakım verenlerin bakım yükü ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (145,146). Bunun nedeni olarak da, psikososyal uyumu yüksek olan hastaların hastalığın yanı sıra daha fazla bakım sorumluluğı almış olması ile birlikte hastalığı kontrol altında tutmuş olmasının da etkisi olduğu ve böylece bakım verenlerin üzerindeki stresörlerin azalmasında etkili olduğu düşünülebilir. Elde edilen veriler literatürle uyumludur.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

KOAH hastalarının hastalığa psikososyal uyumlarının ve bakım verenlerin yaşadığı güçlüklerin belirlenmesi amacıyla yürütülen araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- a) Bu çalışmada hastaların yaş ortalamasının 67.0 ± 11.7 ve %31.3'ü 75 yaş ve üzerindedir, %72.1'i erkek, %80.4'ü evli, %56.9'u 4-6 çocuğa sahip, %47.5'i ilkokul mezunu, %47.1'i ilçede, %49.5'i eş ve çocukları ile birlikte yaşamakta oldukları belirlenmiştir. Ayrıca, %62.3'ü maden emeklisi, ve %70.1'inin gelirlerinin giderlerinden az olduğu ve %97.5'inin sosyal güvencesinin SGK olduğu bulunmuştur.
- b) Hastaların %70.6'sının sigara ve %66.2'sinin alkol kullanıp bıraktığı ve sigara kullananların %53.1'inin 21-40 yıl arasında sigara kullandığı görülmektedir.
- c) Hastaların %44.6'sının 11 yıl ve üzerinde KOAH tanısının olduğu ve %39.2'sinin KOAH'a ek olarak iki diğer kronik hastalığa sahip olduğu, %24.5'inin 6-10 arası ilaç kullandığı, %88.2'sinin düzenli olarak sağlık kontrolünü yaptırdığı, %52.9'unun sağlığını çok kötü-kötü algıladığı, %85.8'inin KOAH nedeniyle hastaneye yatış öyküsünün bulunduğu, %36.3'ünün yardımcı araç kullandığı ve %36.3'ünün günlük yaşam aktivitelerini yardımla yapabildiği belirlenmiştir.
- d) Hastaların %90.7'sinin hastalığa uyumlarının kötü %5.4'ünün orta ve sadece %3.9'unun iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kötü düzeyde olan olumsuzlukların sırası ile cinsel ilişkiler, sosyal çevre ve mesleki çevre alanlarında daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
- e) Hastaların yaşlarının artması sonucu sağlık bakımına ($p=0.003$) ve sosyal çevreye ($p=0.006$) uyumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir.
- f) Hastaların hastalığa uyumlarının cinsiyet, medeni durum özellikleri ve eğitim durumlarına göre farklılık göstermediği ancak, evli olan hastaların geniş aile ilişkilerine uyumlarının bekar hastalara göre iyi olduğu ($p=0.005$) ve eğitim durumları arttıkça sağlık bakımına uyumun arttığı tespit edilmiştir ($p=0.022$).

- g) Hastaların yaşadığı yer özellikleri, evde birlikte yaşadığı kişiler, çalışma durumları ve gelir gider durumlarına göre hastalığa psikososyal uyumlarında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).
- h) Hastaların hastalığa uyumlarının KOAH' tan başka kronik hastalığa sahip olma ve düzenli kullandığı ilaç sayısına durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).
- i) Düzenli sağlık kontrollerini yaptıran hastaların mesleki çevreye uyumlarının daha kötü düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p=0.023$).
- j) Hastaların sağlık algıları olumlu anlamda arttıkça genel psikososyal uyumlarının arttığı tespit edilmiştir. Sağlık algısı iyi olan hastaların geniş aile uyumları, mesleki çevreye uyumları ve cinsel uyumları ve psikolojik distres uyumlarının sağlık algısı çok kötü, kötü ve orta olan hastalara göre daha iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Sağlık algısı çok kötü olan hastaların aile çevresine uyumları ve psikolojik distres uyumlarının kötü olduğu tespit edilmiştir.
- k) Hastaların KOAH nedeni hastaneye yatış öyküsüne göre hastalığa uyumlarında farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$).
- l) Yardımcı araç kullanan hastaların aile çevresine ($p=0.014$) ve sosyal çevreye ($p=0.024$) uyumlarının yardımcı araç kullanım durumlarına göre farklılık gösterdiği, yardımcı araç kullanan hastaların aile çevresine uyumunun yardımcı araç kullanmayan hastalara göre daha kötü olduğu ve sosyal çevreye uyumlarının ise daha iyi olduğu tespit edilmiştir.
- m) Bakım verenlerin yaş ortalamasının 43.5 ± 7.9 , %52.0'ı erkek, %91.2'si evli, %92.2'si ($n=188$) 0-3 arası çocuğa sahip, %60.8'i ilkokul ve altında eğitim durumuna sahip, %83.8'i eşi ve çocukları ile birlikte yaşamakta oldukları, %72.1'i çalışmadıkları ve %73.5'inin gelirlerinin giderlerinden az olduğu, %94.1'inin sosyal güvencesinin SGK olduğu belirlenmiştir.
- n) Bakım verenlerin %46.6'sının sağlık durumunu iyi olarak algıladıkları, %63.2'sinin kronik hastalığının bulunduğu, %71.0'inin hastanın eşi olduğu, %38.2'sinin 11 ve üzeri yıldır hastaya bakım verdiği, %99.0'ının ailevi sorumluluk nedeniyle bakım verdiği, %53.9'unun bakım sırasında destek almadığı, %68.6'sının bakım nedeniyle yaşamının etkilendiği ve %29.4'ünün bakım verirken güçlük yaşadığı tespit edilmiştir.
- o) Bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden (BVYÖ) aldığı puan ortalaması 40.77 ± 15.41 'dir. Bakım verenlerin cinsiyet, medeni durum, çocuk

sayısı, eğitim durumu, yaşadığı yer, evde yaşadığı kişiler, çalışma ve gelir durumu özelliklerine göre bakım verme yükleri anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

- p) Bakım verme yükü bakım verenlerin sağlık algılarına, kronik hastalık durumuna, hastaya bakım verme süresine, bakımın yaşamını etkileme durumuna, bakım vermede sosyal destek varlığına ve bakım vermenin yaşamını etkileme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bununla birlikte, eşine bakım verenlerin ($p=0.036$) ve bakım verirken güçlük yaşadığını belirtenlerin ($p=0.000$) bakım yükleri anlamlı düzeyde yüksektir.
- q) Hastaların hastalığa genel psikososyal uyumu ve mesleki çevreye uyumu arttıkça bakım verenlerin bakım verme yükü azaldığı belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmamızda elde edilen bulgular doğrultusunda:

- a) KOAH'lı bireylerde nefes darlığı başta olmak üzere semptom kontrolünü sağlamak için evde bakım hizmetlerinin öncelikle ele alınması ve sağlık sisteminin bu boyutta düzenlenmesi,
- b) Hastaların yaşlarının artması sonucu sağlık bakımına ve sosyal çevreye uyumlarının kötüleşmesi nedeni ile KOAH'ta yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, yaşam süresini uzatmaktan daha önemlidir. Yaşam kalitesinin duyarlı ve gerçekçi bir şekilde saptanması da kavramsal farklılıkların doğru algılanmasının sağlanması,
- c) Araştırma bulgularına göre hastaların az bir kısmı çalışma yaşamını sürdürebilmektedir. Bu nedenle hastaların kapasiteleri oranında çalışma yaşamına katılmaları için mesleki rehabilitasyon ve meslek danışmanlığı programların oluşturulması,
- d) Araştırmaya katılan hastaların önemli bir kısmının gelirlerinin giderlerinden az olduğu belirlenmiştir. Yoksulluk araştırmaya katılan hastalar arasında belirgindir. Yoksulluğun kronik hastalığın prognozunu ve hastaların benlik saygısını olumsuz yönde etkilediğinden maddi yönden yoksunluk içinde olan hastaların desteklenmesi için sosyal yardım hizmetlerine ulaşmalarının sağlanması ve toplumda var olan kaynaklar geliştirilmesi,

- e) Hastaların sağlık algıları olumlu anlamda arttıkça genel psikosoyal uyumlarının arttığı tespit edildiğinden hastaların olumlu sağlık algısına sahip olabilmeleri için mümkün olduğunca günlük hayatta bağımsızlıkları desteklenmesi ve artırılması,
- f) Hastaların büyük bir kısmı kendilerini bağımlı olarak görmektedir. Bu nedenle hastalara onların bağımlılık gereksinimlerini arttırmayacak, bireyselliklerini zedelemeyecek şekilde yardım verilmesi,
- g) Yardımcı araç kullanan hastaların aile çevresine uyumunun yardımcı araç kullanmayan hastalara göre daha kötü olması nedeni ile KOAH hastasına bakım verenlere hastalık ve evde oksijen tedavisine ilişkin belirtilen gereksinimler doğrultusunda bilgi verilmesi,
- h) Araştırma sonuçlarına göre bakım verenlerin çoğunluğu bakım sırasında destek almadığından KOAH'lı hastanın bakım vericilerinin yaşayabilecekleri güçlüklerin farkında olunması, aile yeleri ile bakım verme yükünün paylaşılması ve aile içinde her bireye bakımla ilgili eşit sorumluluk verilmesi,
- i) Günlük yaşam aktiviteleri kısıtlı, sık atak geçiren hastaların bakım verenlerinin güçlük yaşama yönünden risk grubunda olduğunun bilinmesi,
- j) Bakım verme yükü zaman içinde değişebileceğinden belirli aralıklarla veri toplamaya devam edilmesi, hasta ve ailesine düzenli olarak ev ziyaretleri yapılması ve karşılaştıkları sorunların saptanması,
- k) Bakım verenlerin karşılaştıkları güçlüklerde başvurabilecekleri danışma merkezlerinin oluşturulması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Türk Toraks Dergisi. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşım Raporu 2010. Erişim adresi: http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2672011105754-koah2010_tum-rehhber.pdf. Erişim tarihi: 04.01.2015.
2. Jeffrey PK. Remodelling in asthma and chronic obstructive lung disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164:S28-S38.
3. Fabri LM, Romagnoli M, Corbetta L, et al. differences in airway inflammation in patients with fixed airflow obstruction due to asthma or chronic obstructive lung disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167: 418-24.
4. Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. (2012). KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. *Türk Toraks Dergisi*, 13, 87-92.
5. World Health Organization, Global Burden Disease. KOAH. Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>. Erişim tarihi: 12.12.2013.
6. Korkmaz T. Konya Numune Hastanesi Göğüs hastalıkları servisinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı (koah) ile yatan hastaların anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2008.
7. World Health Organization 2008. Action plan of the Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases, 2008-2013. Erişim adresi: http://www.who.int/gard/publications/GARD_actionplan_FINAL.pdf. Erişim tarihi: 06.02.2014.
8. Esen H. KOAH hastalarında uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyon Karahisar, 2008.
9. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plos Med* 2006;3:e442. (Erişim Tarihi:18.06.2016).
10. Kocabaş A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tedavisinde gelişmeler. http://168.144.121.167/TORAKSFD23NJ4H3BG3JH/kisokulu2-ppt-pdf/Ali_Kocabas.pdf.(ErişimTemmuz, 2015).

11. Sağlık Bakanlığı. KOAH. Erişim adresi:<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-9688/koah.html>. Erişim tarihi: 02.02.2014.
12. Kocabaş A. (2000) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Toraks Kitapları, Sayı 2, Turgut Yayıncılık, İstanbul, 29.
13. Aras A, Tel H (2002). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin sosyal destek gereksinimlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, 4.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 25-29 Eylül 2002, Antalya.
14. Üskül B, Selvi A, Melikoğlu A ve ark. (2006). Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyinin sosyo-demografik faktörlerin ve hastalık tanılarının ilişkisi. Akciğer Arşivi 7(1): 11-15.
15. İnce D, Savcı S, Çöplü L ve ark. (2005). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. Toraks Dergisi 6 (1): 31-36.
16. Saryal S. KOAH'ta etyopatogenez ve tanı yöntemleri. Toraks Derneği I. Kış Okulu, 2002: 23-37.
17. Living with Advanced Lung Disease: A guide for family caregivers. the washington home center for palliative care studies a division of rand corporation Erişim Adresi: <http://www.medicaring.org/educate/download/copdbookfinal.pdf> Erişim Tarihi: August 10, 2014.
18. Pinto RA, Holanda MA, Medeiros MM, et al. Assessment of the burden of caregiving for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *respir Med* 2007;101:2402-8. [Crossref] Bergs D. "The Hidden Client"-Women Caring For Husbands with COPD: Their experience of quality of life. *J Clin Nurs* 2002;11:613-21. [CrossRef]
19. Cain C, Wicks M, (2007), Caregiver attributes as correlates of burden in family caregivers coping with chronic obstructive pulmonary disease, *Journal of Family Nursing*, 20;6:(1): 46-66.
20. Kanervisto M, Paavilainen E, Heikkilä J. Family dynamics in families of severe COPD patients. *J Clin Nurs* 2007;16:1498- 505. [CrossRef]
21. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of the patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 77-12.
22. Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, Paoletti P, ve ark. ERS-Consensus Statement. Optimal Assessment And Management Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Eur Respir J* 1995; 8 (8): 1398–1420.

23. ATS Journals. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2011. Erişim adresi: <http://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201204-0596PP#.V56E1uuLTIU>. Erişim tarihi: 12.4.2015.
24. Ceylan E. KOAH'ın Tanımı, Fizyolojisi, Semptomları Ve Bulguları. Klinik Aktüel Tıp, 11 (9), 16-23. 2006.
25. Demir A. KOAH epidemiyolojisi. kronik obstrüktif akciğer hastalığı modern tıp seminerleri. 23, 1-9, 2002.
26. Okut G. Koah'lı bireylerin inhaler tedavi, solunum egzersizi ve öksürük egzersizlerine yönelik bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.
27. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (Koah) Koruma, Tanı Ve Tedavi Raporu. Turk Toraks Derg 2014; 15 (Suppl 2): S19-29.
28. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2006. Erişim adresi: http://www.who.int/respiratory/copd/GOLD_WR_06.pdf. Erişim tarihi: 20.3.2015.
29. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye kronik hava yolu hastalıklarını (astım - KOAH) önleme ve kontrol programı (2009 - 2013) eylem planı, Ankara, 2009. (http://www.ssuk.org.tr/pdf/KHH_OnlemeKontrolEylemPlani.pdf. Erişim Tarihi 05.01.2014).
30. Erginel MS (2006). Toraks Dernegi 5. kış okulu notları.KOAH. Erişim adresi: <http://slideplayer.biz.tr/slide/3295441/>. Erişim tarihi: 01.8.2015.
31. Türk Toraks Dergisi (2014). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) koruma, tanı ve tedavi raporu. Erişim adresi: <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2832014161930-Bolum-3.pdf>. Erişim tarihi: 06.4.2014.
32. Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A. KOAH Patogenezi. Solunum sistemi ve hastalıkları. İstanbul Tıp Kitapevi,2010;673-681)
33. <http://docplayer.biz.tr/6539126-Aile-hekimlerine-yonelik-ofis-spirometresi-ve-peak-flow-metre-kullanma-egitimi-hazirlanmasi-ve-metkinliginin-degerlendirilmesi.html>.

34. Who 2002. Erişim Adresi: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf. Erişim Tarihi: 10.03.2015.
35. Güzelant A, Gündoğdu , Ar C, Beliner AS, Bnc M, Padir I. Konak sağlık grup başkanlığı bölgesinde yaşayan 40-69 yaş arası nüfusta kronik obstrüktif akciğer hastalığı(koah) sıklığı araştırması. Toraks Dergisi 7 Yıllık Kongresi Bildiri zetleri Antalya 2004; 5: TP 638.
36. World Health Organization (2004). World Health Report 2004; Changing History. Erişim adresi: http://www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf. Erişim tarihi: 02.02.2015.
37. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report Bethesda, National Heart, Lung and Blood Institute, April 2001; NIH Publication No. 2701: 1–100.
38. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (Koah) Koruma, Tanı Ve Tedavi Raporu. Türk Toraks Derg 2014; 15 (Suppl 1): S1-9
39. Mannino DM, Gagnon RC, Petty TL, et al. Obstructive lung disease and low lung function in adults in the united states: data from the national health and nutrition examination survey, 1988-1994. Arch Intern Med 2000;160:1683-89).
40. Menezes AMB, Perez-Padilla R, Jardim JB, Muino A, Lopez MV, Valdiva G, De Oca MM, Talamo C, Hallal PC, Victoria CG. Chronic obstructive pulmonary disease in five latin american cities (The PLATINO Study): A Prevalence Study. Lancet 2005;366:1875-1881).
41. Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Workshop Report; 2009.
42. Miravittles M, Soriano JB, Garcıa-Rıo F, Muoz L, Duran-Taulerıa E, Sánchez G. Prevalence of COPD in Spain: Impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. Thorax. 2009; 64:863-868.
43. Waatevik M, Skorge TD, Omenaas E. Increased prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in a general population. respir med. 2013; 107:1037-1045.

44. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hastalık Yüğü Final Raporu 2004, Ankara. Erişim adresi: http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/ulusal_hastalik_yuku_hastalikyukuTR.pdf Erişim tarihi: 18.3.2015.
45. Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N. (2006). Türkiye hastalık yüğü çalışması 2004 (ss. 2–12). Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık.
46. Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N, Özbay H, Çaylan A. K, Ünüvar N, et al. (2007) Türkiye’de sağlığa bakış (ss. 45–71). Ankara: Bölük Ofset Matbaacılık.
47. Republic of Turkey Ministry of Health Refik Saydam Hygiene Center Presidency School of Public Health. Turkey National Burden of Disease and Cost Effectiveness Study: National Household Survey 2003. Basic Findings. Ankara, Turkey 2006.
48. Republic of Turkey Ministry of Health Refik Saydam Hygiene Center Presidency School of Public Health. Turkey Burden of Disease Study 2004. Ankara, Turkey, 2006.
49. Aynacı E. kronik obstrüktif akciğer hastalığında inflamatuvar belirteçler; c reaktif protein, lökosit, fibrinojen ve hastalığın ağırlığı ile karotis arter intima-media kalınlığının ilişkisi. Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul,2008.
50. Hansel TT, Barnes PJ. An atlas of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Parthenon Publishing Group, New York, 2004: 1-19.
51. Kocabas A, Hancioglu A, Turkyilmaz S. Prevalence of COPD in Adana, Turkey (BOLD-Turkey Study). Proceedings of the American Thoracic Society. 2006; 3:543.
52. Yumrutepe T. Evre 1-3 Koah hastalarında d vitamini düzeyi ile solunum fonksiyonları, fiziksel performans ve denge arasındaki ilişki. Malatya İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya, 2011.
53. Chapman KR, Taskhin DP, Pye DJ. Gender bias in the diagnosis of COPD. *Chest* 2001; 119: 1691–5.
54. Kocabaş A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. In Bilgiç H, Karadağ M Tanımdan Tedaviye Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Toraks Kitapları (2008); 10-22).

55. Örnek T. Zonguldak il merkezinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı prevalansının değerlendirilmesi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı. 2006.
56. Demir G, Acıcan T. KOAH'ta klinik yaklaşım ve dispnenin değerlendirilmesi. Saryal S, Acıcan T. Güncel bilgiler ışığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; 2003: 35-48.
57. Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Rehberi. Toraks Dergisi 2000;1: 19(Ek 2).
58. Bilir N. Dünyada ve Türkiye'de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi. Karadağ M, Bilgiç H. Tütün ve Tütün Kontrolü. Toraks Kitapları (2010); 21-35.
59. Annesi-Maesano I. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir Mon 2006, 38: 41-70
60. Melek K. Koah'ta tnf- α 308 g/a, tgf- β 1 g/a gen polimorfizmleri ve hava yolu direncinin değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, ANKARA, 2008.
61. Altın S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında klinik özellikler. Klinik Aktüel Tıp Solunum Forumu 2007;1:5-8.
62. Tetikkurt C. KOAH'ta klinik. Umut S, Yıldırım N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); 2005: 71-3.
63. Başıyigit İ. Email: ilknur.basyigit@gmail.com. Koah tanımı ve klinik özellikleri.ErişimAdresi:<http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2422011175329-102104.pdf>. Erişim tarihi: 15.4.2015.
64. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Workshop Report; 2006.
65. Pauwels RA, Rabe KF. Burden and Clinical Features Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Lancet 2004; 364: 613-20.
66. Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Rehberi. Toraks Dergisi 2000; 1 (ek 1): 1-25.
67. Gülbay BE, Acıcan T. Patogenez ve inflamasyon. Saryal S, Acıcan T. Güncel bilgiler ışığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; 2003: 21-33.
68. Yıldırım N. KOAH fizyopatolojisi. Umut S, Yıldırım N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); 2005: 58-70.

69. Başıyigit İ. Email: ilknur.basyigit@gmail.com. Koah patogenezi ve fizyopatolojisi. Erişim Adresi: <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2422011175421-114118.pdf>. Erişim tarihi: 15.4.2015.
70. Yılmaz V. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında basamak tedavisi, KOAH Seminer Notları, 4, 41-43, 2002.
71. Atasever A, Erdinç E. KOAH akut atakların tedavisi, Toraks Dergisi, 2(3), 77-84, 2001.
72. Klaus R, Suzanne H, Antonio A, Peter B, Sonia B, Peter C, et al. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının tanısı, tedavisi ve önlenmesi için küresel strateji 2006. (Çeviri: Ali Kocabaş)
73. İlvan A. KOAH Alevlenmesinde Farmakolojik Tedavi. Solunum 2009; KOAH Alevlenmesi Ek Sayısı: 14-7.
74. Pekçalışkan Kurtar N, Uçan ES, Sahbaz S, Ellidokuz H, Çımrın AH, Kurtar E, İtil O, Akkoçlu A. Uzun süreli oksijen tedavisinin etkinliği ve hasta uyumu. Toraks Dergisi 2007;8:163-169.
75. Düzenli H, Doğan ÖT, Berk S, Özşahin SL, Akkurt İ. Kronik solunum yetmezliği olan olgularda uzun süreli oksijen tedavisinin yaşam süresi üzerine etkisi. tüberküloz ve toraks dergisi 2008;56(2):179-186.
76. Kaya A. Solunum yetmezliği. Noninvaziv mekanik ventilasyon. Editörler: Kaya A, Karakurt S. 25-39. Poyraz Tıbbi Yayıncılık, Ankara 2006.
77. Tanrıverdi E, Hasanoğlu HC. Evde oksijen konsantratörü ile oksijen tedavisi alan hastalarda uzun kanül kullanımının güvenilirliği. Göztepe Tıp Dergisi 28(4):186-193, 2013.
78. Singh CP, Singh N, Singh J, Brar GK, Singh G. Oxygen therapy. Journal, Indian Academy of Clinical Medicine. 2001;2(3):178-183.
79. Çelikel T, Sungur M, Ceyhan B, Karakurt S. Comparison of noninvasive positive pressure ventilation with standard medical therapy in hypercapnic acute respiratory failure. Chest 1998;114:1436-42).
80. Uğur Ö, Fadıloğlu Ç. Onkoloji hastasına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD Doktora Tezi; 2006.

81. Bayramova N. Amiyotrofik Lateral Skleroz'lu (ALS) Hastaların evde bakım gereksinimleri ve bakım verenlerin bakım yükünün belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2008.
82. İnci HF. Bakım verme yükü ölçeğinin türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2006.
83. Alpteker H. 65 yaş ve üstü bireylere evde bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu, 2008.
84. Yaşar EK. Yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve etkileyen faktörler. Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2009 İzmir.
85. Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi 2011, 4(3);125-130.
86. Sagut P. İlk atak ve kronik psikoz hastasına bakım verenlerinin yükünün karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2012.
87. Dillehay R, Sandys M. Caregivers for Alzheimer's patients: what are learning from research. Int J Aging Hum Dev, 1990; 30:263–285. Cited in Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJ, Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. Social Psychiatry Psychiatr Epidemiology, 2005; 40: 899-904.
88. Küçükgülü O, Esen A, Yener G. Bakım verenlerin yükü envanteri'nin türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Journal of Neurological Sciences 2009, 26 (1): 60-73. Erişim Adresi: <http://www.jns.dergisi.org/text.php3?id=269>. Erişim Tarihi: Mayıs 2016
89. Kılıç Akça, N. ve Taşçı, S. (2005) 65 yaşüstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Derg (J Health Sci), 14(Hemşirelik Özel Sayısı): 30-36.
90. Düren R. Alzheimer hastalarına bakım verenlerde bağlanma stili ve algılanan sosyal desteği bakım vericinin iyilik hali, bakım verme külfeti ve depresyon düzeyleri üzerine etkileri, Marmara Üniversitesi, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2010.

91. Yaşar F. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2008.
92. Tülüce D. Kalp yetersizliği olan hastaların bakım verenlerin bakım verme yükünün incelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2012.
93. Küçükgülü Ö. Bakım verenlerin yükü envanterinin türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir, 2004.
94. Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Maldonado J. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15, 719-724.
95. Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi* 2009; 2(2):3-12.
96. Türkoğlu N. Kanserli hastalara bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin yaşam kalitesine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Eskişehir, 2010.
97. Aşiret DG, Kapucu S. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2012;2:73-80.
98. Akyar İ, Akdemir N. (2009) Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 32-49.
99. Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu E, Ülker E. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012; 15: 1.
100. Ak M, Yavuz K.F, Lapsekili N, Türkçapar M.H. Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından 58 değerlendirilmesi, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25, 330- 337, 2012.
101. Erkoç Y, Yardım N. (2011). Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Anıl Matbaası, 50-119.

102. World Health Organization (April 2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010, burden: mortality, morbidity and risk factors. Erişim Adresi: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ Erişim Tarihi: 22.10.2014.
103. Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitapevleri; 2010: 99-111.
104. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset; 2005: 193-200.
105. Akgün Z, Kronik obstrüktif akciğer hastalarına (koah) bakım veren bireylerin bakım yükü ve depresyon düzeyleri. Şahin Tıp Araştırmaları Dergisi; 2014: 12(3):113-119.
106. Ceylan B. Şizofreni ve kronik böbrek yetmezli hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerde suçluluk ve utanç düzeylerinin karşılaştırılması. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2007.
107. Öner Ö. onkoloji hastaların bakım verenlerin bakım verme yükü ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, 2012.
108. Demir, G. Demanslı yaşlıya birincil bakım verenlerin yüklerinin azaltılmasında neuman sistemler modelinin etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Kayseri, 2012.
109. Aydın HT, Tokyıldız 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.
110. Tel D, Demirkol D, Kara S, Aydın D. KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. Türk Toraks Dergisi 2012;13(3):87-92.
111. Aşti T, Kara M. (2002). Kronik obstrüktif akciğer hastalığının evde bakımı. AÜTD, 34: 75-81.
112. Ünsal A, Yetkin A. (2005). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(1): 42-53.
113. Hasson F. ve ark. (2008). I can not get a breath: Experiences of living with advanced chronic obstructive pulmonary disease. International Journal of Palliative Nursing, 14(11): 527- 531. Gysles ve Higginson 2008.

114. Kömürcüoğlu B, Balcioğlu M,  ztuna I, ve ark. KOAH' lı erkek olgularda depresyon. *Toraks Dergisi*, 2000; 1(3):31- 4.
115. Korkmaz T, Tel H. KOAH' lı Hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 13(4): 79- 86.
116. Adaylar (Aygün) M. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıktaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri. [Doktora Tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı; 1995.
117. Derogatis LR. The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *J Psychosom Res* 1986;30:77- 91.
118. Akın S, Durna Z. (2006). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2):1-2.
119. ınar S. Hemodiyaliz hastalarında psikososyal uyum ve sosyal destek. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi* 2009;1(1):12-8.
120. Zarit S.H, Zarit J.M. (1990) The memory and behavior problems checklist and the burden interview", University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center.
121. Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas. Türkiye Haziran 2009, Cilt 10, Sayı2, Sayfalar 63-68.*
122. Kaçmaz N. Fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yaşayan hastalarda konsültasyon liyazon psikiyatrisi hemşireliği modeli geliştirme abaları. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul 2003.
123. Akın S. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumunun değerlendirilmesi. *İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, 2003.
124. Aydın B. İnsülin kullanan tip 2 diabetes mellituslu hastalarda stres faktörlerinin kan şeker regülasyonu üzerine etkisi. *Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Bursa, 2005.*
125. B ke A. Kardiyoverter defibrilatör implantasyonuyapılan kalp yetmezliği hastalarında psikososyal uyumun değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2012.
126. Atag z K. KOAH olan hastaların yaşam kalitelerinin incelenmesi. *D.   Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1998*

127. http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/Turkish_GOLDReport_2011.pdf.
Erişim Tarihi: Mayıs 2016.
128. Öyke N. Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyumu. Düzce Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008.
129. Fırat H. Hemodiyaliz hastalarına uygulanan grup eğitiminin hastaların psikososyal uyum ve öz bakım gücüne etkisi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. 2013
130. Korkut S. Acil servise kronik obstrüktif akciğer hastalığı (koah) atağı ile gelen hastalarda depresyon değerlendirilmesi. D. Ü Acil Tıp Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce, 2012.
131. Kara M, Mirici A. 2004. Loneliness, depression, and social support of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(4):331-336.
132. İnce D, Savcı S, Çöplü L ve ark. (2005). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Toraks Dergisi* 6 (1): 31-36.
133. Samurkasoglu B. Epidemiyoloji ve risk faktörleri. "Güncel Bilgiler Işığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı" Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara. 2003; 9-20.
134. Acar N. KOAH'lı hastalarda tedaviyi etkileyen faktörlerin incelenmesi. M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; İstanbul 2002.
135. Küçük L (1999). Miyokard infarktüsü geçiren hastaların algıladıkları sosyal desteğin umut düzeylerine ve yoğun bakımda kalış sürelerine etkisi. *Yoğun Bakım Hemşirelik Dergisi*, İstanbul, 3 (2): 65-71.
136. Kaya E, Özbek S, Tekin A, Ergin S, Yaman A. 2010. KOAH'lı yaşlı hastalarda günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 13(2), 111-116.
137. Özmen S. Multiple sklerozlu hastalara bakım verenlerin bakım yükleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2015.
138. <http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/54292ce0369dc32358ee2a46/aileyap%C4%B1s%C4%B1%202006%20.pdf> Erişim Tarihi: 10.06.2016
139. Dicle A, Malak A. Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşürüj Dergisi* 2008; 18 (2): 118-121.

140. Çelik A. İnmeli hastalarda fonksiyonel durumun bakım verenlerin bakım yüküne ve yaşam kalitesin etkisi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.2014
141. Şahin Z. A, Polat E, Ergüney S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(2), 1-9.
142. Emiroğlu V. Yaşlılık ve yaşlının sosyal uyumu, Ankara, 1995.
143. Çetinkaya F., Karadakovan A. (2012) Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. Turkish Journal Of Geriatrics 15(2):171-178
144. Booth S, Silvester S, Todd C. Breathlessness in cancer and chronic obstructive pulmonary disease: Using a qualitative approach to describe the experience of patients and carers. Palliat Support Care 2003;1:337-44.
145. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Pskiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3(3): 513-52.
146. Özkan S, Durnaz Z, Demir T, Gemicioğlu B. KOAH ve Astım hastalarında fonksiyonel performans ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Solunum Dergisi 2007; 9 (3): 158- 66.

8. EKLER

Ek 1: KOAH'lı Hastalar İçin Veri Toplama Formu

“KOAH HASTALARININ HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUMLARININ VE BAKIM
VERENLERİN YAŞADIĞI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ”

HASTA BİREY İÇİN TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

1- Yaşınız :.....

2- Cinsiyetiniz: () 1-Kadın () 2-Erkek

3- Medeni durumunuz:

() 1- Bekar () 3- Eşi ölmüş () 5- Diğer.....

() 2- Evli () 4- Eşinden ayrılmış

4- Çocuğunuz var mı?

() 1- Hayır () 2- Evet (kaç tane).....

5- Eğitim durumunuz?

() 1- Okur-yazar () 3- Ortaokul () 5- Ön lisans Mezunu

() 2- İlkokul () 4-Lise () 6- Lisans Mezunu

6- Mesleğiniz.....

7- Çalışıyor musunuz?

() 1- Hayır () 2- Emekliyim () 3- Çalışıyorum (kaç yıldır)

8- Nerede çalıştınız?.....

Süreleri.....

Emekli iseniz kaç yıldır çalışmıyorsunuz?.....

9- Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

() 1- Gelirim giderimden az

() 2- Gelirim giderime eşit

() 3- Gelirim giderimden fazla

10- Sosyal Güvenceniz nedir?

() 1-Yok () 3- SSK () 5- Özel Sağlık Sigortası

() 2- Emekli Sandığı () 4- Bağ-Kur () 6- Yeşil Kart

11- Hangi şehirde yaşıyorsunuz?

12- Yaşadığınız yer neresi (il merkezi ilçe....)

13- Nerede kalıyorsunuz ?

() 1- Evde () 2- Kurumda (14 .soruyu geçiniz)

14- Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

- 1 - Yalnız 3 - Eş ve çocuklar 5 - Diğer.....
 2 - Eşi ile 4 - Diğer aile bireyleri

SAĞLIK ÖYKÜSÜ

15- Sigara kullanıyor musunuz?

- 1- Hiç kullanmadım
 2- Kullandım bıraktım (ne kadar süre kullandı, günde kaç tane).....
 3- Kullanıyorum (kaç yıldır, günde kaç tane).....

16- Alkol kullanıyor musunuz?

- 1- Hiç kullanmadım
 2-Kullandım bıraktım (ne kadar süre kullandı, günde kaç bardak).....
 3- Kullanıyorum (kaç yıldır, günde kaç bardak).....

17- Ne kadar süredir KOAH hastasımsınız? (belirtiniz).....

18- Başka kronik hastalığınız var mı?

- 1-Hayır 2- Evet Neler?

19- Düzenli kullandığınız ilaçlarınız var mı?(kaç tane, neler).....

20- Hastalık sürecinde sizinle ve bakımınızla ilgili biri var mı?

- 1- Hayır 2- Evet

21- Sağlık kontrollerinizi düzenli yaptırır mısınız?

- 1- Hayır 2- Evet

22- Sağlık durumunuzu kendi yaşitlarınıza göre nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1- Çok kötü 2- Kötü 3- Orta 4-İyi 5- Çok iyi

23- KOAH sorunu için daha önce hastaneye yattınız mı?

- 1- Hayır 2- Evet

24- Yardımcı araç kullanma durumunuz var mı?

- 1- Hayır 2- Evet (belirtiniz)

25- Bağımlılık durumunuz nedir?

- 1- Yatağa bağımlıyım
 2- Günlük yaşam aktivitelerimi yardımla yapabiliyorum
 3- Günlük yaşam aktivitelerimi kendi başıma zorlanarak yapabiliyorum
 4- Günlük yaşam aktivitelerimi zorlanmadan yapabiliyorum

26- Hastalığınız hakkındaki düşünceniz nedir?.....

HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM - ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (PAIS-SR)

Açıklama: Bu form hastalığınızın evinizde, ilişkilerinizde, işinizde, aile ve kişisel yaşamınızda meydana getirdiği etkileri tanımlayabilmeniz amacıyla hazırlanmış olan sorular içermektedir. Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken, durumunuzu en iyi ifade eden şikkın yanına (X) işareti koyunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışın ve herhangi bir soruyu atlayıp yanıtı bırakmayın. Eğer herhangi bir soruya ait yanıt durumunuzu ifade etmiyorsa, size en uygun ve en yakın yanıt şikkını işaretleyin. Bu formu doldururken harcamış olduğunuz zaman için çok teşekkür ederiz.

BÖLÜM 1: SAĞLIK BAKIMINA ORYANTASYON

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?

- a) Sağlığımı ilgiliiyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.
- b) Sağlığıma korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
- c) Genellikle sağlığımla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.
- d) Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

2. Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.

- a) Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.
- b) Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum ya da yorgun veya meşgul oluyorum.
- c) Hastalığımla ilgili bakım ve koruması için yaptığım uygun birçok şey var.
- d) Hastalığımla ilgili gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

3. Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?

- a) Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.
- b) Su andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.
- c) Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.
- d) Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

4. Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir, size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

- a) Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.

b) Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.

c) Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.

d) Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel

5. Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olanı işaretleyiniz.

a) Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.

b) Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski haline döneceğimi düşünüyorum.

c) Hastalığım hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni altüst etti., fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki haline kavuşacağıma eminim.

d) Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu isin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

6. Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.

a) Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel, hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.

b) Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.

c) Hastalığım hakkında genel bir kaniya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.

d) Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7. Sizin yaşadığımız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında, aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanı seçiniz.

a) Doktorum ve tıbbi personelin tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.

b) Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.

c) Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.

d) Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye emin değilim.

8. Sizininki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinde, tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.

- a) Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum.
- b) Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.
- c) Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.
- d) Tedavimle ilgili bir şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

BÖLÜM 2: MESLEKİ ÇEVRE

1. Hastalığınız mesleğinizi / okulunuzu / ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?

- a) Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.
- b) Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler.
- c) Bazı ciddi sorunlar var.
- d) Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

2. Şu an mesleğiniz / çalışmalarınız / ev işlerinizi vb. yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?

- a) Kötü durumda
- b) Pek iyi değil
- c) Yeterli
- d) Çok iyi

3. Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

- a) 3 gün ve daha az
- b) 1 hafta
- c) 2 hafta
- d) 2 haftadan daha çok

4. Şu an isiniz / okulunuz / çalışmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha önemli mi?

- a) Su an hiç önemli değil
- b) Oldukça az bir öneme sahip
- c) Eskiye göre biraz önemini yitirdi
- d) Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi

5. Yasadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz / işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?

- a) Amaçlarım değişmez
- b) Amaçlarımda çok az bir değişme oldu
- c) Amaçlarım önemli ölçüde değişti
- d) Amaçlarımı tamamen değiştirdim

6. Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komsularınızla olan sorunlarınızda bir artış gözlemlendi mi?

- a) Sorunlarda büyük artış var
- b) Sorunlarda orta dereceli bir artış var

- c) Sorunlarda az ölçüde bir artış var
- d) Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok

BÖLÜM 3: AİLE ÇEVRESİ

1. Hastalanmanızdan bu yana esinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

- a) İyi b) Fena değil c) Kötü d) Çok kötü

2. Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız (çocuklar, akrabalar vb.)?

- a) Çok kötü b) Kötü c) Fena değil d) İyi

3. Hastalığınız evle ilgili is ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

- a) Bir engelleme olmadı
- b) Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir
- c) Orta derecede bazı problemler var, bazıları halledilecek gibi değil
- d) Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var

4. Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

- a) Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı
- b) Ailem bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler
- c) Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı
- d) Bu konuda bir sorun yok

5. Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?

- a) İletişimde bir azalma yok
- b) Çok az ölçüde bir azalma oldu
- c) İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum
- d) İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum

6. Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaş, komsular, aile) bazı yardımlar bekler. Böyle bir yardıma

İhtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

- a) Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum
- b) Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil
- c) Her zaman olmamakla birlikte, çoğunlukla gereken yardımı görüyorum.
- d) Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var

7. Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

- a) Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok

- b) Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
 - c) Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.
 - d) Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
8. Sizininki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?
- a) Önemli ölçüde maddi sıkıntım var
 - b) Orta derecede maddi sıkıntılarım var
 - c) Çok az maddi problemim var
 - d) Para ile ilgili bir problemim yok

BÖLÜM 4: SEKSÜEL İLİŞKİ

1. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?
- a) İlişkimize herhangi bir değişiklik olmadı
 - b) Hastalanmamdan bu yana, birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı
 - c) Hastalanmamdan bu yana, yakınlığımız kesinlikle azaldı
 - d) Hastalanmamdan bu yana, ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu
2. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler, hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?
- a) Hastalığımdan bu yana, kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum
 - b) Cinsel istekte belirgin bir azalma var
 - c) Cinsel istekte hafif bir azalma var
 - d) Cinsel istekte hiçbir azalma yok
3. Hastalıklar bazen cinsel aktivitelere azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?
- a) Cinsel aktivitede bir azalma yok
 - b) Cinsel aktivitede çok az ölçüde bir azalma var
 - c) Cinsel aktivitede önemli ölçüde bir azalma var
 - d) Cinsel aktivite tamamen durdu
4. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?
- a) Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu
 - b) Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var
 - c) Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var
 - d) Cinsel tatminde bir değişiklik yok

5. Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin basınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?

- a) Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok
- b) Cinsel performansıyla ilgili ufak problemler var
- c) Önemli cinsel problemlerim var.
- d) Cinsellikten tamamen koctum

6. Hastalıklar esler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda esinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?

- a) Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var
- b) Bu konuda yoğun farklılıklar var
- c) Bazı farklılıklar var
- d) Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok

BÖLÜM 5: GENİŞ AİLE İLİŞKİLERİ

1. Hastalığınız süresince hane dışında yasayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre)?

- a) Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu
- b) Görüşmeler biraz azaldı
- c) Görüşmeler belirgin olarak azaldı
- d) Hastalık süresince hiç görüşmedik

2. Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?

- a) Onlarla biraraya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu
- b) Öncekine oranla ilgi ve isteğim çok azaldı
- c) İlgim bir parça azaldı
- d) İlgi ve isteğim aynı yada hastalığım süresince daha arttı

3. İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve yakın akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fikrine ve yardımına ihtiyaç duyduğunuzda onlardan destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

- a) Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar
- b) Yeterince yardımcı oluyorlar
- c) Yardım ediyorlar ama yeterince değil
- d) Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar

4. Bazı insanlar hane dışında yasayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağlıdırlar.

Sizin bağlılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağlılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

- a) Bağlılığım önemli ölçüde yok oldu
 - b) Bağlılığım önemli ölçüde azaldı
 - c) Bağlılığım biraz azaldı
 - d) Bağlılığım yoktu veya çok azdı, bu bağlılık hastalıktan hiç etkilenmedi
5. Genel olarak su anda bu insanlarla aranız nasıl?
- a) İyi
 - b) Fena değil
 - c) Kötü
 - d) Çok kötü

BÖLÜM 6: SOSYAL ÇEVRE

1. Hastalığınız öncesine göre bos zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- d) Hemen hemen hiç ilgim kalmadı

2. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az ya da hiç yok
- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c) Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

3. Hastalığınızda öncesine göre ailenizle birlikte bos zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb.) ilgi duyuyor musunuz?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- d) İlgim çok az, ya da ilgim kalmadı

4. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az ya da su anda hiçbir katılımım yok
- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c) Katılımım biraz azaldı
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

5. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema vb.) olan ilginizi devam ettirebildiniz mi?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az

- c) Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- d) İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı

6. Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az ya da yok
- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c) Katılımım biraz azaldı
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

BÖLÜM 7: PSİKOLOJİK DİSTRES

1. Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

2. Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

- a) Aşırı derecede
- b) Oldukça fazla
- c) Çok az
- d) Olmadı

3. Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az oldu
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

4. Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?

- a) Aşırı derecede
- b) Oldukça fazla
- c) Çok az
- d) Olmadı

5. Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az oldu
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

6. Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

- a) Aşırı derecede
- b) Oldukça fazla
- c) Çok az oldu
- d) Olmadı

7. Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az oldu
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

Ek 2: Bakım Verenler İçin Veri Toplama Formu

“KOA HASTALARININ HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUMLARININ VE BAKIM
VERENLERİN YAŞADIĞI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ”

BAKIM VEREN İÇİN TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

1- Yaşınız :.....

2- Cinsiyetiniz: () 1-Kadın () 2-Erkek

3- Medeni durumunuz:

() 1- Bekar () 3- Eşi ölmüş () 5- Diğer.....

() 2- Evli () 4- Eşinden ayrılmış

4- Çocuğunuz var mı?

() 1- Hayır () 2- Evet (kaç tane).....

5- Eğitim durumunuz?

() 1- Okur-yazar () 3- Ortaokul () 5- Ön lisans Mezunu

() 2- İlkokul () 4-Lise () 6- Lisans Mezunu

6- Mesleğiniz.....

7- Çalışıyor musunuz?

() 1- Hayır () 2- Emekliyim () 3- Çalışıyorum (kaç yıldır)

8- Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

() 1- Gelirim giderimden az

() 2- Gelirim giderime eşit

() 3- Gelirim giderimden fazla

9- Sosyal Güvenceniz nedir?

() 1-Yok () 3- SSK () 5- Özel Sağlık Sigortası

() 2- Emekli Sandığı () 4- Bağ-Kur () 6- Yeşil Kart

10- Hangi şehirde yaşıyorsunuz?

11- Yaşadığınız yer neresi (il merkezi ilçe....)

12- Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

() 1. Yalnız () 3. Eş ve çocuklar () 5. Diğer.....

() 2. Eşi ile () 4. Diğer aile bireyleri

SAĞLIK ÖYKÜSÜ

13- Genel olarak sağlığınızı nasıl tanımlarsınız?

() 1- Mükemmel () 2 - Çok iyi () 3- iyi () 4- Orta () 5- Kötü

14- Hekim tarafından konmuş herhangi bir hastalığınız var mı?

() 1- Hayır () 2-Evet

15- Hastaya yakınlığınız nedir?

1- Eşiyim 2- Çocuğuyum 3- Diğer

16- Bu hastaya ne kadar süredir bakıyorsunuz?.....

17- Hastanıza bakma nedeniniz nedir?

1- Ailevi sorumluluk 3- Ekonomik katkısı olduğu için

2- Bakacak başka kimse olmadığı için 5- Diğer

18- Siz olmadığınız zaman hastaya bakan biri var mı?

1- Hayır 2-Evet

19- Hastaya bakmak sizin yaşamınızı etkiledi mi?

1- Hayır 2-Evet

20- Bakım verirken güçlük yaşıyor musunuz?

1- Hayır 2-Evet (belirtiniz).....

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

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

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

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

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

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

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

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

4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

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

5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?

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

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

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

7. Geleceğin yakınına getirebileceklerinden korkuyor musunuz?

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

8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

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

9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
12. Yakınına bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
16. Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
22. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?
0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

Ek 3: Etik Kurul İzin Formu



**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı**

TOPLANTI TARİHİ : 11/02/2014
TOPLANTI NO : 2014/03

KARARLAR :

44-B.E.Ü. Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Hülya KULAKÇI'nın sorumluluğunda yürütülecek olan 2014-04-14/01 Protokol no'lu "KOAH Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumlarının ve Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi" konulu çalışmanın Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verildi.

A S L I G İ B İ D İ R

Doç. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Ek 4: Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sizi Yrd. Doç. Dr. Hülya KULAKÇI tarafından yürütülen “KOAHA Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumlarının ve Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi” başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Anket formunda, hasta birey için 26 adet anket sorusu ve 46 sorudan oluşan “Hastalığa Psikososyal Uyum - Öz Bildirim Ölçeği (Pais-Sr)”, hasta yakını için ise; 20 sorudan oluşan bir anket ve 22 sorudan oluşan “Bakım Verme Yüğü Ölçeği” yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 30 dakika/saattir. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçimde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Yrd. Doç. Dr. Hülya KULAKÇI -
Araştırma Sorumlusu
(Adı,Soyadı-Ünvanı-İmzası)

Araştırmanın Amacı:

KOAHA Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumlarının ve Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın Süresi: 1(bir) yıl

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 323

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Göğüs Hastalıkları Servisi

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Yrd. Doç. Dr. Hülya KULAKÇI, Neslihan AKMAN

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (ocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi, kurum ve kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönlünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/..../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

9. ÖZGEÇMİŞ

Neslihan Akman, 14.12.1985 Zonguldak doğdu. İlköğretimini Kozlu Kılıç İlkokulu ve Zonguldak Karaelmas İlköğretim Okulu'nda tamamladı. 2003 yılında Uzunmehmet Lisesi'nden mezun oldu. 2005 yılında Gazi Üniversitesi Çorum Sağlık Yüksekokulu'na girmiş, 2009 yılında mezun olmuştur. 2009 Kasım ayından beri Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde Göğüs Hastalıkları Servis Hemşiresi olarak görev yapmaktadır. İngilizce (orta) bilmektedir. Evli ve 1 çocuk sahibidir. 2013 yılında Hemşirelerin Mobbing Davranışları İle Karşılaşma Durumunu Ve Etkileyen Faktörlerinin Belirlenmesi adlı çalışmada görev almıştır.